

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

2013 (13), № 1

Москва. 2013

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
ISSN 2305-9133**

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2013

Перепечатка запрещена. При цитировании ссылка обязательна.

**Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке
Института Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»).**

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Ю.С. Шевченко, Е.И. Баздырев

ПРИРОДА И ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА
(ЭВОЛЮЦИОННО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД)..... 5

Н.М. Иовчук

БИПОЛЯРНЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ
ВОЗРАСТЕ..... 15

О.П. Шмакова, О.О. Андреева

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
И УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ..... 24

Сергиенко А.А.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ
ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ
ШИЗОТИПИЧЕСКОГО СПЕКТРА..... 32

Д.А. Донской

ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ПРИ ШИЗОИДНО-
ЭПИЛЕПТОИДНОЙ АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА В ПУБЕРТАТЕ..... 40

Ю.Е. Куртанова, Р.И. Фахреев

САМООЦЕНКА СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ
СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ..... 48

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

И.С. Кабанов, Е.В. Свистунова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДИК ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ
ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА..... 56

Е.В. Зубова

ЛИЧНОСТНО ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
МАТЕРЯМ В ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ С РЕБЕНКОМ-ИНВАЛИДОМ..... 65

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

И.Ф. Рощина, Н.В. Зверева

А.Р. ЛУРИЯ И СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
РАЗВИТИЯ (К 110-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)..... 73

Э.Г. Эйдемиллер, И.А. Колесников

ФРАГМЕНТ НАУЧНОГО И ПРАКТИЧЕСКОГО ЗНАКОМСТВА
С ТВОРЧЕСТВОМ САЛЬВАДОРА МИНУХИНА. НАЧАЛЬНОЕ
ИНТЕРВЬЮ В СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (окончание)..... 77

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

О. Попова

ВЛИЯНИЕ МЫШЛЕНИЯ НА ОСОБЕННОСТИ СЮЖЕТНО-РОЛЕВОЙ
ИГРЫ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ПАРЦИАЛЬНОЙ
НЕСФОРМИРОВАННОСТЬЮ ВПФ..... 85

М.Н.Тетерина, С.В. Якубова

«ВЕКСЛЕР» СЕГОДНЯ (ЗА И ПРОТИВ)..... 90

А.А. Северный, Н.М. Иовчук

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ «МАСКИ» В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ
ВОЗРАСТЕ..... 92

ОСОБАЯ ТЕМА

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ШКОЛЕ

Д.В. Адамчук

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ
(ПО МАТЕРИАЛАМ КРОССКУЛЬТУРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
УЧАЩИХСЯ ШКОЛ МОСКВЫ И РИГИ)..... 96

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

В.В. Пушина

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ПОНИМАНИИ
АЛКОГОЛИЗМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)
(окончание)..... 108

М.Ю. Городнова

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ СУПЕРВИЗИИ
ВРАЧЕЙ-ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ В
ПАРАДИГМЕ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ (ЛЕКЦИЯ)..... 118

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ..... 126

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

К ЮБИЛЕЮ АНАТОЛИЯ АЛЕКСЕЕВИЧА СЕВЕРНОГО..... 140

100 ЛЕТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ИНСТИТУТУ РАО..... 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 публикацией)
- электронной почтой **вложенным файлом в формате Word.rtf** на адрес:
<acppr@inbox.ru> либо acpprf@gmail.com.

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Ю.С. Шевченко, Е.И. Баздырев

ПРИРОДА И ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА (ЭВОЛЮЦИОННО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД)

Российская медицинская академия последиplomного образования (Москва).

Резюме

Разделяя диатез на «соматопатологический» и «психопатологический» в каждом отдельном случае следует специально оговаривать, что имеется в виду - предрасположенность в широком смысле или предрасположенность к той или иной нозологии. Клиническая реальность подтверждает наличие инертно-пароксизмального типа конституционального реагирования, что позволяет говорить о целесообразности выделения соответствующего варианта психопатологического диатеза в дополнение к традиционно рассматриваемым в психиатрической литературе.

Ключевые слова: диатез, предрасположенность, инертно-пароксизмальный тип конституционального реагирования.

Касаясь проблемы причинности в медицине И.В. Давыдовский [4] подчеркивал, что в патогенезе болезни экзогенные факторы внешней среды рано или поздно утрачивают свое значение, трансформируясь во «внутреннюю причину» патологических состояний и процессов, развивающихся уже по **стереотипу общебиологических закономерностей**. Неоптимальность защитных возможностей биопсихосоциальной сущности человека во многих случаях обуславливает возникновение так называемой болезни адаптации (адаптационного синдрома), одной из основных причин которой, согласно Г. Селье, является **особая реактивность** организма, что создает предрасположение (диатез) к развитию патологических процессов [1].

Диатезом (греч. Διάθεσις, расположение), как известно, в терапии и педиатрии называют конституциональное предрасположение организма к тем или иным болезням вследствие наследственно-приобретенных особенностей обмена, функционирования нервно-регуляторных механизмов, биохимической индивидуальности и т. п., определяющих **своеобразие адаптивного реагирования** [7]. В случае наличия predisposition к дизадаптации в психической сфере говорят о «психопатологическом диатезе» [15].

Анализ литературы, посвященной психопатологическому диатезу [2, 3, 5, 7, 12, 17, и др.], обнаружил существенное расхождение позиций авторов. Это касается как общей трактовки понятия (от обобщенно-расширительной до узко-нозоцентрической), так и выделения отдельных вариантов измененной психической реактивности. Предлагаем наше собственное видение данной проблемы, не претендующее на абсолютную правоту и безупречность.

Прежде всего, разделяя диатез на «соматопатологический» и «психопатологический» [15], мы считаем, что в каждом отдельном случае следует специально оговаривать то, что именно имеется в виду - *расположенность* в широком смысле (предпочтительность в пространственно-уровневом континууме

конституционального реагирования: соматического – соматопсихического – психосоматического – психопатологического) или предрасположенность к той или иной нозологии (в смысле генетической отягощенности конкретным заболеванием или синдромом-болезнью). В последнем случае можно говорить о **«нозопатическом» предрасположении** и выделять соответственно шизофренический, эпилептический, обсессивно-компульсивный, гиперкинетический, олигофренический, депрессивный, энуретический, бронхоастматический, остеохондротический, гипертонический и другие варианты повышенного риска заболеть той или иной болезнью, которая часто встречается среди родственников человека и говорит о накоплении в семье соответствующего наследственного багажа. При этом конституциональная реактивность может быть совсем иного рода, чем наследственная отягощенность определенной нозологией, в том числе и такой, которая препятствует реализации последней.

В противоположность этому, в случае собственно *психопатологического диатеза*, рассматриваемого в качестве общей предрасположности к психическим расстройствам вообще, имеет место накопление в родословной самой различной психической патологии без какого либо отчетливого нозологического предпочтения. *Наглядным примером проявления психопатологического диатеза в общем смысле (как предпочтения психического реагирования на стрессогенные факторы) и его конкретного (в частности, аффективного) типа является эндореактивная дистимия Weitbrecht. Она, как известно, развивается в ответ на психическую либо соматическую вредность, характеризуется эндогенизацией проявлений (включающих фазность течения) у лиц с эмоционально-лабильными особенностями преморбида.* Таким образом, наследственная отягощенность тем или иным психическим заболеванием (шизофренией, МДП, эпилепсией, обсессивно-компульсивным расстройством, СДВГ и т.д.) и тот или иной тип психопатологического диатеза могут быть обусловлены разными генетическими детерминантами. Так, изучая семейный анамнез детей, страдающих шизофренией О.И. Пилявская [10] обнаружила накопление психической патологии, не ограничивающееся расстройствами исключительно шизоформного характера (в частности, среди родственников первой и второй линии родства преобладали лица с интеллектуальными нарушениями).

Аналогичным образом в случае соматопатологического диатеза различного типа (экссудативно-катарального, лимфатико-гипопластического, нервно-артритического или смешанного) общее конституциональное предрасположение (наследственной или приобретенной природы) к тому или иному варианту патологического реагирования может определять своеобразие реализации бронхиальной астмы как конкретного полиэтиологического заболевания (аллергического, инфекционного, аутоаллергического, психосоматического), нередко характеризующегося генетической отягощенностью [7].

Дизнейроонтогенез, лежащий в основе психопатологического диатеза, может быть неспецифичным как по этиологии (наследственно-селекционной, мутационной, интоксикационной, травматической), так и по церебральной локализации и биохимии. Конкретная же реализация его в психическом дизонтогенезе определяется преобладающим вариантом **общебиологического типа реагирования**, заменившим поливариантный в оптимальной норме репертуар адаптационных ответов на действие внешних или внутренних стрессоров. Психическое отражение, первичной формой которого являются эмоции, филогенетически повторяет путь развития биологического реагирования. *В этом*

смысле любопытными представляются наблюдения ученых, говорящие о различии детей, рожденных в разное время года. К примеру, «зимние дети» больше склонны к аллергиям и шизофрении, а «летние дети» - к глютенной болезни (целиакии) и сезонным колебаниям настроения.

Известно, что многие симптомы эпилептического припадка у собак и припадков весьма сходны с аналогичными у человека, истерическая конверсия наблюдается у кошек, а проявления депрессии обезьян идентичны человеческим во множестве деталей [11].

Общебиологический тип реагирования в норме более или менее уравновешенно поливариантен и складывается из сочетания ритмических, пароксизмальных, регрессивных и парадоксальных составляющих адаптационного синдрома.

В соответствии с филогенетической доминантой обедненного (дизонтогенетического) конституционального реагирования (**относящейся как к соматической, так и к психической сферам**) – биоритмической, пароксизмальной, парадоксальной, регрессивной - можно выделить следующие типы психопатологического диатеза: **тимопатический** (фазно-ритмический), **эпитипический** (инертно-пароксизмальный), **шизотипический** (парадоксально-аутистический), **невропатический** (регрессивно-психовегетативный или соматовегетативно-инстинктивный).

Известно, что единство физической детскости, регрессивной реактивности и невропатического диатеза объясняет наибольшую подверженность психосоматическим расстройствам лиц с истероидным психотипом. В то же время и общие для всех людей «чисто соматические» заболевания (в том числе инфекционные) протекают по-разному в зависимости от соматотипической реактивности: у одних - с выраженными колебаниями физического тонуса и температурной кривой, у других - с пароксизмальным подъемом температуры и критическим выходом их острого состояния, порой сопровождающегося нарушением сознания с «бредом» и фебрильными судорогами, у третьих - с «парадоксальным» отсутствием температурной реакции и нетипичным реагированием на препараты, у четвертых - с обилием невропатоподобных (вегетососудистых) проявлений и метеочувствительностью. Аналогичные корреляции можно обнаружить и в индивидуальных реакциях людей на алкоголь, физическое переутомление, возрастной криз и проч.

Филогенетический смысл существования различных психотипов обнаруживается в разном качестве конституционального эмоционально-волевого реагирования. При этом преимущество одних психотипов (циклоидного, истероидного) в ситуациях обыденного, «рабочего» стрессирования, не выходящего за рамки привычной экологической обстановки, может обернуться повышенной ранимостью в ситуациях экстремальных испытаний, в которых адаптация сливается с выживаемостью [14]. Причем не только выживаемостью индивидуальной (максимально представленной у эпилептоидов), но и видовой. Именно в обеспечении выживания вида *homo sapiens* в чрезвычайных ситуациях видят этологи и социобиологи смысл существования шизоидного психотипа.

Можно предположить, что эволюционно тимопатический диатез - наиболее древний, поскольку биологические ритмы, породившие его, сформировались как продолжение и отражение ритмики неживой природы (ритмы солнечной активности, годовые, сезонные, лунные, суточные). Так, клиника и динамика периодического органического («диэнцефалопатического») психоза подросткового возраста, в частности, полное выздоровление после нескольких присту-

пов [8] позволяют рассматривать его как крайний вариант нозологически неспецифичного адаптационного синдрома, вызванного временной декомпенсацией резидуально-органической церебральной недостаточности, спровоцированной пубертатной гормональной перестройкой, в рамках тимопатического (фазно-ритмического) диатеза.

Вслед за фазно-ритмической реактивностью и на ее базе сформировался невротический диатез как отражение того этапа эволюции живого, когда возникла вегетативная нервная система, обеспечивающая выживание организма даже в тех случаях, когда более высокие отделы мозга еще не сформировались, пока или уже не работают (вследствие незрелости, патологического или возрастного регресса). «Эпитипический диатез» [16] является порождением того этапа эволюции, имеющего свои природные и биологические прообразы (от извержения вулкана до прорыва абсцесса и рвоты при переедании или несварении желудка), когда размножение стало осуществляться за счет накопления генетического материала и его одномоментного (пароксизмального) выброса. Этот же приступообразно-судорожный механизм используется и для радикального освобождения от накопившихся продуктов обмена и вредных веществ, что преобразовало и дополнило синхронно-ритмический способ избавления от них.

Филогенетическим аналогом такого слаженного координированного перехода количества в качество, осуществляемого у многоклеточного организма нейроморальной регуляцией, является согласованное поведение одноклеточных при помощи так называемого «чувства кворума», обеспечивающего своеобразное химическое «голосование». Так, все бактерии в популяции выделяют сигнальное вещество, и когда его концентрация в среде достигает порогового значения, все клетки резко, пароксизмально меняют свое поведение (например, начинают испытывать «тягу» друг к другу и собираются в большие скопления) [9].

Наконец, парадоксальный тип реагирования (в виде неадекватных, точнее нетипичных реакций на обычные ситуации и стимулы), избирательные носители которого характеризуются шизотипическим диатезом, является филогенетически наиболее поздним. Он обеспечивает выживание и мутационное эволюционирование биологических видов в качественно изменяющихся (порой непредсказуемо) экологических условиях [11].

В онтогенезе наличие того или иного типа диатеза (в рамках адаптационного синдрома не перешедшего в собственно патологию) последовательно проявляется феноменами, относящимися к соответствующим возрастным уровням нервно-психического реагирования (по В.В. Ковалеву [6]). К примеру, в раннем возрасте эпитипический диатез обнаруживает себя в инертно-пароксизмальном характере протекания соматовегетативно-инстинктивных реакций (упорные привычки в форме биений головой, аффект респираторные приступы, пилороспазм, бруксизм, сноговорения и снохождения, длительные капризы после пробуждения, пароксизмальный характер температурной кривой, фебрильные судороги, первичный энурез, склонность к запорам и т. п.). В дошкольном и младшем школьном возрасте на первое место выступают неэпилептические психомоторные пароксизмы (тики, заикание развития, привычные кружения, т. н. «гневливая яктация», общая двигательная расторможенность в сочетании с инертностью тонкой моторики). В школьном возрасте проявления эпитипического диатеза распространяется на созревающий аффективный уровень нервно-психического реагирования (отчетливые дисфории, аффективная вязкость, чередующаяся вспышками разрушительной агрессии, садомазохистический ха-

ракетер поведения). Подростковый возраст обнаруживает инертно-пароксизмальную окраску эмоционально-идеаторного уровня нервно-психического реагирования (обостренные подростковые реакции эмансипации и оппозиции, стремление к доминантности в референтной группе, фанатичный характер увлечений и влюбленности, упорный онанизм или раннее и бурное начало половой жизни, сверхценная ипохондричность, своеобразная пропорция между ригидной гиперсоциальностью и брутальной асоциальностью). При этом собственно инертный компонент диатеза, ранее отчетливо обнаруживающийся преимущественно лишь при экспериментальном исследовании умственной деятельности, все более отчетливо проявляется в обычном поведении.

Взаимодействие того или иного типа психопатологического диатеза со средовым (внешним или внутренним) стрессогенным (и, тем более, патогенным) фактором приводит к превалированию однотипного первично компенсаторного реагирования вплоть до манифестации нервно-психической патологии соответствующего типа. При этом имеет место генерализация предрасположенности к тому или иному типу реактивности и формирование полиморфной картины декомпенсации за счет симптомов разного онтогенетического уровня. Так, на фоне пубертатного криза астенизация, связанная с повышенной школьной нагрузкой, может вызвать оживление инстинктивных форм психической саморегуляции в виде «инертного груминга» (девочка 14 лет подолгу «бездумно» разглаживает собственные волосы, сидя за домашними заданиями).

Специфичность (в смысле соответствия типу психопатологического диатеза) запускающего этиологического фактора того или иного заболевания обуславливает гомомонный выбор психической патологии (МДП или циклотимия у носителя тимопатического диатеза; эпилепсия на почве эпитипического диатеза; шизофрения на фоне шизотипического диатеза; истерия или психосоматическое расстройство у невропата). При этом симптоматика болезни представлена наиболее типичными, «ядерными», расстройствами. Расхождение типа психопатологического диатеза (в смысле предпочтительного типа реагирования) и нозотропности этиологического фактора (или сочетания соответствующих факторов) заболевания обуславливают его развитие на гетерономной почве. Это реализуется в картинах «шизоэпилепсии» (где пароксизмальность симптоматики, включая наличие судорожных приступов, определяется эпитипическим диатезом, а исход заболевания – его шизофренической сущностью); «истероэпилепсии» (когда идиопатическая эпилепсия, развившаяся у ребенка с невропатическим диатезом, обуславливает использование пароксизмальных соматовегетативных и психомоторных феноменов в «репертуаре» психогенных конверсионных расстройств); атипичного МДП или «шизоаффективного расстройства» (при котором имеет место расхождение между нозопатическим наследованием и конституциональным диатезом, например депрессия у шизоида или шизофрения у циклоида); «соматизированных депрессий»; «истерического диссоциативного расстройства» (расстройства множественной личности). Нередко наблюдаемая истероформная маска шизофрении обусловлена протеканием эндогенного процесса у больного с регрессивно-невропатическим типом психопатологического диатеза. (О таких случаях старые психиатры говорили: «Это та истерия, которая шизофрения»). Наличие эпитипического диатеза определяет, на наш взгляд, возникновение у некоторых (далеко не всех) пациентов преходящих или более стойких эпизодов симптоматического заикания (равно как и симптоматических тиков) на фоне обострения шизофренического процесса.

Глобальные, генерализованные, дошедшие до уровня конституции варианты психопатологического диатеза (проявляющегося постоянно, а не только под влиянием провоцирующих стрессорирующих факторов) у носителей филогенетических детерминант отдельных типов адаптивного реагирования реализуются в виде ядерных психопатий [13], каковыми являются **циклоидная, эпилептоидная, шизоидная и истероидная** психопатии. Они обусловлены преимущественно наследственно-биологическими факторами и структурируются достаточно рано, поскольку формируются за счет природно-психических детерминант личности (инстинктов, влечений, низшей аффективности, темперамента).

Можно проследить определенные феноменологические параллели в психофизиологических, клинических, социобиологических, личностно-характерологических проявлениях того или иного типа психопатологического диатеза, а также его отражения в «выборе» формы шизофренического психоза (Самохвалов В.П., Гильбурд О.А., Егоров В.И., 2011). Последние представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Биопсихосоциальные параллели проявлений психопатологического диатеза

Тип диатеза	Филогенетический тип реагирования	Конституционально-реактивные расстройства	Предпочтительная эволюционно-стабильная стратегия поведения	Смысл этологической модели поведения	Психотип и его эволюционная роль	Форма шизофрении
Психовегетативный, «невропатический»	Регрессивно-архаический	Невропатия, неврозы, психосоматические заболевания	Кооперативная ЭССП	Имитация, зависимость, детскость, провоцирующие «родительское» покровительство	Истероидный психотип (самосохранение за счет рода)	Гебефреническая шизофрения
Парадоксально-аутистический, «шизотипический»	Атипичный, неселективный, в т.ч. дизадаптивный «на сегодняшний день»	Гипогиперреактивность, РДА, диссоциативное расстройство	Альтруистическая ЭССП	Автономность – жертвенность как сигнал опасности	Шизоидный психотип (сохранение вида за счет самосохранения)	Параноидная шизофрения
Ритмико-фазный, депрессивный, «тимопатический»	Биоритмический	Аффективные рас-ва, их соматоформные и психопатоподобные маски	Агонистическая ЭССП	Овладение – приспособление, доминирование-субмиссивность, борьба-смерть	Циклоидный психотип (сохранение мира за счет соответствия его ритму)	Кататоническая шизофрения (возбуждение – ступор)

Инертно-пароксизмальный, «эпитипический»	Асинхронно-ритмический (накопление-взрыв)	Спазмы, тики, заикание, неэпилептические пароксизмы, эписиндром	Эгоистическая ЭССП	Созидание-разрушение садизм-мазохизм, дисфория-экстаз, гиперсоциальность – асоциальность	Эпилептоидный психотип (самосохранение за счет других представителей вида)	Простая шизофрения
--	---	---	--------------------	--	--	--------------------

Понятно, что в приведенных случаях речь идет о гипотетически «чистых», рафинированных вариантах психопатологического диатеза, тогда как в реальной жизни обычно имеет место лишь большая или меньшая степень доминирования того или иного типа конституционального реагирования.

При смешанном типе психопатологического диатеза радикалы одного типа могут определять спектр предпочтительного реагирования (например, легкость возникновения психовегетативных или шизотипических расстройств), а радикалы другого – его феноменологически-динамические особенности (например аутохтонную ритмичность или пароксизмальный характер симптомов). Для смешанного типа психопатологического диатеза, включающего инертно-пароксизмальный (эпитипический) компонент характерны, например повторяющиеся соматоформные и психовегетативные кризы, особенно легко возникающие на фоне преходящих аллергических реакций (дерматит, крапивница), явления пароксизмально протекающего термоневроза, субклинические панические атаки, дисфорическая окраска аффективных колебаний, «истерическая спячка» и разнообразные неэпилептические пароксизмы (включая аффект-респираторные приступы) при истерическом неврозе.

Высказанные соображения, далекие от завершенности и открытые для критики, представляются все же не лишенными эвристичности в теоретическом смысле (например, это касается выделения «эпитипического диатеза») и практических перспектив (в частности, в плане диатетической ориентации клинического прогноза и терапии). Последнее представляется актуальным в свете осуществляемой кампании разработки унифицированных медицинских стандартов.

В качестве клинической иллюстрации приводим следующую выписку из истории болезни 16-летнего подростка, стационарированного в ДПБ № 6 г. Москвы.

Б-й Леонид, 23.05.92 г.р., ученик 11 класса массовой школы.

Поступил с диагнозом: «Другие смешанные расстройства поведения и эмоций» (F92.8).

Жалобы при поступлении: головные боли, снижение успеваемости, повышенная аффективная возбудимость.

Наследственность: бабушка по л/м страдала шизофренией, умерла от онкологического заболевания вскоре после рождения Леонида, дед по л/о злоупотреблял алкоголем. Мать мальчика отмечает у себя неустойчивое настроение, наличие «депрессий», суицидальной попытки.

Из анамнеза: отцу и матери по 40 лет, профессия – «приемные родители». В семье 9 детей (четверо родных, в том числе наш обследуемый, и пять приемных), живут в собственном доме. От 2-й беременности, 2-х родов. Беременность протекала с токсикозом, угрозой выкидыша на фоне анемии. Вес при рождении 4000 г. Закричал сразу. Раннее моторное развитие по возрасту, фразовая речь сформировалась после 3 лет (до этого объяснялся знаками, все его понимали).

С годовалого возраста давал аллергические реакции на цветение трав и домашнюю пыль. До 2,5 лет часто болел простудными заболеваниями, позже перенес ветряную оспу, краснуху. С 2,5 лет стал посещать детский сад, болеть перестал, но появились «истерики» по вечерам. Заходился так, что приходилось обливать холодной водой, чтобы «привести в чувство». «Истерики» продолжались до 3 лет и сменились головными болями, сопровождавшимися побледнением кожных покровов, нередко – рвотами.

В возрасте 5 лет на фоне температуры $37,8^{\circ}$ отмечался развернутый судорожный приступ продолжительностью 1 мин. В связи с этим был полностью обследован и поставлен на неврологический учет. По рекомендации врача семья переехала жить в Подмоскowie. Острые аллергические реакции прекратились, сменившись круглогодичным ринитом. Рос активным, подвижным, «правильным». Воспитатель в детском саду поручала ему следить за детьми в свое отсутствие.

В школу пошел с 7 лет подготовленным. С этого возраста участились головные боли по вечерам, порой сопровождавшиеся рвотой. Проучившись два месяца в первом классе, отказался ходить в школу, как и его старший брат (в семье в это время была сложная обстановка – трое детей, затруднения с пропиской и оформлением детей в школу). При психологическом тестировании в этом возрасте высказывал жалобы на то, что его «никто не любит». С января 1999 г. снова стал посещать школу, проблем не вызывал. Уменьшились головные боли. С детьми хорошо контактировал. В 5 классе вместе с другими одноклассниками был забран родителями из данной школы. В течение двух месяцев пребывал на домашнем обучении, включился в учебу, стал делать успехи, но успевал всегда неровно. Спротивлялся нажиму родителей, заставлявших заниматься, проявляя характерный для него «дух противоречия».

До 10-летнего возраста отмечались серьезные конфликты со старшим братом, часто дрался с ним, в драке кричал: «Дайте топор», однажды схватился за нож. Аффективные вспышки при ссорах с братом (заставлявшие разбежаться няню и остальных детей) сохранялись до 13 лет. В 13 лет в семье появилась приبلудившаяся собака, которая «не терпела драк», и отношения между братьями постепенно сгладились. Сейчас Леонид часто остается с детьми «за старшего», играет с ними, организует их. Месяц назад родители взяли на воспитание сверстника Леонида, 16-летнего Ивана (подростка с трудностями в поведении, уходами) с которым у него установились дружеские отношения. Последнее время подросток заметно отдалился от семьи, предпочитая множество собственных интересов. Склонность к аффективным вспышкам остается, особенно по вечерам. В школе нуждается во внешней организации занятий. На фоне повышенной температуры жалуется на то, что вокруг «все не так», что у него «бред», не переносит громких звуков.

Соматически: физическое развитие среднее, гармоничное. Выглядит соответственно паспортному возрасту. По консультации педиатра: круглогодичный аллергический ринит, поливалентная аллергия (бытовая, пыльцевая). Тубинфицирован. По внутренним органам без патологии. Общие анализы в норме.

Неврологически: выявляется рассеянная неврологическая микросимптоматика резидуального характера. По консультации невролога: синдром вегетососудистой дистонии (колебания артериального давления), ортостатические реакции (головокружения при резкой перемене положения тела), мигренозные головные боли. Ультразвуковая диагностика обнаружила признаки венозной дисциркуляции с вероятным затруднением оттока. Реакция сосудов на гипервентиляционную пробу отсутствует и сопровождается физиологической тахикардией. На ЭхоЭГ – легкие гидроцефальные признаки. На ЭЭГ – доминирующий по всем отведениям, оформленный в веретена альфа-ритм частотой 11–11,5 Гц, амплитудой до 60 мкВ в затылочных отведениях. Зональные различия правильные, ответы на афферентные раздражители нормальные. Гипервентиляция вызывает умеренное нарастание индекса диффузных медленных волн. Заключение: ЭЭГ в пределах нормы.

Психический статус. В контакте доступен, охотно отвечает на вопросы, откровенен. Мимика живая, выразительная. Свою госпитализацию связывает с необходимостью обследования. Предъявляет жалобы на повышенную утомляемость на занятиях, головные боли (от ноющих до «раскалывающих», чаще в лобной области), раздражительность, усилившиеся в последнее время, трудности в учебе. С первого класса испытывает затруднения в русском языке (замена слогов, окончаний слов при письме, трудности в выражении своих мыслей в сочинениях). Словарный запас небогатый, речь бытовая. Отмечает, что при банальных простудных заболеваниях, которые случаются 2-3 раза в год, часто резко повышается температура, которую плохо переносит – испытывает «глюки» (ощущения, что кровать поднимается), головокружения, гиперкизю. Указывает на перепады настроения (то «очень хорошее», то «злое, раздраженное»), участившиеся последнее время. Когда становится злым, может сорваться на близких, ссориться с матерью, братьями и сестрами. Отмечает связь такого настроения и плохого самочувствия.

В момент беседы настроение не снижено, эмоциональные реакции адекватные и выразительные. Отношение к родителям теплое, к родным и сводным сибсам относится позитивно. Наиболее близок с сестрой Светой, конфликтует чаще всего со старшим братом. Но удовлетворен тем, что тот вскоре станет жить отдельно от семьи.

Интеллект соответствует возрасту, запас сведений и представлений достаточный. Внимание неустойчивое, работоспособность снижена. В школьных занятиях заинтересован, в целом состоятелен, но обнаруживает выраженную запущенность по некоторым предметам. Страхи, обманы восприятия не выявляются.

В отделении находится на полустационарном режиме, поведение правильное, эмоционально лабилен. Отмечает периодические головные боли, однократно отмечалось мигреноподобное состояние.

По консультации психолога. В эксперименте выполняет указания психолога, однако в деятельности несколько небрежен, вяловат, в беседе чуть высокомерен. Выявляется завышенный уровень самооценки. В отношении собственных достижений и их внешней оценки критика снижена. Настаивает на правильности собственных решений, с упорством доказывает свою правоту, заявляет: «Весь мир не прав, а я прав». При этом с трудом поддается коррекции извне. Быстрый темп деятельности сочетается с проявлениями психической инертности, склонностью к застреваниям, трудностям переключения при смене приемов работы. В методике «свободное ассоциирование» отмечались большие «инертные смысловые гнезда». К концу работы выявились признаки наступающего утомления. Продуктивность запоминания оставалась низкой. Уровень умственного развития достаточный, пациент осмыслил задания своего возрастного диапазона, однако эпизодически отмечались трудности оперирования отвлеченными категориями, проявления конкретности. Заключение: обследование выявляет нарушение динамики работоспособности, признаки психической инертности, проявления некоторой диссоциации достижений на фоне, в целом, хороших познавательных возможностей у подростка с недостаточной критичностью к себе, результатам своей деятельности и их оценке.

Получал: курс церебролизина 2,0 в/м, финлепсин 0,2 в сутки.

Обсуждение. Ведущим является церебрастенический синдром, обострившийся в подростковом возрасте и временами сопровождающийся мигреноподобными головными болями. Природа расстройств обусловлена резидуально-органической церебральной недостаточностью. Наряду с этим имеют место периодически возникающие, как правило, ситуационно спровоцированные поведенческие нарушения в виде повышенной раздражительности, вспыльчивости, конфликтности (вплоть до драчливости), порой связанные со спонтанными колебаниями настроения по типу дисфорий. В контексте функционального диагноза можно констатировать наличие «эпитипического» (инертно-

пароксизмального) диатеза, отмечающегося с раннего возраста и имеющего разнообразные и разноуровневые проявления: аффект-респираторные приступы (до 3 лет); однократный приступ фебрильных судорог; склонность к ортостатическим реакциям; вегетативная дистония; аллергические реакции; сохраняющаяся гиперреактивность на повышение температуры тела, сопровождающаяся гиперактузией и психосенсорными расстройствами. В настоящее время можно говорить о явной акцентуации характера эпилептоидного типа. Природа данного диатеза, по-видимому, смешанная – конституционально-органическая, что подтверждается личностной сохранностью подростка с наличием черт гиперсоциальности.

Таким образом, клиническая реальность подтверждает наличие инертно-пароксизмального типа конституционального реагирования, что позволяет говорить о целесообразности выделения соответствующего варианта психопатологического диатеза в дополнение к традиционно рассматриваемым в психиатрической литературе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горизонтов П.Д. Адаптационный синдром. БМЭ, т. 1, изд. 3-е. - М.: Советская энциклопедия, 1974. - С. 63-64.
2. Горюнова А.В., Козловская Г.В., Римашевская Н.В. К вопросу о нейропсихической дезинтеграции у детей раннего возраста из группы высокого риска по эндогенным психозам // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста: Сб. науч. трудов ВНИПЗ АМН СССР – М., 1986. - С. 104-114.
3. Гурович И.Я. Нейробиологическая модель и ранние факторы риска развития шизофрении. В кн.: Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь). Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера – М.: ИД «МЕДКПРАКТИКА-М», 2010. - С. 24-46.
4. Давыдовский И.В. Общая патология человека. 2-е изд. - М.: Медицина, 1969. - 611 с.
5. Киреева И.П., Аронов П.В. Концепции диатезов в психиатрии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2007 (7), № 2. - С. 113-119.
6. Ковалев В.В.. Психиатрия детского возраста. - М. 1995. - 560 с.
7. Лебедев В.П, Соколова Т.С. Диатезы // Большая медицинская энциклопедия / Глав. ред. Б.В.Петровский. Изд. 3-е – М.: Советская энциклопедия, 1977, т.7. - С. 273-274.
8. Макаров И.В. Лекции по детской психиатрии. – СПб.: Речь, 2007. - 293 с.
9. Марков А. Эволюция человека. Кн. 2: Обезьяны, нейроны и душа. - М.: Астрель: CORPUS, 2011. - 512 с.
10. Пилявская О.И. Семейный анамнез детей, страдающих шизофренией // IV Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Киров, 22-24 сентября 2009 г. – М.: ОГОО «ЗЕТ-СТИЛ», 2009. - С. 263-264.
11. Самохвалов В.П., Гильбурд О.А., Егоров В.И. Социобиология в психиатрии. - М.: Изд-й дом Видар-М, 2011. - 336 с.
12. Северный А.А. Психовегетативный диатез // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста /под ред. С.Ю. Циркина. - Изд. 2-е – СПб.: Питер, 2004. - С. 427.
13. Смулевич А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств: учебное пособие. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 208 с.
14. Уваров В.В. Патогенетическая интенсивная комплексная психофарма-

котерапия и психотерапия постреактивных расстройств у детей и подростков, переживших острый и глобальный социально-информационный стресс. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 2011. - 24 с.

15. Циркин С.Ю. Концептуальная диагностики функциональных расстройств при шизофрении: диатез и шизофрения // Социальная и клиническая психиатрия. - 1995, 2. – С. 114-118.

16. Шевченко Ю.С. Психопатии. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под. Ред. Ю.С. Шевченко.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. - С.275-308.

17. Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Чумаченко А.А. Психопатологический диатез: (предвестники психических заболеваний) - СПб.: Гиппократ, 2008. - 128 с.

Shevchenko Yu.S., Bazdyrev E.I.

THE NATURE AND MANIFESTATIONS OF PSYCHOPATHOLOGICAL DIATHESIS (evolutional-biological view)

Russian Medical Academy of Postgradual Education (Moscow).

Summary: Sharing the diathesis to "somatopatological" and "psychopathological" in each individual case should specifically provide that means - in the broad sense of predisposition or susceptibility to a particular nosology. Clinical reality confirms the presence of inert-paroxysmal type of constitutional response, which suggests the feasibility of allocating the appropriate option psychopathological diathesis in addition to the traditionally considered in the psychiatric literature.

Keywords: diathesis, predisposition, inert- paroxysmal type of constitutional responses.

Н.М. Иовчук

БИПОЛЯРНЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ¹

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

Поводом для публикации этой статьи послужили ситуации, в которых детские психиатры амбулаторной и стационарной практики не замечают или игнорируют наличие двухфазных (депрессивных и маниакальных) аффективных расстройств в структуре болезни ребенка. Имеется множество наблюдений эндогенных аффективных психозов, когда ребенка или подростка с очевидным биполярным течением в течение многих лет амбулаторно или в стационаре в лучшем случае лечат только антидепрессантами, в худшем – ноотропами, витаминами, биодобавками. Почти всегда при направлении в стационар больных с обострением при достаточно длительном биполярном течении аффективного психоза у врачей вызывает недоумение схема лечения, в основе которой стоят препараты лития или финлепсин как средства, предотвращающие наступление новых аффективных фаз и наиболее эффективные при биполярном фазном течении заболевания.

Нельзя не заметить, что в детском возрасте, во всяком случае до младшего школьного возраста, гипоманиакальные расстройства действительно порой

¹ Начало. Окончание в следующем выпуске.

трудно правильно квалифицировать в силу стертости их картины, да и родители в этих случаях редко обращаются за психиатрической помощью, расценивая повышение возбуждения, чрезмерную подвижность, веселость, озорство как проявление естественной детской психодинамики. Кроме того, как показывают катамнестические исследования обширной когорты детей с ранним дебютом эндогенного аффективного психоза, и при циклотимии, и при различных вариантах течения шизофрении отмечается тенденция к длительному монополярному течению - депрессивному (с повторением только депрессивных фаз) или гипоманиакальному (с хронификацией рано возникших гипоманиакальных расстройств). В преобладающем большинстве случаев смена монополярного течения биполярным происходит в возрасте около 10 лет (с 8 до 12 лет), когда к депрессивным присоединяются маниакальные фазы или на фоне хронической гипомании появляются очерченные депрессивные состояния.

В основу настоящей работы положено изучение течения эндогенных аффективных психозов 252 больных, дебют заболевания которых относится к детскому возрасту (до 12 лет). Анализируются основные тенденции течения при двух нозологических формах: амбулаторном варианте маниакально-депрессивного психоза амбулаторного уровня (циклотимии) (32 наблюдения) и шизофрении (210 наблюдений). Как при шизофрении, так и при циклотимии приблизительно в половине случаев (соответственно 48% и 47 % случаев) наблюдалось биполярное течение. При шизофрении с преобладающими аффективными расстройствами в пубертатном возрасте биполярное течение преобладает (до 90% в исследованном клиническом материале, не вошедшем в настоящее сообщение). Маниакальные фазы в этом возрасте становятся более четкими, яркими и не сложными для правильной психопатологической квалификации.

Фазные аффективные расстройства являлись ведущими при двух вариантах течения шизофрении: I) циклотимоподобном течении (затяжном циклотимоподобном шубе); II) течении в виде аффективных фаз с возникновением на их фоне психотических форм шизоаффективного психоза.

При I и II вариантах течения шизофрении аффективные расстройства отличались очерченностью, отчетливой приступообразностью (или фазностью). Различия заключались в тяжести аффективной симптоматики и объеме психических расстройств, выходящих за рамки аффективного регистра: при I варианте на всем протяжении активного периода болезни сохранялись циклотимоподобные расстройства с непостоянной, рудиментарной аксессуарной симптоматикой, а при II варианте на той или иной стадии течения возникали развернутые шизоаффективные психозы с массивной бредовой, галлюцинаторной или кататонической симптоматикой.

I вариант. Циклотимоподобное течение шизофрении в детском возрасте.

К указанному варианту отнесены 148 наблюдений - все случаи шизофрении с сохранением циклотимического уровня аффективных расстройств на протяжении периода активных проявлений болезни. Говоря о периоде активных проявлений болезни, мы имеем в виду отрезок времени, равный нескольким годам, во время которого существовали фазно-аффективные расстройства. По достижении подросткового или юношеского возраста обнаруживались тенденции к постепенному редуцированию аффективной симптоматики и формированию длительной устойчивой ремиссии.

Начало аффективных расстройств в 93% случаев было связано с психогенной или, реже, психогенно-соматогенной провокацией. Абсолютно преоб-

ладающими в дебюте заболевания были депрессивные расстройства, и только у двух девочек младшего школьного возраста болезнь дебютировала гипоманиакальными состояниями (гипоманиями с патологически фантазированием и гебоидными расстройствами).

Наиболее частым было начало заболевания в младшем школьном возрасте. Длительность первых депрессий была чрезвычайно разнообразной - от 10 дней до 4 лет. Среди клинических типов первых депрессий полностью отсутствовали тоскливые и субступорозные депрессии, а наиболее частыми были дисфорические, соматизированные и боязливые депрессии. Первые депрессии субклинического уровня при рудиментарности и непостоянстве собственно депрессивной симптоматики нередко маскировались соматовегетативными и поведенческими расстройствами. В преобладающем большинстве случаев уже первые депрессивные состояния выступали в сочетании с симптоматикой неаффективного регистра, также фрагментарной, неустойчивой и незавершенной. Акцессорная симптоматика при ранних дебютах (в дошкольном и младшем школьном возрасте) была менее разнообразной, чем в препубертате, и ограничивалась различного рода навязчивостями, простыми, приближающимися к обычным детским страхам фобическими эпизодами, крайне стертыми идеями отношения, иллюзорными обманами восприятия, парейдолиями, отрывочными галлюцинаторными эпизодами с преобладанием зрительных, тактильных, обонятельных обманов восприятия, изредка - патологическими фантазиями с визуализацией представлений, а также отдельными регрессивными симптомами (приостановкой в развитии, энурезом, энкопрезом). Депрессии в препубертате дополнялись более сложной неврозоподобной симптоматикой (деперсонализацией, дисморфобическими и обсессивными расстройствами), ипохондрической и сенестопохондрической симптоматикой, более отчетливыми, чем у младших детей, идеями отношения и элементарными галлюцинаторными и псевдогаллюцинаторными расстройствами. Одной из характерных особенностей этих состояний были также симптомы нарушения мышления с невозможностью концентрации внимания, чувством безмыслия, умственной тупостью, шперрунками, элементами ментизма.

Феноменологическая динамика зависела от двух параллельных факторов - взросления больного и закономерностей шизофренического процесса. С одной стороны, в препубертатном возрасте происходило постепенное усложнение депрессивного синдрома за счет развития патологической рефлексии, появления массивных вегетативных расстройств, возникновения или увеличения выраженности дисфорических или истерически окрашенных эпизодов, а также благодаря присоединению свойственных пубертатному возрасту симптомов: дисморфобических, ипохондрических, мировоззренческих расстройств, элементов «метафизической интоксикации», психопатоподобного поведения с патологией влечений. С другой стороны, в повторных депрессиях или по мере развития многолетней затяжной депрессии происходило постепенное потускнение или исчезновение витального аффекта с его заменой дисфорическим или *unlust*-аффектами, появлением несвойственного раннему возрасту анестетического компонента и нарастанием апатоадинамической симптоматики, углублением симптомов нарушения мышления и резким падением продуктивности.

Течение болезни определялось серией моно- или биполярных фаз амбулаторного уровня, разделенных короткими светлыми промежутками; континуальным чередованием биполярных фаз или затяжной многолетней депрессией. При

биполярном течении гипоманиакальные расстройства появлялись обычно не ранее, чем после 2-3-й депрессии (за исключением двух случаев с манифестными гипоманиями). Раннее возникновение гипомании (до 6 лет) было отмечено всего в 2 случаях; у 8 больных первые гипомании появились в возрасте 7-9 лет, у 35 - с 10 до 12 лет, у большинства - только в периоде пубертата или в юношеском возрасте. Среди первых гипоманий встречались все типы маниакального синдрома, но преобладающими были гиперстенические гипомании и гипомании с гебоидными расстройствами. Гипоманиакальные состояния в основном протекали без значительного падения, а нередко даже с повышением продуктивности деятельности, что придавало этим состояниям компенсирующий характер. С течением времени гипомании, как и депрессии, претерпевали характерное видоизменение, но такая динамика была более медленной, становившейся очевидной лишь в пубертате: постепенно утрачивалась живость аффекта; радость, веселье, обаятельная непосредственность сменялись однообразной дурашливостью, раздражительностью, гневливостью; снижалась работоспособность, утрачивалось стремление к общению и движению; все более тусклым становился соматовегетативный компонент; нарастал и становился все более очевидным *unlust*-компонент.

И в депрессивных, и в гипоманиакальных фазах, сохранявших в процессе видоизменения неглубокий уровень психопатологических расстройств, преобладающими становились падение продуктивности, утрата прежних интересов и контактов, одиночество, безразличие, психопатоподобное поведение с грубостью, оппозиционностью по отношению к родным, озлобленностью и немотивированным раздражением. При континуальном течении, благодаря нарастанию смешанного аффекта и в депрессивных, и в гипоманиакальных состояниях, они становились едва различимыми: гипомании утрачивали компенсирующий характер; прежде очерченная фазность сглаживалась. При частых фазах с короткими светлыми промежутками наряду с отмеченными видоизменениями аффективных расстройств с течением времени углублялись следовые невротические расстройства, страх перед школой, отгороженность и негативизм, сохранявшиеся и после редукции собственно депрессивных симптомов. Такая картина болезни, особенно при ее длительном существовании, нередко расценивалась как дефицитарная шизофреническая симптоматика, что при стертости психопатологических расстройств иногда приводило к неверной диагностике простой формы шизофрении.

Между тем в доминирующем большинстве случаев активный период болезни, клиническая картина которого с течением времени приобретала характер псевдодефицитарных расстройств, продолжался от 5 до 7 лет и заканчивался в пубертатном или юношеском возрасте стойкой длительной ремиссией. Завершение активного периода болезни происходило медленно, в течение нескольких месяцев-1,5 лет: постепенно укорачивались аффективные фазы, удлинялись светлые промежутки, симптоматика становилась все более стертой. В первую очередь восстанавливались контакты со сверстниками, появлялись отдельные, свойственные возрасту интересы, затем постепенно утрачивался страх перед посещением школы, улучшалась успеваемость, возобновлялись приятельские отношения в классе, исчезала неуверенность в себе, появлялись планы, соответствующие реальным возможностям ребенка; в последнюю очередь, как правило, происходила нормализация внутрисемейных отношений с исчезновением нетерпимости и оппозиции.

В то же время на фоне пубертатного кризового периода установление времени окончательного завершения активного периода болезни представлялось чрезвычайно сложным: ставшие привычными во время болезни истероформные и шантажные формы поведения, школьная дизадаптация с нарушением контактов со сверстниками, снижением успеваемости и школьной фобией, не всегда исчезающая по завершении аффективных расстройств и обусловленная длительными стационарированиями и многолетним индивидуальным обучением, характерные для пубертатного возраста особенности в виде оппозиционности, негативизма, грубости, повышенной рефлексии, появления или усиления влечений - все это зачастую создавало серьезные препятствия для квалификации ремиссий, порой разрешимые лишь при динамическом наблюдении.

В процессе дальнейшего наблюдения, в том числе при длительных сроках катамнеза - 12-16 лет, т. е. на фоне наступившей зрелости, ни в одном случае не отмечено возобновления эндогенной аффективной симптоматики. В единичных случаях после 20 лет наблюдались психогенно обусловленные кратковременные депрессии, имевшие все характерные признаки реактивного состояния. Таким образом, стереотип развития детской циклотимоподобной шизофрении во многом совпадал с описанными вариантами юношеской [5, 8-10] и подростковой [2, 4] одноприступной шизофрении, что позволило допустить, что при манифестации аффективных расстройств в допубертатных возрастных группах возможен единственный в жизни очерченный период активных проявлений болезни (или единственный детско-подростковый шуб). Только при многолетней депрессии амбулаторного уровня такой шуб был более или менее однотонен и монолитен, в остальных случаях - как при континуальном, так и при серийном течении - он имел прерывистый, дискретный характер и включал множество моно- или биполярных фаз. Изменения личности становились отчетливыми лишь по завершении всего активного периода болезни, когда происходило «дозревание» ремиссий [4, 7, 15] с редукцией псевдодефицитарной симптоматики.

Иллюстрацией циклотимоподобного варианта шизофрении с дебютом в детском возрасте может служить следующее клиническое наблюдение.

Мальчик А., 11 лет.

Наследственностьотягощена по обеим линиям манифестными психозами. Отец страдает паранойальной формой шизофрении с началом в возрасте 20 лет. После развода живет отдельно, сына практически не видит. Мать перенесла несколько очерченных депрессивных приступов с преобладанием тревоги, утратой активности, контактов, массивной вегетативной симптоматикой, длительным нарушением сна. Неоднократно лечилась в санаторных отделениях психиатрической больницы и клинике неврозов.

Мальчик от I беременности, протекавшей с легким токсикозом первой половины. Роды срочные, без патологии. Родился с весом 3600, ростом 52 см. Рос спокойным, почти не плакал, хорошо спал и ел, достаточно прибавлял в весе. Раннее психомоторное развитие – с некоторым опережением. Детские ясли посещал с 1,5 лет. Рос веселым, активным, общительным, дружелюбным, любознательным. С детьми играл охотно, без ссор и драк. Играл только с мальчиками, любил подвижные игры. Был быстр в движениях без суетливости, ловок, быстро научился кататься на лыжах, коньках, велосипеде. К матери был очень ласков, тонко чувствовал ее настроение, желал, стремился помочь, если она уставала или была расстроена. Был самостоятельным, ответственным, аккуратным. Посторонних стеснялся, но к любому обществу привыкал быстро, легко знакомился с детьми, умел организовать игру. В школу пошел с

7 лет, с удовольствием, к этому времени умел читать и считать, при приготовлении уроков не нуждался в помощи. Учился на «4» и «5». В классе вел себя спокойно, не болтал, не шалил. Имел двух друзей. С первого класса стал говорить, что очень жалеет, что у него нет папы. Говорил, что если бы у него, как у других детей, был папа, то он наверняка бы стал отличником. Просил мать выйти замуж, с нетерпением ждал отпуска, считая, что именно летом они с мамой «найдут себе папу».

В возрасте 8 лет, через 2 недели после начала учебного года второго класса, вдруг стал безучастным, молчаливым, плакал в ответ на замечания в школе. Если его вызывали, молчал, опустив голову, стал получать одни «3». Не играл с детьми, избегал их общества. Матери сказал, что грустит от того, что лето прошло, а они «так и не нашли папу». Через 2 недели это состояние кончилось, и мальчик стал таким же активным, общительным, ласковым, как раньше. Хорошо учился, занимался в спортивных секциях. С третьего класса стал много читать, иногда пропускал школу, чтобы прочитать особенно увлекшую его книгу. Тем не менее, учился ровно, без напряжения. Лето проводил в оздоровительном лагере. После смены всех учителей (10 лет мальчику), вскоре после начала учебного года стал жаловаться, что ему не нравятся новые учителя, не нравятся дети, не хочется в школу, что класс «плохой, недружный», просил перевести его в другую школу. Стал хмурым, вялым, много плакал. Школу посещал, но уроки делал неохотно и небрежно, в классе был молчалив, рассеян, иногда отказывался отвечать у доски. Через 2 недели стал пропускать школу. Зная, что мать тяжело переживает пропуски школы, выходил из дома вместе с ней, но в школу не шел, ходил по улицам, а иногда отсиживался где-нибудь на скамейке до 10-11 часов вечера. Перестал встречаться с друзьями, играть. С матерью часто был резок, груб, перестал с нею откровенничать, на вопросы отвечал односложно, резко. Стал жаловаться, что по несколько часов не может уснуть. Говорил, что ему «скучно», ничего не хочется делать. Школу посещал не чаще двух раз в неделю, стал учиться на «3» и «2», не усваивал материал, жаловался на «погупение», просил помощи. Перестал спать без света, стал бояться входить в пустую комнату. Говорил, что ему кажется, будто кто-то стоит за занавеской, что снятся страшные сны. Через три месяца в таком состоянии ребенок стационарирован в Московскую детскую психиатрическую больницу № 6.

При поступлении: плакал, расставаясь с матерью, движения медленные, шаркающая походка, сидит, опустив голову, не смотрит на собеседника. Лицо печальное, мимика маловыразительная. Голос тихий, монотонный. Жалуется, что ему надоело, «лень» учиться, не хочется ходить в школу, класс плохой, недружный, учителя придираются. Скучно и дома, и в школе, ничего не хочется делать, ничто не приносит удовольствия, даже встречи с друзьями. На многие вопросы отвечает коротко, резко, вызывающе. Испытывает страх, особенно вечером, когда остается один в темной комнате. Кажется, что за шторой стоит «черт одноногий», старается не смотреть, чтобы «не увидеть страшно». Иногда видит, как шевелится занавеска, боится, что кто-то страшный может спуститься с верхнего балкона. Как-то ему «мерещился» циклоп, не может понять, во сне это было или наяву.

В больнице находился 3,5 мес. К моменту выписки состояние улучшилось, но по-прежнему был малоподвижен, вял, молчалив, неохотно делал уроки. Выписан на поддерживающем лечении антидепрессантами и нейролептиками. Через неделю после выписки стал, как прежде, живым, активным, подвижным, веселым, но в школу ходил всего один раз. Вернулся довольным, радостным, а вечером стал обвинять мать в том, что она положила его в больницу, и теперь он разленился и не сможет учиться. Вечерами становился веселым, разговорчивым, много смеялся, шутил. Вечером его удавалось уговорить ходить в школу, а наутро вставал разбитым, вялым, печальным и в школу не ходил. Через месяц после выписки из больницы вновь появился страх, перестал оставаться дома один, выходить на улицу. По много раз спрашивал мать, любит ли она его, жаловался, что ему так тяжело жить, что хочется умереть, был беспокоен, метался, демонстративно искал веревку, чтобы повеситься. В таком состоянии был

снова стационарирован и лежал в больнице 3 месяца. Психический статус при поступлении - без существенных изменений по сравнению с предыдущим стационарированием.

После выписки лето проводил у бабушки за городом. В первое время был хмур, мрачен, молчалив, малоподвижен, почти не выходил из дома, ничем не хотел заниматься. Через 10 дней стал проводить время с детьми, ходил с ними купаться, был весел, разговорчив, снова стал ласковым к маме и бабушке, доверчив, доброжелателен, интересовался игрушками, подвижными играми, т. е. стал «прежним», с точки зрения родных. Единственное, что насторожило мать, необычная прибавка в весе - 13 кг за 2 мес. - с 45 до 58 кг при росте 154 см. Постепенно в течение 1 мес. становился все более румяным, бодрым, чрезмерно веселым, болтливым, всем довольным. Стал озорничать с соседскими мальчишками, держался слишком раскованно с детьми и взрослыми. Как-то убежал от матери на вокзале, при этом не чувствовал за собой никакой вины. Ел все больше и больше, без чувства насыщения, съедал все, что было в доме, просил помочь ему сдержать аппетит. Из-за прибавки в весе стал задыхаться при ходьбе и беге, стеснялся своей толщины. Осенью стал посещать школу, но уроки делал только в присутствии матери. Стал крайне отвлекаем, брался сразу за несколько дел, ничего не доводя до конца. К неудачам в школе относился равнодушно. Плохо вел себя на уроках: болтал, шумел, озорничал, срывал уроки, с учителями держал себя развязно, заносчиво, дерзко, не реагировал на замечания. Убежал из приемной директора, куда вызвали мать, а потом всю ночь прятался от нее в кустах и в доме, подготовленном к сносу. 2 недели провел дома, т. к. решался вопрос о его исключении из школы. Непрерывно болтал, иногда начинал возиться, бороться, громко, во весь голос кричал или пел. Через 2 мес. стал несколько спокойнее, меньше ел. В первый же раз, когда был отправлен в школу, весь день ходил по улицам, а к моменту прихода матери с работы забаррикадировал дверь столами, чемоданами. Дверь была вскрыта милицией. Был стационарирован в третий раз в Московскую детскую психиатрическую больницу N 6.

При поступлении: лицо гиперемировано, глаза блестят, мимика живая. Часто улыбается, живо реагирует на шутку. Говорит громко, быстро отвечает на вопросы. Много шутит. Считает, что все неприятности произошли из-за того, что не хотел ходить в школу. Зная, что дверь будут вскрывать, приготовил нож, чтобы защищаться от мамы и милиции. Признается, что в последнее время плохо себя вел: озорничал, дрался, грубил учителям, сам начинал драку. В течение первых дней в отделении постоянно находится в обществе детей, много с ними говорит, пытается придумать развлечения, но нередко бывает злобен, агрессивен, раздражителен, дерется. Сам говорит, что в голове постоянная мысль о том, чтобы затеять ссору с детьми и подрастать. Через неделю стал малоподвижен, молчалив, хмур, ворчлив, держался в стороне от детей. Стал жаловаться на скуку, тревогу, тяжесть в ногах и руках - «такая тяжесть!». Снова жизнь представляется в черных тонах, все плохо, все к нему плохо относятся, ничего не хочется делать. Стал бояться пустой комнаты, темноты. Совсем перестал заниматься. Получал антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, ноотропы. Впервые стал получать превентивную терапию препаратами лития. Выписан через 2 мес. со значительным улучшением состояния.

Клиническая картина болезни в настоящем случае определяется фазными расстройствами настроения, впервые возникшими в 8-летнем возрасте, продолжающимися до 11 лет и пока не имеющими тенденции к обратному развитию. Если после первой депрессивной фазы отмечался длительный светлый промежуток, то в дальнейшем продолжительность ремиссий все больше сокращается, так что на протяжении последнего года болезни они практически отсутствуют. Маниакальное состояние возникло впервые в 11-летнем возрасте после 3 депрессивных фаз. В течение первых 3-4 недель единственным признаком гипомании были повышение аппетита и резкая прибавка в весе. В дальнейшем симптомами гипомании - повышенное настроение (веселое, с эпизодами гневливо-

сти), ускоренная речь, стремление к деятельности, чрезмерная подвижность, отвлекаемость, не критичность - становятся все более явными.

II вариант. Течение в виде аффективных фаз, прерывающихся возникновением полиморфного приступа психотического уровня (шизоаффективный психоз). К этому варианту течения шизофрении отнесены 72 наблюдения. Наряду с очерченными моно- или биполярными фазами в этих случаях отмечалось возникновение полиморфных психотических приступов, клиническая картина которых включала не только очевидные депрессивные или маниакальные расстройства, но и массивную бредовую, галлюцинаторную, кататоническую симптоматику.

Роль провоцирующего фактора в возникновении начальных аффективных расстройств была существенно меньше, чем в группе циклотимоподобной шизофрении (42%).

Манифестные расстройства возникали в любой из детских возрастных групп с небольшим преобладанием манифестаций в препубертатном возрасте. В преобладающем большинстве случаев процесс манифестировал депрессивным и значительно реже - маниакальным состоянием. У 10 больных уже манифестный психоз являлся сложным, полиморфным, хотя ведущими в его структуре являлись депрессивные или маниакальные расстройства. Длительность манифестных состояний варьировала в большом диапазоне - от 3 дней до 1,5 лет, но в основном продолжительность манифестных приступов была значительно меньше, чем при циклотимоподобной шизофрении.

Типология манифестных депрессий в данном случае существенно отличалась от таковой при циклотимоподобном варианте течения шизофрении: преобладающими являлись субступорозные депрессии, отсутствовавшие при циклотимоподобной шизофрении, а также тревожные и боязливые депрессии, отличавшиеся особенной насыщенностью аффекта. Среди манифестных состояний при шизоаффективном психозе даже в дошкольном возрасте изредка встречались тяжелые тоскливые депрессии. Значительно реже, чем субступорозные, тревожные, боязливые депрессии, наблюдались слезливые и соматизированные депрессии; совсем не отмечалось среди манифестных состояний дисфорических, адинамических и ступидных депрессий.

Депрессивные состояния отличались четкостью границ, внезапностью возникновения, напряженностью патологического аффекта, неконкретностью, расплывчатостью тревожно-фобической фабулы, элементарными в раннем возрасте и массивными в препубертате депрессивными бредовыми идеями, суицидальным поведением, выраженностью двигательного компонента (субступор, ажитация, их чередование) и возникновением на высоте депрессии тяжелых раптоидных состояний. Повторные депрессивные фазы претерпевали динамику в основном в рамках одного типологического варианта, постепенно удлиняясь, углубляясь и усложняясь за счет присоединения отрывочной симптоматики других регистров (идей отношения и преследования, деперсонализационных расстройств, обманов восприятия, регрессивных симптомов). Лишь иногда отмечались переходы от субступорозных депрессий к тревожным или боязливым и, наоборот, от тревожных к субступорозным; после первых слезливых или соматизированных депрессий возникали депрессии тревожные или боязливые.

Монополярные депрессивные фазы отмечались всего в 20% случаев. Следует заметить, что эти больные имели относительно короткие сроки динамического наблюдения, что не исключает появления у них в будущем аффективных

расстройств противоположного полюса. У остальных больных отмечалось отчетливое биполярное течение. При этом в преобладающем большинстве случаев первые признаки маниакальной симптоматики появлялись при приближении к 10-летнему возрасту или после 10-летнего возраста.

Маниакальные фазы в большинстве случаев протекали на субклиническом уровне. При этом встречались все выделенные типы маниакальных расстройств, кроме вегетативной и гиперстенической гипоманий, а преобладающими являлись веселые, дурашливые гипомании и гипомании с раздражительностью. Гипоманиакальные состояния, в отличие от таковых при циклотимоподобном варианте течения шизофрении, отличались выраженностью возбужденности, отвлекаемости, болтливости, легкостью возникновения раздражения и гнева, непоследовательностью и нецеленаправленностью деятельности. В повторных маниакальных фазах происходило отчетливое углубление симптоматики, нарастали нелепость, дурашливость, гневливость, появлялась скачка идей, при этом снижалась моторная активность, нарастала апродуктивность, появлялись черты противоположного аффекта в виде недовольства собой и окружающими, жалоб на плохое – «злое» настроение, отдельные неприятные телесные ощущения, ипохондрические идеи и идеи отношения.

Развернутые шизоаффективные приступы возникали начиная с младшего дошкольного возраста (с 2,5 лет). Их типологическая структура ограничивалась депрессивно-бредовым, маниакально-бредовым, депрессивно-параноидным, маниакально-кататоническим, кататонно-регрессивным синдромами, а также синдромом острого страха, по существу представлявшим собой у детей дошкольного возраста редуцированный депрессивно-бредовой приступ. Абсолютно преобладающими среди первых шизоаффективных приступов были депрессивно-бредовые. Каждый больной перенес от 1 до 10 (в случаях с серийным течением) шизоаффективных приступов. Длительность шизоаффективного приступа варьировала в широких пределах - от 1 мес. до 1,5 лет.

Почти у всех больных, имевших длительные сроки наблюдения, после шизоаффективного психоза и последующего периода аффективно-фазного течения, возникла длительная (не менее 3 лет) ремиссия, свободная от продуктивной симптоматики (кроме 4 больных с «нажитой» хронической гипоманией). В преобладающем большинстве случаев начало длительной ремиссии совпадало с пубертатным периодом. При этом было отмечено, что при поздней (в данном случае в препубертате) манифестации заболевания ремиссия начиналась позже (в юношеском возрасте), чем при более ранних манифестациях. Во всех случаях при длительных сроках наблюдения ремиссия обрывалась возникновением нового шизоаффективного психоза - в пубертатном, юношеском или зрелом возрасте. Повторные шизоаффективные приступы в этом возрасте обладали более сложной психопатологической структурой и синдромальной завершенностью благодаря появлению пышного бредаобразования, усложнению бредового и галлюцинаторного компонентов синдрома Кандинского-Клерамбо, вербального галлюциноза, возникновению развернутых форм образно-чувственного бреда и онейроидных расстройств. Наряду с этим отмечалось значительное расширение типологических рамок: уже начиная с пубертата, кроме указанных вариантов, появились маниакально-парафренические, кататонно-онейроидные и депрессивно-галлюцинаторные приступы. В то же время при раннем возникновении шизоаффективного психоза, оставлявшего апатический или олигофреноподобный дефект, повторные приступы не усложнялись или даже редуцировались, нося

обычно характер маниакально-кататонических, кататано-гебефренных или депрессивно-бредовых с крайне примитивными, отрывочными, более свойственными детскому возрасту бредовыми идеями.

Черты шизофренического дефекта в случаях прогрессивного течения появлялись уже после 2-3 аффективных состояний и заметно нарастали после приступа шизоаффективной структуры; при малопрогрессивном течении становились очевидными после 2-го ил 3-го шизоаффективных приступов, но ограничивались негрубым личностным снижением. В этой группе больных был представлен весь спектр шизофренического дефекта от легких эмоциональных изменений с нормо- или гиперстенией до тяжелых форм олигофреноподобного или апатобулического дефекта.

О.П. Шмакова, О.О. Андреева

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
И УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ**
НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Резюме

Приведены сравнительные данные о наличии комплекса социальных навыков у пациентов с умственной отсталостью (141 чел.) и шизофренией (58 чел.). Использовалась методика, составленная в рабочих целях. У пациентов с умственной отсталостью наименее развитыми были образовательные навыки; у больных шизофренией – навыки общения, бытовые умения, способность к контролю и планированию своей деятельности. Больные шизофренией чаще, чем умственно отсталые, имели индивидуальные предпочтения в реализации навыков; зачастую сформированный навык не реализовался тогда, когда в нем была потребность; они демонстрировали значительный разброс в уровнях социальной приспособленности.

Ключевые слова: шизофрения, умственная отсталость, дети, подростки, социальная адаптация.

Нарушения социального функционирования детей и подростков с особыми потребностями (детей-инвалидов; детей страдающих психическими заболеваниями, но не получающих пособия по инвалидности) неоднократно становились предметом научных изысканий. В настоящей работе, являющейся частью исследования, проводимого в отделе по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН (руководитель отдела - проф., д.м.н. Н.А. Мазаева) по катамнезу ранней инвалидности и проблемам адаптации детей-инвалидов, мы попытались проанализировать сложную структуру социальной недостаточности детей с психическими расстройствами, путем димENSIONАЛЬНОЙ оценки уровня недоразвития отдельных навыков, сгруппированных по сферам (образовательные, бытовые, навыки общения, самообслуживания и т. д.). Подобный подход представляется продуктивным, поскольку может служить отправной точкой как для дальнейших реабилитационных усилий, так и для решения ряда экспертных вопросов (к примеру, с целью определения необходимости оформления инвалидности).

Предыдущие методики подобной направленности либо не вполне адапти-

рованы для применения в нашей стране («Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» [5]), либо применяются у пациентов иного возраста, с иной структурой патологии («Социограмма»; «Шкала навыков, необходимых для социальной адаптации» [3, 4]).

В настоящем исследовании для регистрации наличных навыков, которыми обладали обследованные, использовалась «Карта навыков», составленная в рабочих целях на основе предложенной ВОЗ «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья», рубрики «Активность и участие»; методики «Социограмма» Х.С. Гюнцбурга; «Шкалы навыков, необходимых для социальной адаптации» D.Norris and P.Williams, 1975 [3, 4, 5].

Таблица 1.

Группы навыков, необходимых для социальной адаптации.

1	Ориентированность в себе и окружающем	Понимание обращенной речи, ориентированность в себе и окружающем (без использования собственной речи)
		Ориентированность в себе и окружающем (с использованием речи). Умение давать сведения о себе и окружающем.
2	Образовательные навыки и их использование	Владение базовыми образовательными навыками (чтение, счет, письмо)
		Умение использовать образовательные навыки в повседневной жизни
3	Навыки общения	Навыки невербального общения
		Навыки вербального общения
		Владение сложными техниками общения (диалог, беседа в группе и т. д.)
		Навыки межличностного взаимодействия
4	Навыки самообслуживания	Уход за телом
		Одевание
		Прием пищи и питье
5	Бытовые навыки	Приобретение товаров
		Приготовление пищи
		Работа по дому
6	Способность ориентироваться и передвигаться вне дома	
7	Способность к контролю и планированию своей деятельности	Адекватность поведения
		Активность и работоспособность
		Знание правил безопасности и следование им

Все умения/навыки, были сведены в разделы: 1. Ориентированность в себе и окружающем (невербальная и вербальная), использование этих знаний (умение давать о себе основные сведения); 2. Образовательные навыки и их использование; 3. Навыки общения (невербального и вербального) и межличностного взаимодействия; 4. Навыки самообслуживания; 5. Бытовые навыки; 6. Способность ориентироваться и передвигаться вне дома; 7. Способность к повседневному контролю и планированию своей деятельности (в том числе адекватность поведения, активность и работоспособность) (см. табл. 1).

Несостоятельность в применении навыков либо их недоразвитие оценивались по 3-балльной шкале (0 – отсутствие навыка; 0,5 – навык развит частично

или реализуется с помощью кого-то из опекающих лиц; 1- навык развит в соответствии с возрастом и используется в полном объеме). Высчитывался средний балл в каждом разделе (для оценки диспропорции в развитии групп навыков).

Наличие образовательных навыков (чтение, счет, письмо), умение ориентироваться и общаться выяснялись путем опроса детей. Наличие бытовых навыков и навыков самообслуживания, способностей к планированию деятельности, навыки межличностного взаимодействия – при опросе родителей.

Для обработки данных использовались статистические функции программы EXEL.

Материалом исследования явились больные, обслуживаемые психоневрологическим диспансером № 21 г. Москвы. Исследование проходило в период с 2009 по 2011 г.г. Из общего количества детей 1990-1992 г. р. (544 человека: 414 - 76,1% мальчиков и 130 – 23,9% девочек), наблюдавшихся в подростковом кабинете диспансера, были отобраны больные с умственной отсталостью (далее УО) различных степеней (141 чел.) и шизофренией (58 чел.). Больные осматривались в старшем подростковом возрасте (17-18 лет), однако начало заболевания у большинства можно было отнести к детскому возрасту, т. к. основная масса пациентов попадала в подростковую сеть после периода наблюдения на детских психиатрических участках.

Нозологическое распределение обследованных отражено в табл. 2.

Таблица 2.

Нозологическое распределение обследованных.

Диагноз		Всего (чел.)
Шизофрения		58
В том числе:	Детский тип	28
	Параноидные формы	9
	Шизотипические расстройства	18
	Шизоаффективные психозы	3
Умственная отсталость (УО)		141
В том числе	Легкая	108
	Умеренная	24
	Тяжелая	9

Результаты

Средние баллы развития отдельных групп навыков у наших обследованных представлены на рисунках 1, 2, 3, 4.

Анализируя факторы, способствовавшие снижению уровня социальной адаптации в группе УО пациентов, следовало отметить ведущее значение тяжести умственного недоразвития. Среди наиболее дизадаптированных предсказуемо оказались пациенты с тяжелой УО, они испытывали затруднения даже в способности ориентироваться в окружающем (в среднем- 0,15 баллов), имели минимальные возможности к обучению (0,03 балла), общению (0,22). Хотя они обладали простейшими навыками самообслуживания (0,4), но в быту (0,2), где требовались более сложные комплексные умения, они оказывались гораздо менее состоятельными. Они практически не передвигались вне дома самостоятельно (только в сопровождении, даже по знакомому маршруту).

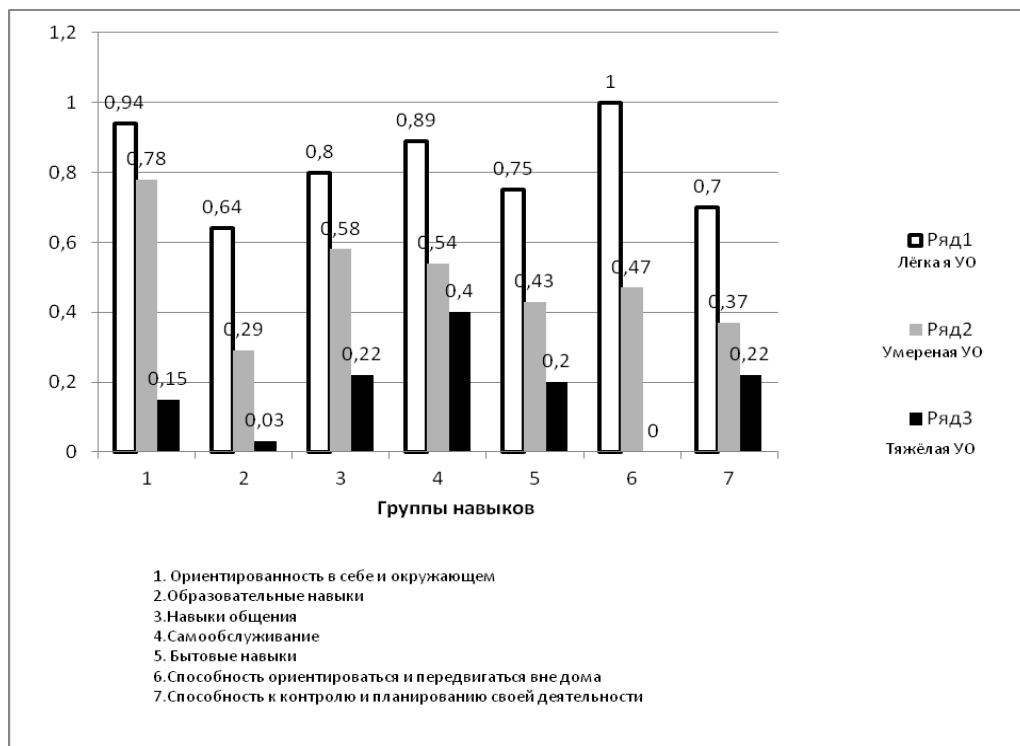


Рис. 1. Социальные навыки пациентов с умственной отсталостью.

Среди пациентов с умеренной умственной отсталостью можно было выделить две подгруппы:

1) более адаптированных, чем предыдущие, подростков с умеренной умственной отсталостью, отягощенной психоорганическим синдромом, речевыми нарушениями, аутистическими расстройствами. Хотя они обладали низким потенциалом к обучению, контролю за своей деятельностью, имели выраженные речевые нарушения, однако, в отличие от предыдущих, гораздо лучше ориентировались в окружающем, обладали базовыми навыками самообслуживания, способны были функционировать в быту (помогать в уборке дома, в приготовлении пищи и пр.), у них были сформированы некоторые образовательные навыки (чтения, механического счета), но они их никак не применяли вне учебной ситуации;

2) адаптированных подростков с «легкой имбецильностью», которые отличались хорошо развитыми навыками самообслуживания и бытовыми умениями, свободно общались на примитивном уровне, испытывая, впрочем, затруднения в использовании более сложных техник общения (умения знакомиться, поддерживать беседу, вести диалог, дискуссию); наиболее низким у них был балл развития образовательных навыков.

Относительно подростков с легкой умственной отсталостью можно было заключить, что они оказались самыми адаптированными и их психическое недоразвитие не вызывало значимых нарушений социальной приспособленности (средний балл по «обучению» - 0,64). Они успешно общались (0,8), обладали необходимыми навыками самообслуживания (0,89), ведения быта (0,75), удовлетворительными способностями к контролю и планированию своей деятельности (0,7). Затрудняли их адаптацию сопутствующие расстройства – двигательные

(ДЦП), неврологические, речевые, соматические.

Средние баллы развития отдельных групп навыков у пациентов с различными формами **шизофрении** приводятся на рисунках 2, 3, 4. Данные о развитии социальных навыков у пациентов, страдавших шизоаффективными психозами, не анализировались, ввиду малочисленности наблюдений (3 чел.).

В целом больные шизофренией демонстрировали значительный разброс в уровне социальной приспособленности даже в рамках единых нозологических категорий (детская шизофрения, параноидная шизофрения, шизотипическое расстройство). Наибольшее негативное влияние на адаптационные возможности больных оказывали: сохраняющаяся активность эндогенного процесса, ранний возраст его начала и значительная степень прогрессивности.

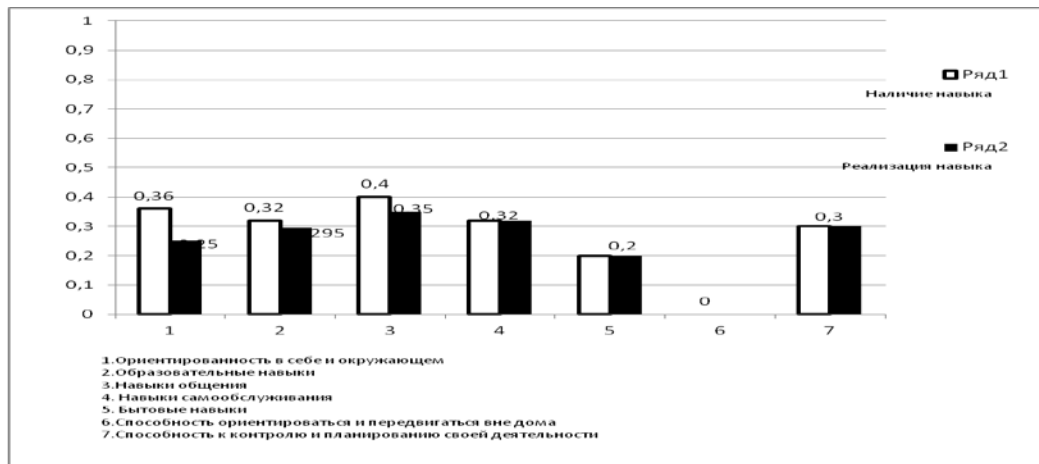


Рис.2. Социальные навыки пациентов с детской формой шизофрении

Характерной особенностью при тестировании подростков с шизофренией становилось псевдоотсутствие того или иного навыка по причине значительных затруднений в его реализации в момент осмотра врачом. Такие подростки просто не отвечали на вопросы, не действовали стандартным образом (в силу негативизма, мутизма, бредовых и иных расстройств). Для выявления наличия того или иного навыка необходимо было обращаться к родителям, которые сообщали, что ребенок, к примеру, умеет читать, в состоянии сказать, как его зовут и сколько ему лет, однако эта обученность имеет очень ограниченную зону реализации – используется только в ситуации общения со знакомыми людьми. В этом случае в «Карту навыков» заносилось две оценки – «наличие навыка», «его реализация». Иногда родители не могли дать точных сведений о том, к примеру, умеет ли ребенок считать, знает ли он времена года, настолько неадекватным было поведение больного даже в максимально привычных для него условиях. В таких случаях в «Карту навыков» заносились нулевые баллы как наличия, так и реализации данного навыка.

Подростки, больные шизофренией, показывали низкие баллы состоятельности во многих сферах: в разделе «общение» более нарушенными оказывались невербальное общение, сложные техники общения, межличностное взаимодействие. Многими навыками из разделов «самообслуживание» и «быт» пациенты с параноидной формой и шизотипическим расстройством обладали, но фактически не реализовывали их в силу негативных расстройств, бредовой симптома-

тики. Пациенты с ранними детскими формами болезни требовали постоянной помощи в самообслуживании и быту, передвижении вне дома по причине олигофреноподобного дефекта, поэтому речи о наличии и реализации этих навыков зачастую не было, навыки были просто не сформированы.

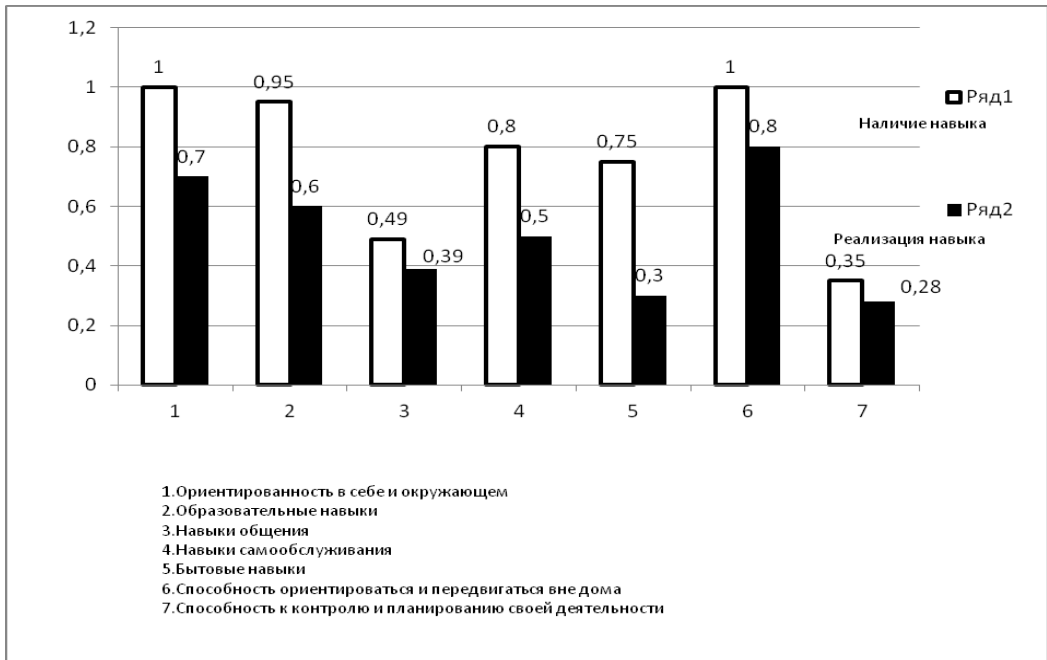


Рис.3. Социальные навыки пациентов с параноидной шизофренией

У страдавших детскими и параноидными формами болезни была значительно нарушена способность к контролю и планированию своей деятельности, поскольку в эту группу навыков входили, в том числе, адекватность поведения, активность и работоспособность.

У большинства пациентов с шизофренией отмечалась не только диссоциация между наличием и реализацией навыков, но и диссоциация между образовательными навыками и навыками самообслуживания и быта, противоположная такому соотношению у умственно отсталых детей. Пациенты с шизофренией, демонстрируя неплохой уровень знаний, были беспомощны в быту, умственно отсталые - наоборот.

Наконец, пациенты, страдающие шизофренией, чаще, чем умственно отсталые, имели индивидуальные предпочтения в реализации навыков - охотно выполняли то, что нравилось, но было объективно сложнее (к примеру, выполняли сложные арифметические подсчеты, помнили наизусть телефоны или имена), в то же время не делали чего-то более легкого, но вызывающего неприятие (наиболее характерным было, к примеру, то, что многие из них отказывались пылесосить квартиру – боялись звука этого аппарата; не стригли ногти сами и с трудом давали их стричь родителям – по-видимому, также сказывался детский страх, возникший после даже однократных неприятных ощущений, сопровождавших эту процедуру).

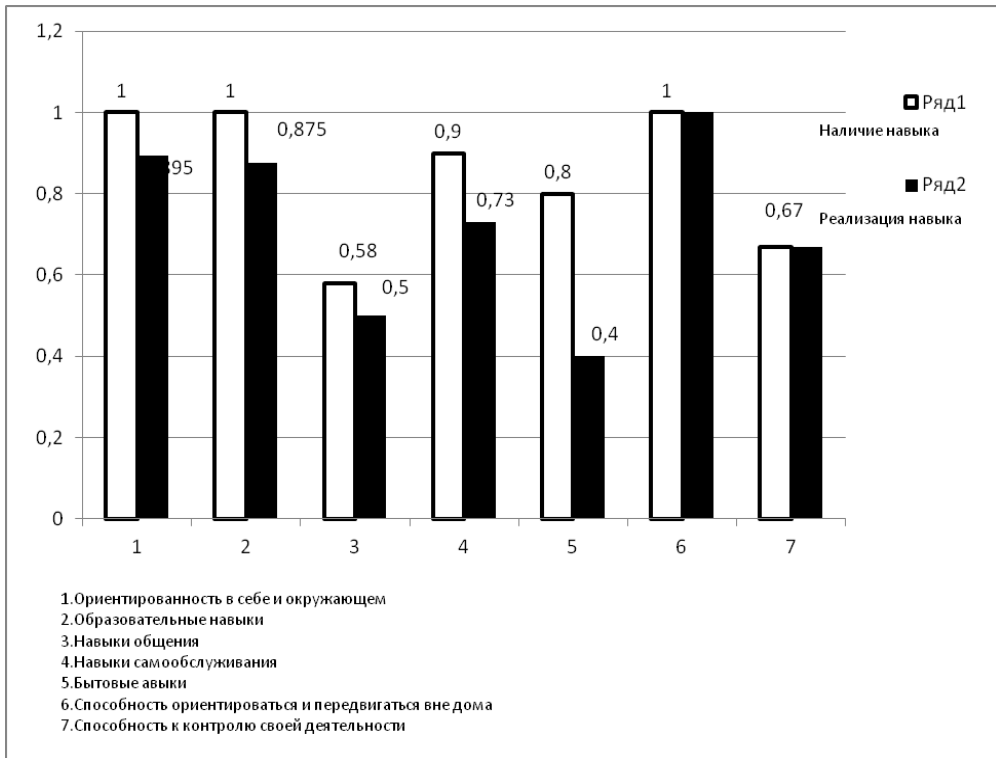


Рис.4. Социальные навыки пациентов с шизотипическим расстройством

Таким образом, выраженность социальной несостоятельности зависела не только от тяжести психической патологии, но и от ее нозологии (часто пациенты, страдавшие ранней детской шизофренией, реализовали меньшее количество умений, чем подростки с умеренной и даже тяжелой умственной отсталостью). Количество и качество социальных навыков у каждого больного зависело (помимо клинических характеристик) от многих дополнительных факторов: благополучности социального окружения, типа воспитания в семье, реабилитационных усилий, направленных на выработку базовых социальных умений.

Шкалирование уровня развития навыков использовалось у пациентов, направляемых на Бюро МСЭ. Если какая-то группа навыков, тем более суммарный средний балл по «Карте», не превышал 0,5 средних баллов, то это свидетельствовало, что жизненно необходимые навыки либо в целом жизнедеятельность не могли осуществляться пациентом самостоятельно, требовалась помощь опекающих лиц вплоть до полного обеспечения родителями жизнедеятельности больного.

Поскольку исследование продолжается, то пока не получено достаточных сведений о динамике развития навыков у больных на протяжении жизни. Первые результаты свидетельствуют, что после завершения систематического обучения у адаптированных пациентов с легкой умственной отсталостью многие невостребованные образовательные навыки утрачиваются, но замещаются профессиональными умениями и расширяющимися бытовыми навыками. У пациентов с умеренной и тяжелой умственной отсталостью этого не происходит: по окончании систематического обучения (к 18 годам) быстро регрессируют образовательные навыки, какое-то время могут несколько расширяться бытовые

умения, но в дальнейшем динамика развития навыков стабилизируется или становится отрицательной - многие пациенты оседают дома, некоторые попадают в интернаты. Связано ли это с собственно отрицательной динамикой умственной отсталости, о чем сообщалось в ряде последних публикаций [1, 2], требует дальнейшего анализа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галанин И.В., Горелик А.Л. Умственная отсталость: традиции и современность в оценке состояния проблемы // Неврологический вестник. - 2011. - Т. XLIII, № 3. - С.3-7.
2. Галанин И.В. Течение и современные методы лечения выраженных форм умственной отсталости . // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2007. - № 3. - С. 19-21.
3. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. 2-е изд., перераб. и дополн. - СПб.: Речь, 2005. - 477 с.
4. Gunzburg H.C. Social competence and mental handicap. - . London, 1973. - 236 p.
5. International Classification of Functioning, Disability and Health. Children & Youth Version. (ICF-CY). - WHO. Geneva, 2007. - 322 p.

Shmakova O.P., Andreeva O.O.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE SOCIAL ADAPTATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND MENTAL RETARDATION

The Mental Health Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences. (Moscow).

Summary: The comparative data on the presence of a complex of social skills in patients with mental retardation (141 pers.) and schizophrenia (58 pers.). Technique was used, made for business purposes. Patients with mental retardation were less developed educational skills, patients with schizophrenia - communication skills, personal skills, the ability to control and plan their activities. Patients with schizophrenia are more likely than the mentally retarded have individual preferences in the implementation of skills, often build skills not realized when there was a need, and they showed considerable variation in the levels of social adaptation.

Keywords: schizophrenia, mental retardation, children, teenagers, social adaptation.

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ
ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ
С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО СПЕКТРА
НЦ психического здоровья РАМН (Москва).**

Резюме

В статье представлен нейropsихологический анализ структуры когнитивного дефицита у детей с расстройствами шизотипического спектра. Освещена роль нейropsихологического исследования и нейropsихологического диагноза в структуре общего медицинского диагноза. Проводится сравнительный анализ данных нейropsихологического исследования и данных электроэнцефалографического исследования. По материалам исследования выделены специфические сочетания признаков дисфункции определенных структур головного мозга и познавательных функций, характерные для детей с расстройствами шизотипического спектра.

Ключевые слова: дети, расстройства шизотипического спектра, нейropsихологический анализ, когнитивный дизонтогенез, когнитивный дефицит, особенности познавательный сферы.

Введение

Нейropsихологический анализ структуры познавательного дефицита при расстройствах шизотипического спектра у детей нашел отражение в немногочисленных публикациях отечественных [3, 5, 6] и зарубежных специалистов [цит. по 2,]. Данные разнятся. Ряд исследований, проведенных на взрослых пациентах, позволил установить, что при расстройствах шизотипического спектра преимущественно страдают префронтальные лобные отделы головного мозга, а также их «влияние» на подкорковые структуры [4, 7, 9]. Наблюдения в клинике детской психиатрии показывают, что больные, относимые к шизотипическому спектру расстройств, представляют собой, с точки зрения нейropsихологического анализа особенностей познавательной сферы, разнородную группу. Несмотря на неоднородность когнитивного дефицита, этих больных объединяет сходный первичный топический радикал поражения ЦНС.

Отдельная проблема, возникающая при изучении когнитивных функций и их динамики в рассматриваемой группе детей, это метод и методология исследования. Нам представляется, что причины психических заболеваний могут быть обнаружены, раскрыты только в условиях комплексного мультидисциплинарного подхода. Важнейшим отправным пунктом является постановка как можно более точного диагноза, при которой интегрируются данные нейropsихологического и патопсихологического исследования, а также материалы инструментального неврологического исследования (ЭЭГ, МРТ, РЭГ, Функциональная МРТ, ангиографическое исследование сосудистой системы). Только после объединения всех полученных данных возможно с определенной степенью точности ставить клинический, патопсихологический, нейropsихологический диагноз. Особую роль необходимо отвести нейropsихологическому исследованию, поскольку именно нейropsихологический метод исследования, построенный на принципах качественного синдромного анализа *нарушений* психической деятельности, позволяет в наибольшей степени раскрыть механизмы, лежащие в основе этих нарушений, а в дальнейшем предложить пути и методы

психологической абилитации и коррекции возникших когнитивных нарушений [5,8,17].

Цель исследования – нейропсихологический анализ нарушений познавательной сферы у детей с расстройствами шизотипического спектра, сравнительный анализ данных нейропсихологического и ЭЭГ-исследования, выявление первичного топического радикала, приводящего к дефекту.

Методика исследования и испытуемые

Исследование проводилось в 7 клиническом (детском) отделении ФГБУ НЦПЗ РАМН². Были обследованы 25 детей с поставленным диагнозом: шизотипическое расстройство. Возраст детей от 9 до 14 лет.

Исследование проводилось с помощью *специально подобранного комплекса нейропсихологических проб*, основанного на методике нейропсихологического обследования А.Р. Лурия - Л.С. Цветковой [6,8,10], метода наблюдения и выявления *специфических симптомов* нарушения подкорковых структур (базальных ядер, стволовых образований). К ним добавлен ряд специальных проб, направленных на исследование латеральных предпочтений и выявление вклада левополушарных и правополушарных функций в обеспечение познавательной деятельности (пробы на асимметрию зрительного внимания, симультанное восприятие в наглядно-действенном мышлении, конструктивном праксисе и др.).

Исследовались следующие психические функции и процессы: произвольное и непроизвольное внимание, асимметрия зрительного внимания; динамический, кинестетический и пространственный праксис; зрительно-предметное восприятие в условиях «шума», зрительно пространственное восприятие; акустический фонематический и неречевой слух; слухоречевая память, зрительная память (запоминание трудновербализуемых фигур); наглядно-действенное мышление (методика кубики Кооса, «сложи фигуру»); наглядно-образное мышление (рассказ по сложной сюжетной картинке, составление рассказа по серии картинок); вербально-логическое мышление («четвертый лишний», понимание скрытого смысла рассказа, решение задач); эмоциональная сфера (фон настроения, понимание эмоционального настроения сюжетной картины).

В работе также были использованы данные ЭЭГ и МРТ [1]. Выводы основывались на результатах качественного нейропсихологического анализа, количественного анализа, сравнительного анализа данных нейропсихологического исследования с данными ЭЭГ и МРТ исследований.

Результаты исследования

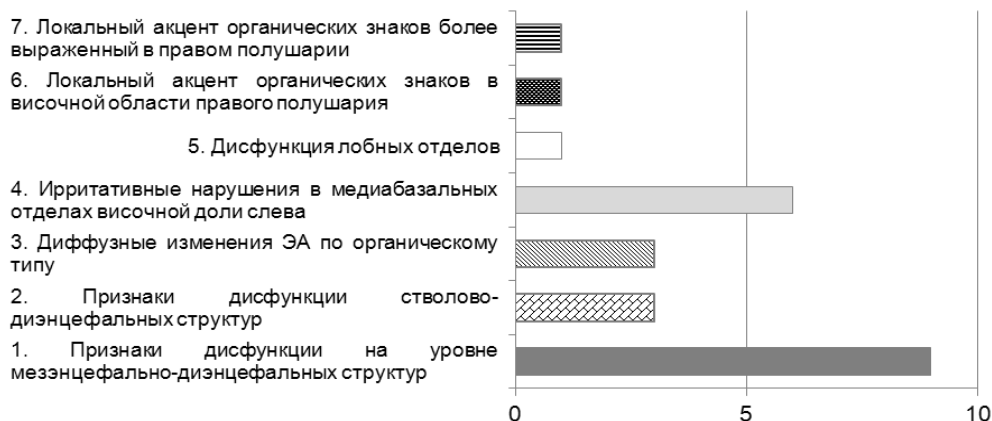
На *диаграммах 1, 2* представлены результаты сопоставления материалов нейропсихологического исследования (с учетом выявления *специфических симптомов* нейропсихологических проб, указывающих на нарушения подкорковых структур: базальных ядер, стволовых образований) и данных ЭЭГ.

На *диаграмме 1* представлены данные о частоте встречаемости признаков дисфункции корковых зон и подкорковых отделов по результатам ЭЭГ-исследования. Из диаграммы видно, что наибольшая частота встречаемости дисфункций на уровне мезэнцефально-диэнцефальных структур и нарушений в области медиобазальных отделах височной доли слева. Далее по частоте встречаемости идут дисфункции на уровне стволово-диэнцефальных структур и диффузные изменения по органическому типу. Все описанные нарушения относятся к нарушению подкорковых, базальных структур. И только затем, в гораз-

² Руководитель отдела – д.м.н Н.В. Симашкова, заведующая отделением – О.Н. Жукова.

до меньшему процентному соотношению, идут дисфункции корковых структур головного мозга, в частности лобных отделов и височных отделов правого полушария.

Диаграмма 1. Частота встречаемости признаков дисфункции корковых зон и подкорковых отделов по результатам электроэнцефалографического исследования.



Существенными нам представляются данные, полученные при анализе сочетаемости выявленных признаков дисфункции. Действительно, дисфункции корковых и подкорковых структур у детей с шизотипическими расстройствами, как правило, не идут порознь. Как оказалось, эти нарушения определенным образом сочетаются, накладываясь друг на друга. Эти данные представлены на *диаграмме 2*, которая отражает 3 составляющие анализируемых параметров.

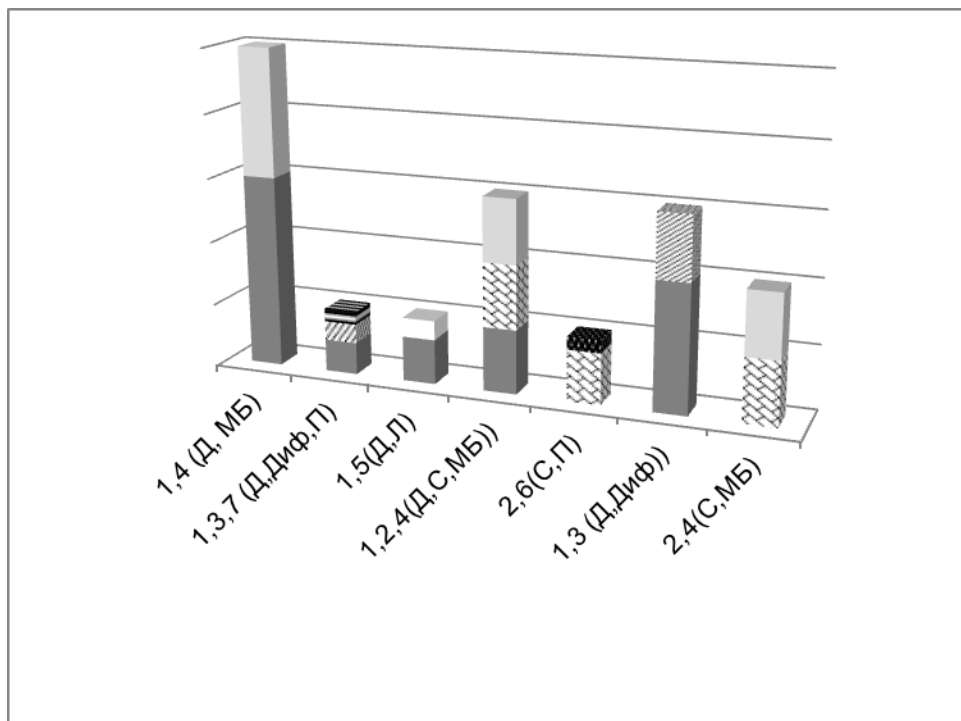
На оси (х) отражены, во-первых, выявленные сочетания дисфункций (подтвержденных ЭЭГ-исследованием), характерные для детей с шизотипическими расстройствами, во-вторых, их частота и, в-третьих, степень их выраженности. Наиболее выделяющимися сочетаниями по частоте и степени выраженности расстройств, становятся следующие сочетания:

(1,4 ДМб) – сочетание признаков дисфункции мезэнцефально-диэнцефальных структур и нарушений в области медиобазальных отделов височной доли слева;

(1,3 ДДиф) – сочетание признаков дисфункции мезэнцефально-диэнцефальных структур и диффузных изменений электрической активности по органическому типу;

(1,2,4 ДСМб) – сочетание признаков дисфункции мезэнцефально-диэнцефальных структур, дисфункции стволово-диэнцефальных структур, нарушений в области медиобазальных отделов височной доли слева.

Диаграмма 2. Сочетаемость признаков по результатам ЭЭГ и нейропсихологических проб, степень их выраженности, частота встречаемости.



Сочетаемость признаков и симптомов, характерных для различных дисфункций, присущих детям с шизотипическими расстройствами, отражается на различиях и особенностях развития их когнитивной и эмоциональной сфер. В *таблице 1* приведены данные, отражающие эти особенности, характерные для ряда выделенных типов сочетаний дисфункций корковых и подкорковых структур. Повторяемость сочетаний показывает возможные варианты различия особенностей когнитивного дефицита при одном основном (первичном) радикале мозговой недостаточности. Кроме того, в таблице обозначена выраженность симптомов дисфункций или функциональной несформированности.

Сокращения, обозначенные в таблице: ЭЭГ-сочетаемость дисфункций по данным ЭЭГ-исследования данных и результатам специфических симптомов из нейропсихологических проб {(3,1,7) – диффузные изменения по органическому типу, дисфункция мезэнцефально-диэнцефальных структур, локальный акцент органических знаков, более выраженный в правом полушарии; (1,4) - дисфункция мезэнцефально-диэнцефальных структур, нарушения в области медиобазальных отделах височной доли слева; (1,5) - дисфункция мезэнцефально-диэнцефальных структур, дисфункция лобных отделов; (1,3) - дисфункция мезэнцефально-диэнцефальных структур, диффузные изменения ЭА по органическому типу; (2,6) – признаки дисфункции стволово-диэнцефальных структур, локальный акцент органических знаков в височной области правого полушария; (2,4) - признаки дисфункции стволово-диэнцефальных структур, нарушения в области медиобазальных отделах височной доли слева; (1,2,4) - признаки дисфункции мезэнцефально-диэнцефальных структур, дисфункции стволово-

диэнцефальных структур, нарушения в области медиобазальных отделах височной доли слева.}; АЗВ – тест на асимметрию зрительного внимания; КПД – проба на конфликтную произвольную деятельность; ВЛМ – пробы на вербально-логическое мышление; НОМ – наглядно-образное мышление; НДМ – наглядно-действенное мышление.

Градиент цвета и числовые значения указывают на степень выраженности симптомов. Числовые значения: 0 – нет нарушений; 1- нижняя граница нормы; 1,5 - 25% неправильно выполненных проб; 2 – 50%; 2,5 – 75%; 3 – 100% ошибок.

**Градация степени выраженности симптомов
(от отсутствия до значительной степени выраженности)**

0.1(Нет нарушений) -1.5-2 -3-4 (ярко выраженные нарушения)



Таблица 1.

Характерные сочетания нейропсихологической симптоматики и степень ее выраженности у детей с расстройствами шизотипического спектра.

ЭЭГ		3,1,7	1,4	1,5	1,3	2,6	1,4	1,4	1,4	2,4	1,2,4
Симптомы дисфункции подкорковых структур											
Симптомы дефицитарности корковых структур											
Пре- и перинатальная патология											
	л	18	21	17	24	17	18	19	12	22	14
АЗВ											
	п	12	3	8	13	1	5	9	9	19	6
сумма		30	24	25	37	18	23	28	21	41	20
КПД											
	Шультце	1,5	2	3	2	1,5	2	2	1,5	3	3
Темповые характеристики деятельности											
	Динамический праксис	1,5	2,5	3	3	2	1,5	3	2,5	2	2,5
Реципрокная координация											
	Кинестетический праксис	2	2	3	3	1,5	2	2	2	2	1,5
Пространственный праксис											
	Пространственный праксис	1	1,5	1,5	1,5	1	1,5	1,5	2	1,5	1,5
Зрительно-предметное восприятие											
	Зрительно-предметное восприятие	0,5	1,5	2	1,5	2	1,5	2	1	2	3
Зрительное восприятие в условиях "шума"											
	Зрительное восприятие в условиях "шума"	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
Зрительно-пространственное восприятие											
	Зрительно-пространственное восприятие	0	1	2	0	1	1	1,5	0	1	1
Слухоречевая память											
	Слухоречевая память	0	1,5	0	2	1,5	1	1,5	1,5	2,5	
Зрительная память											
	Зрительная память	1,5	2	3	2	2	2	2	1,5	2	2
Речь											
	Речь	1	2	2	2	2	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Вербально-											
	Вербально-	0	1	2	1	2	1	1	1	1,5	1,5
Зрительная память											
	Зрительная память	1	1	2	1	1,5-2	1,5	1,5	1	1,5	2
Речь											
	Речь	0	2	0	3	1	1,5	1	2	3	
Вербально-											
	Вербально-	1	1,5	2	1,5	2	1,5	1,5	1,5	1,5	2
Вербально-											
	Вербально-	1	1,5	2	1,5	2	1,5	1	1	2	2

логическое мышление	вычленение сущ. признаков	1,5	1,5	2	1	2	2	1,5	1,5	2	1,5
	уровень обобщения	1,5	2	3	1,5	2	2	1,5	1,5	2	2
	задачи	2	2	3	?	3	2	1,5	1	3	2
Наглядно-образное мышление	серия картинок	1	1	3	1	2	1,5	2	1	2	2
	сущ. признаки	1,5	1,5	2	1	2	2	1,5	1	2	1,5
Наглядно-действенное мышление	Коос	0	1	2,5	1	2	1,5	2	1	1,5	2
	синтез образа	1	0		0	0		2	0	3	3
	пространство	0	1	2	0	2	1,5	1,5	1	2	2
	программирование	1	2	3	1	2	2	2	1	2	2
Опознание эмоций		2	1	2	1		1	1,5	1	2,5	2
Фон эмоционального состояния											
Воспроизведение эмоций		2	2	1,5	2	1,5	2	2	1,5	2	1

АЗВ - тест на асимметрию зрительного внимания

л - нахождение стимулов в левой стороне зрительного поля

п - нахождение стимулов в правой стороне зрительного поля

Сумма - общий итог, характеризующий темповые характеристики деятельности

Фон эмоционального состояния

	преимущественно негативный фон эмоционального состояния с элементами агрессии
	преимущественно негативный фон эмоционального состояния
	негативный фон с элементами позитивного
	преимущественно позитивный фон эмоционального состояния

Обсуждение

Полученные данные подтверждают, что дети с шизотипическим спектром расстройств, представляют неоднородную группу [3]. На это указывают, с позиций нейропсихологического анализа, особенности формирования познавательной сферы, при этом можно выделить общность недостаточности определенных структур головного мозга. Нейропсихологический анализ результатов позволил выделить первичный топический радикал, характеризующий общность поражения. Первичным поражением, лежащим в основе структуры дефекта, является поражение подкорковых образований мозга и корково-подкорковых связей. В частности, есть признаки дисфункции мезодиаэнцефальных образований, стволовых структур, эти данные подтверждаются материалами ЭЭГ-исследования. Можно полагать, что причины такового поражения различны (биохимические, генетические изменения, пре- и перинатальные патогенные влияния и др.) По-видимому, имеется связь между *степенью, особенностями и временем поражения* указанных структур мозга.

Несформированность факторов, относящихся к лобным и префронтальным лобным отделам, по нашему мнению, носит вторичный характер по отношению к первичному дефекту.

Когнитивная сфера у детей с шизотипическими расстройствами определяется рядом особенностей, которые характеризуются специфичными расстройствами внимания, контроля и регуляции, восприятия, памяти и мышления, эти данные согласуются с материалами других исследований [2. 3. 9. 11].

Результаты, полученные в ходе исследования, являются предварительными и требуют верификации и углубленного исследования на более широкой выборке детей с шизотипическими расстройствами, с учетом не только фактора болезни, но и возраста начала заболевания, других клинических показателей и собственно возраста детей с шизотипическим расстройством.

Выводы

- в основе структуры дефекта при шизотипическом расстройстве у детей лежит первичное поражение подкорковых образований мозга и корково-подкорковых связей
- когнитивный дефицит, обнаруживаемый у детей с шизотипическим расстройством, неоднороден и, с одной стороны, зависит от выявленных сочетаний дисфункции корковых и подкорковых отделов, а, с другой стороны, в ряде случаев характеризуется определенной вариабельностью, даже внутри однородного сочетания мозговых дисфункций.
- Нейропсихологическая диагностика при анализе психической патологии в детском возрасте встречает ряд трудностей, связанных с патогенезом рассматриваемого заболевания, многообразием его клинических проявлений, а также, трудностями факторного анализа в детском возрасте. При этом она является эффективным, а в ряде случаев единственным инструментом, позволяющим выделить причины и топик у нарушения в клинике детской психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов С.В., Каплан А.Я., Горбачевская Н.Л., Козлова И.А. Анализ структурной ЭЭГ подростков, страдающих расстройствами шизофренического спектра // Физиология человека, 2005, том 31, № 3. - С. 1–8.
2. Зверева Н.В., Патопсихология детского и юношеского возраста / Н.В. Зверева, О.Ю. Казмина, Е.Г. Каримулина. – М.: Академия, 2008, 208 с.
3. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Диагностика когнитивного дизонтогенеза при расстройствах шизофренического спектра в детском возрасте // Мир психологии, 2010, № 1. - С. 145-156.
4. Корсакова Н.К., Магомедова М.В. Метод синдромного анализа в изучении нейрокогнитивных расстройств у больных шизофренией // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология, 2002 (4):5–12,
5. Манелис Н.Г. Ранний детский аутизм. Психологические и нейропсихологические механизмы // Школа здоровья, 1999, № 2. – С. 6-21.
6. Сергиенко А.А. Нейропсихологический анализ расстройств шизотипического спектра в клинике детской психиатрии /Сергиенко А.А./.: тез. Московский международный конгресс, посвященный 110-летию со дня рождения А.Р. Лурия., - М. 2012.
7. Синицкий И.В., Чуприков А.П. Нейропсихологический анализ высших психических функций в клинике шизофрении // Асимметрия, 2007, № 1. – С. 45-47.
8. Симерницкая Э.Г. Мозг и психические процессы в онтогенезе. - М., 1985.
9. Ткаченко, С. В. Нейропсихологический анализ дефекта при шизофрении

и аффективных психозах / С. В. Ткаченко, А. В. Бочаров // Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение) / под ред. Р. Я. Вовина. - СПб., 1991. С. 95–124.

10. Цветкова Л.С. Методика диагностического нейропсихологического обследования детей. - М., 1999.

Sergienko Alexey

NEUROPSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF THE PECULIARITIES OF THE COGNITIVE SPHERE IN CHILDREN WITH DISORDER SCHIZOTYPAL SPECTRUM

Mental Health Research Center, Russian Academy of Medical Science, Moscow, Russia.

Summery: The article represents neuropsychological analysis of the structure of cognitive deficit in children with schizotypal spectrum disorders and sheds light on the role of a neuropsychological research and a neuropsychological diagnosis in the structure of common clinical diagnosis. It also gives a comparative analysis of the data of the neuropsychological and the electroencephalographycal researches. Upon the materials of the research some specific combinations of signs of dysfunction of certain structures of the brain and cognitive functions specific for children with schizotypal spectrum disorders are distinguished.

Keywords: children , schizotypal spectrum disorders, neuropsychological analysis, cognitive dysontogenesis, cognitive deficit, peculiarities of the cognitive sphere.

Д.А. Донской

ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ПРИ ШИЗОИДНО-ЭПИЛЕПТОИДНОЙ АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА В ПУБЕРТАТЕ

Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер, Областной кабинет семейного врачебно-психологического консультирования (Воронеж).

Резюме

Психосексуальное развитие - активный процесс развития личности в акмеологическом контексте. Психосексуальное развитие на фоне акцентуаций характера представляет интерес в плане изучения самой проблемы дисгармоний психосексуального развития. Данная статья представляет клинко-психологический и акмеологический анализ психосексуального развития в старшем подростковом возрасте для дальнейшего выбора психокоррекционных мероприятий.

Ключевые слова: психосексуальное развитие, дисгармония, подростки, акцентуация.

Введение

В современной ситуации в связи с либерализацией полового просвещения и сексуального воспитания в сознании подростков размываются представления о нормах и паттернах полового поведения. Экономические условия приводят к сокращению учебных предметов (литературы, этики и психологии в семейной жизни) в школьной программе, связанных с формированием нормативных психосексуальных моделей. Отсутствие в общественном сознании этих моделей приводит к дефициту осознанного принятия в дальнейшем супружеских ролей,

что является одним из факторов определяющих неблагополучие демографической ситуации в стране. В работах современных исследователей подчеркивается, что этап интеграции таких стадий психосексуального развития, как платоническая, эротическая, происходит в подростковом периоде. Однако детального и глубокого изучения психосексуального развития в имеющихся источниках представлено недостаточно.

В процессе индивидуального развития человека можно условно отметить следующие возрастные периоды, или этапы становления и динамики сексуальности [1]:

1. Парапубертатный период (1—7 лет), в течение которого формируется половое самосознание (I этап психосексуального развития).

2. Препубертатный период (7—13 лет) характеризуется выбором и формированием стереотипа полоролевого поведения (II этап психосексуального развития).

3. Пубертатный период (12—18 лет) — самый бурный в сексуальном развитии организма, во время которого происходят половое созревание и формирование платонического, эротического и начальной фазы сексуального либидо (первые 2 стадии III этапа психосексуального развития).

4. Переходный период становления сексуальности (16—26 лет) характеризуется началом половой жизни, мастурбационной практикой, сочетанием сексуальных эксцессов с периодами абстиненции (последняя стадия III этапа психосексуального развития с завершением формирования сексуального либидо).

Объект исследования: психосексуальное развитие при акцентуациях характера в пубертате.

Предмет исследования: психологические особенности психосексуального развития при шизоидно-эпилептоидной акцентуации характера в пубертате.

Цель исследования: изучение сексуальности в контексте подросткового периода развития личности.

Задачи исследования: определить психологические особенности психосексуального развития при шизоидно-эпилептоидной акцентуации характера для дальнейшего формирования психокоррекционных мероприятий.

Материал и методы исследования: теоретический анализ, биографический метод, беседа, наблюдение, праксиметрический метод (медицинские карты), опросный метод, формирующий эксперимент, методы статистической обработки данных.

В качестве конкретных психодиагностических процедур применялись:

1. Для изучения эмоционально-волевой сферы на предмет наличия личностных особенностей, присущих данному виду акцентуации характера, а также маскулинности-фемининности применялся Миннесотский многоаспектный личностный (MMPI-566, компьютерный вариант) опросник, адаптированный «Иматон» (2003).

2. Методика «Сексуальный профиль» использовалась для диагностики сексуальной культуры, выявления особенностей в психосексуальном развитии, диагностики фемининности [5].

Проективная методика «Рисунок человека» К. Махвер использовалась для оценки особенностей психосексуального развития (осознания половой принадлежности, формирование полового самосознания и формирование стереотипа полоролевого поведения [4].

Данные, полученные в ходе эмпирического исследования, были обработаны путем качественного и количественного анализа с помощью вычисления t -критерия Стьюдента и линейного коэффициента корреляции Пирсона.

Исследование проводилось на базе кабинета семейного врачбно-психологического консультирования Воронежского областного клинического психоневрологического диспансера (ВОКПНД), Воронежского экономико-правового института (ВЭПИ), Бутурлиновского медицинского училища в течение 2005–2009 гг. Исследование проведено анонимно.

В исследовании приняли участие 2 группы испытуемых девочек-подростков (50 человек экспериментальная и 50 контрольная) в общем количестве 100 человек, в возрасте 16–18 лет.

Значительную часть обращений пациентов в кабинет семейного врачбно-психологического консультирования составляют пациенты с личностными особенностями по шизоидному и эпилептоидному типам или их совокупным сочетанием (смешанный вариант). Среди основных жалоб при обращении в областной кабинет сексологии преобладают трудности в создании отношений с противоположным полом, тревожность и сниженное настроение.

Критериями отбора служили:

- отсутствие психопатологических расстройств в стадии обострения и/или декомпенсации;
- женский пол в возрасте от 16 до 18 лет;
- согласие на участие в анонимном исследовании;
- способность пациента выполнить задания в соответствии с инструкцией;
- пациенты со смешанной акцентуацией характера по шизоидно-эпилептоидному типу.

Результаты исследования

Для выявления типов акцентуаций девочек-подростков, имеющих дисгармонии психосексуального развития, использовался ММРІ-566 «ИМАТОН» (компьютерный вариант). В обеих группах испытуемых статистически значимых отличий выявлено не было ($p \geq 0,05$ по всем шкалам), что указывает на однородность выборки.

В ходе исследования нами были выявлены особенности личности по смешанному шизоидно-эпилептоидному типу, на что указывает повышение по 8 (шизофрении), 6 (паранойальности), 4 (психопатии), 9 (гипомании) шкалам выше нормативного показателя равного 70 t баллам. Повышение 5 шкалы (маскулинности-фемининности) свидетельствует о частичной либо полной трансформации полоролевого стереотипа (см. рис.1).

Психологический портрет личностных особенностей при акцентуации характера по шизоидно-эпилептоидному типу получен в ходе наблюдения за испытуемыми, опроса испытуемых девочек-подростков.

Как правило, конкретно-действенное мышление всегда превалирует над образным [6]. Склонность к интеллектуальной переработке информации и резонерству по незначительным поводам [6]. В мировоззрении имеют место противоречивое сочетание гиперсоциальных установок наряду с антисоциальными поступками. Умозаключения иррациональны при внешней рациональности мышления.

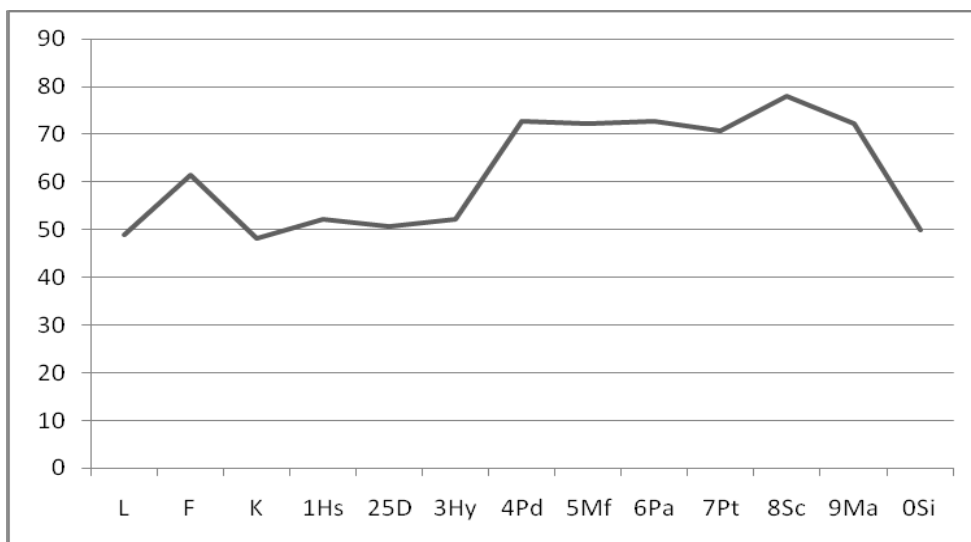


Рисунок 1. Значения t-баллов основных шкал ММРІ-566.

В характеристиках данной личности следует выделить интеллектуальную переработку информации, стремление к доминированию и власти. Всегда стараются выглядеть честными, педантичными и ответственными, дисциплинированными и пунктуальными, но это выглядит как борьба внутри себя. Они ригидные, конфликтные, дерзкие, ревнивые, дотошные, скупые, лживые, экономные, упрямые, брезгливые, завистливые, мстительные, недостаточно адаптированы в социуме. Любят порядок и дисциплину, проявляют настойчивость даже перед лицом непреодолимых препятствий. Наблюдается выраженная диспропорция со способностью чувствовать, ощущать, интуитивно понимать, слушать, мечтать, фантазировать, получать удовольствие от произведений искусства [3]. Ощущая свое превосходство над другими, зачастую обвиняют или оскорбляют, доставляя другим состояние психического дискомфорта. Ищут недостатки в людях, не обращая внимания на их достоинства, с презрением относятся к окружающим. В реакции конфликта могут уходить в себя или давать вспышку гнева и ярости.

Аддитивное поведение проявляется в курении табака, чрезмерном употреблении алкоголя с целью снятия психологического дискомфорта, личностной тревожности. На данном этапе психосексуального развития отмечается лишь бытовое пьянство, они с легкостью могут долго как не курить, так и не пить [2].

Реакция эмансипации нередко проявляется весьма своеобразно. Подростки с одной стороны находятся в зависимости от родителей, они их почитают, с другой стороны, они остаются во власти деструктивной культуры, которая диктует им свою нравственность. В силу своей ригидности они надолго остаются привязанными к своим родителям даже на расстоянии [2].

Реакция группирования проявляется в нахождении сверстников близких личностных качеств, стараются занять лидирующую позицию в группе. Поскольку в данных группах присутствуют личности с лидерскими качествами, в них часто происходят конфликты. Наблюдается несколько презрительное и ироничное отношение к противоположному полу и отсутствие кокетливости.

Главным (стержневым) признаком деструктивного нарциссизма при дан-

ном типе является формируемая с начала подросткового возраста (пубертата) убежденность в своей особой значимости, в своих талантах, необычайно привлекательной внешности, без попыток найти подтверждение со стороны [2].

Таким образом, характерологические особенности личности определяются по смешанному шизоидно-эпилептоидному типу (осессивно-компульсивная личность).

Результаты исследования испытуемых девочек-подростков по методике изучения сексуального профиля представлены в таблице на гистограмме (рис. 2.).

Определяется повышенный уровень по шкале гиперсексуальность, равный 7,36 баллам, характеризующийся высокой степенью сексуальной активности. Высокий показатель по шкале корысть 6,98 баллов, что указывает на ориентацию на материальные блага при выборе сексуального партнера. Высокий пик по шкале ревность 6,56 баллов интерпретирован как тенденция к построению отношений по типу «субъект-объект». Завышенный показатель по шкале экспрессивность, равный 6,28 баллам, указывает на свойственное испытуемым бурное сексуальное влечение и раскованность в сексуальных реакциях.

Низкие показатели выявлены по шкалам жертвенность 4,14 балла, нежность 3,3 балла, любовь как высшая ценность 2,96 балла. В данных случаях девочки-подростки не склонны к альтруизму и к самоотдаче в отношениях, не испытывают любви, а чувства проявляют в грубой форме, что указывает на редуцирование платонической стадии сексуального созревания. По шкале ответственность 3,32 балла, что указывает на безответственность за сексуального партнера. Очень низкий уровень фемининности 2,28 балла свидетельствует о преобладании маскулинности над фемининностью и указывает на полную либо частичную трансформацию полоролевого стереотипа.

Выявление особенностей осознания половой принадлежности, формирование полового самосознания и формирование стереотипа полоролевого поведения испытуемых девочек-подростков с помощью проективной методики «Рисунок человека».

На первом этапе было предложено нарисовать себя.

Девочки-подростки обеих групп в 100% случаев нарисовали человека женского пола. Это говорит о благополучном прохождении I этапа формирования полового самосознания, осознание половой принадлежности и ее необратимости.

На следующем этапе тестирования было предложено нарисовать человека. В 22% случаев девочки-подростки нарисовали рисунок противоположного себе пола (футболист, юноша атлетического телосложения и т. п.), носящий характер гипермаскулинного типа, что указывает на полную трансформацию полоролевого стереотипа. Рисунки человека мужского пола, которые нами наблюдались в 78% случаев, свидетельствуют о частичной трансформации полоролевого стереотипа. Все это указывает на дисгармоничное психосексуальное развитие II этапа формирования стереотипа полоролевого поведения при акцентуации характера по шизоидно-эпилептоидному типу.

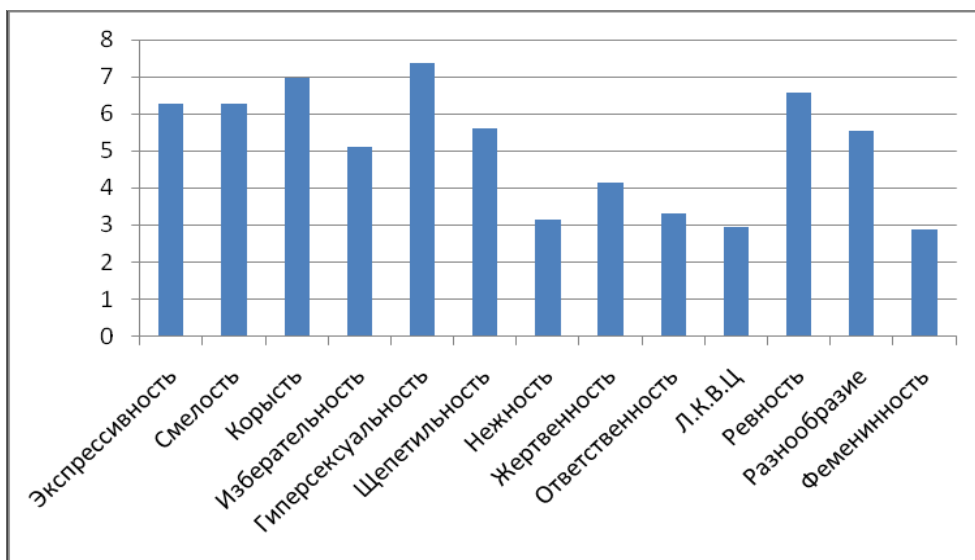


Рисунок 2.

Психосексуальные особенности [2]:

Пубертат является наиболее сложным периодом психосексуального развития для шизоидно-эпилептоидной личности: дисгармонии как в психосексуальном развитии, так и характерологические личностные дисгармонии, наложение культуральных факторов (силы, мужественности, власти, успеха, иммиграция западных культур, в том числе и сексуальных), конкретно-действенное мышление, недостаточная адаптация в среде сверстников, отсутствие социосексуального просвещения приводят к нарушению становления сексуальности в целом и усилению характерологических черт.

Парапубертатный период (1-7 лет)

I этап формирования полового самосознания, осознание половой принадлежности и ее необратимости происходит без особых нарушений (в норме протекает в 2–4 года). На момент исследования с помощью анкет выявлено стремление к деторождению. Происходит правильное осознание своей половой принадлежности в 100% случаев как в экспериментальной группе, так и в контрольной.

Препубертатный период (7-13 лет)

На II этапе формирования стереотипа полоролевого поведения свойственно проявление таких типологических личностных особенностей, как конкретно-действенное мышление, склонность к интеллектуальной переработке информации и резонерству по незначительным поводам, ригидность, ревность, дотошность, властность, конфликтность, скупость, лживость, упрямство, безгливость, завистливость, мстительность. Проявление настойчивости даже перед лицом непреодолимых препятствий, стремление к лидерству и убежденности в своей особой значимости.

Наличие свойственных данной личности особенностей и форм поведения, затрудняющих адаптацию в среде сверстников, обуславливает недостаточный процесс социализации, в том числе искажение ее полоролевых аспектов. У девочек-подростков формируется гипермаскулинное поведение – частичная или

полная трансформация полоролевого стереотипа.

Пубертатный период (12-18)

На III этапе формирования психосексуальной ориентации дефекты развития, произошедшие на предыдущих этапах, становятся наиболее заметными. Диспропорции со способностью чувствовать, ощущать, интуитивно понимать, слушать, мечтать, фантазировать, получать удовольствие от произведений искусства ведут к нарушению формирования платонической стадии, т. е. к ее редуцированию (ослаблению), а затем и эротической ретардации, причиной которой выступают формирующийся деструктивный нарциссизм, слабое формирование образного мышления.

Гипермаскулинное поведение проявляется в реализации как садистических, так и мазохистских тенденций, немедленно сопровождающихся реализацией влечения. Отмеченная ранее полная трансформация полоролевого поведения проявляется часто не иначе как в реализации его гомосексуальной направленности. Проявление гомосексуальности вплетается в гетеросексуальное отношение в дальнейшем. При частичной трансформации полоролевого поведения гомосексуальность носит латентный характер, в психосексуальных отношениях может никак не проявиться. В сексуальных взаимоотношениях они выступают в роли активных партнеров. Сильное сексуальное влечение, и слабая адаптация среди подростков ведет к беспорядочной половой жизни, что приводит к нарушению формирования психосексуальных отношений. Такие искажения, как трансформация сексуального поведения, ретардации преимущественно на эротической стадии, становятся одним из важнейших механизмов развития и возникновения гомосексуальных тенденций.

Отмеченные выше черты (эмоциональная неадекватность, диспропорция в выражении собственных чувств, презрительное отношение к окружающим, деструктивный нарциссизм, трансформация полоролевого поведения, недостаточная адаптация в среде сверстников, проявление гомосексуальности) приводят к задержке (ретардации) формирования сексуального либидо на фазе выработки установок.

Конкретно действенное мышление, сильное сексуальное влечение, являются причиной немедленной реализации сексуального либидо практически без платонических, чувств, ласк. Наблюдается несколько презрительное и ироничное отношение к противоположному полу. В психосексуальных отношениях всегда занимают лидирующую позицию, если сексуальный партнер не соответствует субъективным требованиям, то он будет морально уничтожен.

В ходе корреляционного анализа выявлены корреляции при уровне достоверности 95% между двумя группами экспериментальной и контрольной как при исследовании с помощью опросника ММРІ-566, так и при исследовании методики «Сексуальный профиль». В первой и второй группах эти связи имеют одинаковый характер, что свидетельствует об однородности выборки и одинаковой структуре личности испытуемых девочек-подростков.

Определяется наличие связей между показателями шкал в результате исследования с помощью опросника ММРІ-566. Нами выявлена прямая зависимость по 4 шкале (психопатии) и 5 шкале (фемининности, маскулинности) ($r=0,42$), что указывает на повышение маскулинных черт при возбудимости, также по 4 шкале (психопатии) и 6 шкале (паранойальность) ($r=0,68$), что говорит о сопровождении паранойальных тенденций возбудимостью. Наблюдается отрицательная взаимосвязь между 4 шкалой (психопатии) и 7 шкалой (психа-

стении) ($r=-0,56$), где возбудимые черты подавляют влияние психастенических проявлений. Высокие показатели по шкалам 8 (шизофрении) и 4 (психопатии), положительно соотносятся между собой ($r=0,58$), где возбудимые черты сопровождаются холодностью в эмоциональных контактах, в совокупном влиянии данные личностные особенности усиливают экспансию. Такие показатели шкал, как 9 (гипомании) и 4 (психопатии), имеющие положительную взаимосвязь между ($r=0,78$), где гипертимные личностные особенности сопровождаются возбудимостью, в своей массе личностных характеристик выражают высокую работоспособность и активность, твердую личностную позицию и возбудимость. Имеется обратная зависимость ($r=-0,82$) между 6 шкалой (паранойальности) и 7 шкалой (психастении), где такие личностные особенности, как убежденность в своей особой значимости, ревность, ригидность, снижают характеристики психастенического радикала, сохраняя при этом характерные особенности личностной тревожности при выявленном нами типе характера. Также имеется прямая взаимосвязь ($r=0,61$) таких шкал, как 6 (паранойальности) и 8 (шизофрении), что указывает на усиление ригидности, ревности, конфликтности, дотошности, властности, индивидуалистичности и других личностных особенностей. Выявлена прямая зависимость ($r=0,73$) между 6 шкалой (паранойальности) и 9 (гипомании), что свидетельствует о ригидности, вязкости мышления, которые сочетаются с высокой активностью, работоспособностью, с тенденцией деструктивной конфликтности. Наблюдается обратная взаимосвязь ($r=-0,77$) между 7 шкалой (психастении) и 8 шкалой (шизофрении), это говорит о том, что выявленная нами личность экспансивного круга противоположна фактору психастении сенситивного типа, характеризуется хроническим чувством душевного дискомфорта, внутренней напряженностью, навязчивостями. Также обратная взаимосвязь ($r=-0,64$) наблюдается между показателями шкал 9 (гипомании) и 7 (психастении), где такие качества, как гипертимность, активность, нивелируют психастеничность, в состоянии стресса тревожность приобретает характер агитации, порою даже по мелочам. Выявлена прямая взаимосвязь ($r=0,47$) между 8 шкалой (шизофрении) и 9 (гипомании), что говорит об активности, но непродуктивности мыслительных процессов и жизнедеятельности в целом (параноидные включения, деструктивный нарциссизм), а также шизоидной экспансии.

Также выявлено наличие взаимосвязей между показателями шкал в результате исследования с помощью методики «Сексуальный профиль». Показатели экспрессивности и корыстная ориентация в выборе сексуального партнера положительно коррелируют между собой ($r=0,47$), что говорит об обезличивании сексуальных связей при акценте на материальные блага, а также экспрессивность прямо связана с избирательностью ($r=0,56$), что указывает на активный поиск выбора сексуального партнера без избирательности. Имеется прямая взаимосвязь между шкалами гиперсексуальность и экспрессивность ($r=0,58$), что свидетельствует о сильной выраженности сексуального влечения (либидо). Однако экспрессивность и щепетильность также имеют прямую взаимосвязь между собой ($r=0,41$), бурное проявление своих чувств, раскованность в реакциях сочетается с чрезмерным вниманием к обстановке, где происходит сексуальный контакт с обращением на брезгливость к неряшливости. Нежность и экспрессивность ($r=-0,68$) находятся в обратной зависимости, что свидетельствует об отсутствии ласки, чуткости, внимания, при бурном выражении собственных чувств и раскованности в реакциях, в том числе и сексуальных. Смелость, решительность находятся в обратной зависимости с нежностью ($r=-0,73$), что не предполагает ласки и нежности в данной группе испытуемых де-

вочек-подростков, а также смелость, решительность не сочетается и ведет к отказу от жертвенности ($r=-0,62$), ответственности ($r=-0,62$), любви как высшей ценности. Смелость в сексуальных контактах сопровождается ревностью ($r=0,83$), стремлением к разнообразию сексуальных контактов, их способов и форм ($r=0,41$). Мотив корыстного выбора сексуального партнера соотносится с высокой избирательностью в сексуальных контактах ($r=0,72$), щепетильностью и брезгливостью ($r=0,47$), с потребностью в разнообразии сексуальных контактов, их способов и форм ($r=0,39$). Корыстный мотив влечет за собой снижение личностной ответственности за последствия сексуальных отношений ($r=-0,34$). Избирательность сочетается с гиперсексуальностью ($r=0,34$), щепетильностью ($r=0,35$), ревностью ($r=0,37$) и обратно соотносится с нежностью ($r=-0,44$) и ответственностью ($r=-0,46$). В свою очередь, нежность прямо взаимосвязана с жертвенностью ($r=0,83$), ответственностью ($r=0,88$), отношением к любви как к высшей ценности ($r=0,90$) и обратно взаимосвязана с ревностью ($r=-0,70$), стремлением к разнообразию сексуальных контактов ($r=-0,64$). Жертвенность прямо взаимосвязана с ответственностью ($r=0,85$), отношением к любви как к высшей ценности ($r=0,79$) и обратно связана с ревностью ($r=-0,64$) и со стремлением к разнообразию сексуальных контактов их способов и форм. Ответственность прямо взаимосвязана со шкалой любовь как высшая ценность ($r=0,84$) и обратно взаимосвязана с ревностью ($r=-0,69$) и стремлением к разнообразию сексуальных контактов их способов и форм ($r=-0,73$). Любовь как высшая ценность не сочетается с ревностью ($r=-0,65$) и стремлением к разнообразию сексуальных контактов их способов и форм ($r=-0,61$). Ревность прямо взаимосвязана со стремлением к разнообразию сексуальных контактов их способов и форм ($r=0,48$).

Корреляционный анализ позволил определить дисгармоничность, как личностной структуры, так и особенностей психосексуального развития, существенно влияющих на характер социального и психосексуального общения.

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы:

1. В половых отношениях указанные девочки-подростки характеризуются специфическими особенностями: высокой степенью сексуальной активности, ориентацией на материальные блага при выборе сексуального партнера, собственническими чувствами и построением отношений с партнером по типу «субъект-объект», решительностью в выборе сексуального партнера, внешней выразительностью эмоций, выражением чувств в грубой форме.

2. Высокая сексуальная активность девочек-подростков носит агрессивный характер в общении с противоположным полом, в ситуации конфликта проявляется уходом в себя или вспышкой гнева и ярости, порою даже по мелочам. Определяется тенденция строить отношения для реализации материальных целей и доминирования над партнером.

3. Исследуемые подростки отличаются личностной тревожностью, стремлением к доминированию и власти, деструктивным нарциссизмом, иррациональностью поступков, диспропорциями со способностью чувствовать, ощущать, интуитивно понимать, слушать, мечтать, фантазировать, получать удовольствие от произведений искусства.

4. Выявлены дисгармонии психосексуального развития, а именно: искажение полоролевых аспектов (частичная либо полная трансформация полоролевого стереотипа); редуцирование формирования платонической стадии психосексуального развития; ретардации формирования эротической стадии психосексуального развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильченко, Г.С. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко. - М.: Медицина, 1990. - 576 с.
2. Донской Д.А. Психологические особенности психосексуального развития при шизоидно-эпилептоидном типе акцентуации характера в пубертате // Актуальные вопросы медицинской науки: Сборник научных работ Всероссийской конференции с международным участием, посвященной 65-летию ЯГМА. 22 апреля 2009 г., Ярославль: Тезисы докладов. – Ярославль: ЯрМедиаГрупп, 2009. - С. 246.
3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. – М.: Независимая фирма «Класс», 2006. – 480 с.
4. Маховер К. Проективный рисунок человека / пер. с англ. - М.: Смысл, 1996. – 158 с.
5. Потемкина, О.Ф. Психология сексуальности – М.: ИП РАН, 2003. – С. 56–79.
6. Собчик, Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ – СПб.: Речь, 2000. – 219 с.

D.A. Donskoy

**PSYCHOSEXUAL DEVELOPMENT IN THE SCHIZOID-EPILEPTOID
CHARACTER ACCENTUATION IN ADOLESCENCE**

Voronezh regional clinical mental hospital Regional office of family medical-psychological consultation (Voronezh).

Summary: Psychosexual development is an active process of personality development in acmeological context. Psychosexual development with character accentuation requires special attention for the study of disharmony of psychosexual development. This article presents clinical, psychological and acmeological analysis of psychosexual development in the high teens for further selection psychocorrection methods.

Keywords: psychosexual development, disharmony, adolescents, accentuation.

Ю.Е. Куртанова, Р.И. Фахреев

**САМООЦЕНКА СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ
С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).**

Резюме

Статья посвящена исследованию самооценки подростков 15-17 лет с различными хроническими соматическими заболеваниями. В результате исследования выявлено качественное своеобразие в оценке себя детьми с соматическими заболеваниями по сравнению с их здоровыми сверстниками. Оказалось, что дети с хроническими соматическими заболеваниями чаще строят свое «реальное Я» и «идеальное Я» в соответствии с представлениями о них окружающих людей. Дети с соматическими заболеваниями более склонны к самонаблюдению, реже задумываются о том, какими они будут в будущем, значимо реже уделяют внимание коммуникативной составляющей в своей жизни по сравнению с их здоровыми сверстниками.

Ключевые слова: самооценка, дети с соматическими заболеваниями, компоненты идентичности, реальное Я, идеальное Я.

В условиях наличия хронического соматического заболевания формирование самооценки подвергается влиянию таких факторов, как особенная социальная ситуация развития, гиперопекающее отношение родителей, изменение физического образа Я [1, 2, 3, 4]. Искажения самооценки старшего школьника с соматической патологией отражается на его самоопределении в обществе, социализации, коммуникабельности – т. е. на тех качествах, без которых сегодня немислимы успех и гармония в жизни. Следует иметь ввиду, что как слишком низкая, так и чересчур завышенная самооценка человека может привести к значительным личностным трудностям.

Будут рассмотрены особенности самооценки старших школьников с хроническими соматическими заболеваниями, что позволит определить, как наличие болезни влияет на формирование самооценки к юношескому возрасту.

Цель исследования: выявить особенности самооценки детей старшего школьного возраста с хроническими соматическими заболеваниями.

Задачи работы:

1. Выбрать блок психодиагностических методик, соответствующий цели исследования.
2. Исследовать самооценку детей с хроническими соматическими заболеваниями.
3. Изучить особенности самооценки здоровых детей.
4. Провести сравнительный анализ полученных результатов.
5. Дать рекомендации по направлению коррекционной деятельности с детьми с хроническими соматическими заболеваниями.

Объект исследования – самооценка детей с хроническими соматическими заболеваниями.

Предмет исследования – особенности оценки себя старшими школьниками с хроническими соматическими заболеваниями.

Гипотеза работы: оценка себя детьми с хроническими соматическими заболеваниями отличается от самооценки их здоровых сверстников.

Исследование проводилось на базе ГБОУ СОШНО «Поддержка» № 1673 г. Москвы, ФГБУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ» и ГОУ СОШ № 63. В исследовании приняли участие учащиеся средних и старших классов от 15 до 17 лет. В экспериментальной выборке (11 девочек, 19 мальчиков) испытуемые не имеют интеллектуальных отклонений, но имеют врожденные или приобретенные соматические заболевания. Все дети страдают сопутствующими заболеваниями, такими как сколиоз, плоскостопие, нарушения осанки, множественные ОРВИ и бронхиты. Итак, у детей экспериментальной группы отмечались следующие заболевания. Сортировка происходит по основному диагнозу, не учитывая сопутствующие заболевания:

1. гломерулонефрит (8 человек)
2. нарушения сердечно-сосудистой системы (3 человека)
3. интерстициальный нефрит (3 человека)
4. протеинурия и гематурия (2 человека)
5. бронхиальная астма (2 человека)
6. сахарный диабет (5 человек)
7. дисметаболическая нефропатия (2 человека)
8. поликистоз почек (2 человека)
9. нефропатия (3 человек)

Для контрольной выборки были привлечены испытуемые (9 девочек, 21

мальчик) без хронических соматических заболеваний.

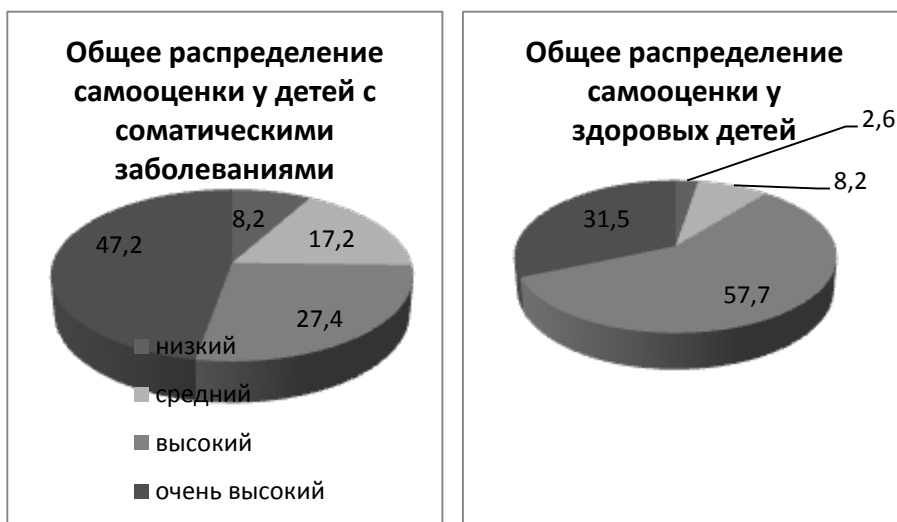
В исследовании были использованы следующие **методики**:

1. Методика Дембо-Рубинштейн;
2. Тест Куна;
3. Проективная методика Гудинаф-Харриса «Я — в трех проекциях»;
4. Методика исследования самооценки личности С.А. Будасси;
5. Метод математической статистики (t-критерий Стьюдента).

Описание результатов исследования.

1. Анализ результатов по методике Дембо-Рубинштейн

График 1. Уровень самооценки по методике «Дембо-Рубинштейн»



Из графика 1. видно, что низкий, средний и очень высокий уровни самооценки встречается чаще у детей с хроническими заболеваниями; высокий уровень больше выражен у здоровых детей.

Большинство завышенных и заниженных показателей самооценки у детей с соматическими заболеваниями были выявлены по шкалам «характер» и «внешность». Был проведен математический анализ баллов каждой из шкал.

Таблица 1.

Результаты математического анализа параметров самооценки по методике «Дембо-Рубинштейн»

Шкалы для измерения уровня самооценки	Величина t критерия
Здоровье	1.2
Ум, способности	0.3
Характер	1.2
Авторитет у сверстников	0.3
Умение делать своими руками	0.4
Внешность	0.7
Уверенность в себе	0.4

По всем шкалам были выявлены незначимые различия. Таким образом, методика выявления самооценки Дембо-Рубинштейн показала отсутствие значимых различий в самооценке детей с хроническими заболеваниями и здоровых детей.

График 2. Уровень притязаний по методике «Дембо-Рубинштейн»



Из графика 2 видно, что низкий уровень притязаний встречается только у детей с соматическими заболеваниями; средний встречается реже у здоровых детей; высокий уровень притязаний значительно выше у здоровых детей; показатель очень высокий уровень притязаний - у здоровых детей он значительно выше.

Наибольшее количество детей с соматическими заболеваниями имеет завышенный уровень притязаний по шкале «здоровье». А здоровые дети проявляют завышенный уровень притязаний по шкалам «уверенность в себе», «внешность» и «интеллектуальные способности». Был проведен математический анализ баллов каждой из шкал.

Таблица 2.

Результаты математического анализа параметров уровня притязаний по методике «Дембо-Рубинштейн»

Шкалы для измерения уровня притязаний	Величина t критерия
Здоровье	0.3
Ум, способности	0.8
Характер	1.6
Авторитет у сверстников	0.8
Умение делать своими руками	0.5
Внешность	0.7
Уверенность в себе	0.6

Мы видим отсутствие значимых различий в уровне притязаний детей с хроническими заболеваниями и здоровых детей.

2. Анализ результатов исследования по тесту Куна.

Из таблицы видно, что дети с соматическими заболеваниями намного чаще презентуют себя через компонент «рефлексивное Я», мало затрагивают «материальное Я» и «перспективное Я». В то же время здоровые дети уделяют гораздо больше внимание «социальному Я» и более равномерно всем остальным

компонентам, однако компонент «материальное Я» выражен меньше всех.

Таблица 3.

Результаты теста Куна

Компоненты идентичности	Дети с соматическими заболеваниями		Здоровые дети	
	Общий балл	Средний балл	Общий балл	Средний балл
социальное "Я"	53	1,7	133	4,4
материальное "Я"	15	0,5	30	1
физическое "Я"	44	1,5	54	1,8
деятельное "Я"	46	1,5	34	1,1
перспективное "Я"	19	0,6	48	1,6
рефлексивное "Я"	139	4,7	91	3

Также важно отметить, что у детей с соматическими заболеваниями в компоненте «социальное Я» преобладают подпункты «семейная принадлежность», «групповая принадлежность», в компоненте «рефлексивное Я» - подпункты «персональная идентичность» (т. е. личностные качества, особенности характера).

Здоровые дети гораздо чаще пользовались другими компонентами идентичности, чтобы описать себя: в компоненте «физическое Я» выделялись подпункты «субъективное описание своих физических данных», «фактическое описание своих физических данных», а в компоненте «перспективное Я» выделился подпункт «профессиональная перспектива», чего у детей с хроническими соматическими заболеваниями не наблюдалось; в компоненте «социальное Я» больше всего проявился подпункт «семейная принадлежность».

Был проведен математический анализ баллов каждого из компонентов личности.

Таблица 4.

Результаты математического анализа параметров по методике «Какой Я?»

Компоненты идентичности	Величина t критерия
Социальное «Я»	4.3
Материальное «Я»	1.6
Физическое «Я»	0.8
Деятельное «Я»	1.1
Перспективное «Я»	2.2
Рефлексивное «Я»	1.7

Только по параметру «социальное Я» были выявлены значимые различия между детьми с заболеваниями и здоровыми детьми.

3. Анализ результатов по методике «Я в трех проекциях»

Из таблицы видно, что здоровые дети более независимо строят свое реальное и идеальное Я, в то же время дети с хроническими соматическими заболеваниями чаще строят свое реальное и идеальное Я в соответствии с тем, как их видят окружающие люди.

Таблица 5.

Результаты методики «Я в трех проекциях»

Разница между рисунками	Дети с соматическими заболеваниями		Здоровые дети	
	Общий балл	Средний балл	Общий балл	Средний балл
Я-реальное / Я с точки зрения других	154	5	179	5,9
Я-идеальное / Я с точки зрения других	181	6	223	7,4
Я-реальное / Я-идеальное	181	6	191	3,4

Таблица 6.

Качества «Я - идеального»

Качества «Я-идеального»	Дети с соматическими заболеваниями	Здоровые дети
Интеллектуальное развитие	24,2	46,8
Признание	24,6	27,1
Богатство	8	13,5
Внешность	24,2	12,6
Эмоциональные состояния	19	0

Как видно из таблицы, здоровые дети чаще всего стремятся к интеллектуальному самосовершенствованию и признанию со стороны окружающих. У детей с соматическими заболеваниями примерно в равной степени выражены параметры стремления к интеллектуальному самосовершенствованию, улучшению внешности, признанию со стороны окружающих. У детей с соматическими заболеваниями выделяется одна важная характеристика «идеального Я» - стабилизация эмоционального состояния (дети применяют такие формулировки, как радостный, спокойный, веселый, оптимистичный).

Был проведен математический анализ значимых различий между рисунками.

Таблица 7.

Результаты математического анализа параметров по методике «Я в трех проекциях»

Разница между рисунками	Величина t критерия
Я-реальное/ Я с точки зрения других	1.4
Я-идеальное/ Я с точки зрения других	2
Я-реальное/Я-идеальное	0.4

Таким образом, значимых различий по методике «Я в трех проекциях» выявлено не было.

4. Анализ результатов по методике «Исследование самооценки личности С.А. Будасси»

Таблица 8.

Результаты методики «Исследование самооценки личности С.А. Будасси»

Дети с соматическими заболеваниями			Здоровые дети		
Заниженный уровень	норма	Завышенный уровень	Заниженный уровень	норма	Завышенный уровень
13	70	17	0	100	0

По результатам выполненной методики видно, что у детей хроническими заболеваниями есть отклонения в самооценке (завышенный и заниженный уровни), в то время как у здоровых детей нет значений даже близких к завышенным/заниженным.

Был проведен математический анализ результатов методики, который показал отсутствие значимых различий между исследуемыми группами детей. Помимо этого можно сказать, что методика на выявление самооценки С.А. Будасси не подходит для исследовательских целей, но может применяться в практике.

Выводы

1. По результатам исследования было выявлено своеобразие самооценки и уровня притязаний старших школьников с хроническими соматическими заболеваниями по сравнению с их здоровыми сверстниками только на уровне тенденций.

2. У детей с соматическими заболеваниями чаще отмечаются низкий и завышенный уровни самооценки, выявляется низкий уровень притязаний, а завышенный уровень притязаний отмечается только по шкале «здоровье».

3. Дети с соматическими заболеваниями чаще презентуют себя через компонент «рефлексивное Я», реже задумываются о «перспективном Я», значимо реже уделяют внимание «социальному Я» по сравнению со своими здоровыми сверстниками.

4. Дети с хроническими соматическими заболеваниями чаще строят свое «реальное Я» и «идеальное Я» в соответствии с тем, как их видят окружающие. У детей с соматическими заболеваниями выделяется одна важная характеристика «идеального Я» - стабилизация эмоционального состояния.

5. Применение методики «Исследование самооценки личности С.А. Будасси» не подходит для использования в исследовательских целях, но может применяться в практической деятельности психолога.

6. Полученные результаты исследования самооценки детей с соматическими заболеваниями могут быть использованы для разработки реабилитационных программ в работе с данной категорией детей.

Коррекционная работа с детьми с хроническими соматическими заболеваниями должна быть направлена на повышение адекватности, реалистичности самооценки, реалистичной оценки собственного состояния здоровья и своих физических возможностей, повышение уровня притязаний. Важно усиливать их «перспективное Я», для чего необходимо проведение ранней профориентации с учетом интересов, способностей и физических возможностей ребенка.

«Социальное Я» у детей с хроническими заболеваниями представлено недостаточно. В связи с этим необходимо проведение коррекционной работы, на-

правленной на их социальную адаптацию. Детям с хроническими заболеваниями нужно помогать строить свою самооценку в меньшей зависимости от мнения окружающих, что можно достигнуть специальными психотерапевтическими занятиями. Также важно в коррекционной работе делать акцент на повышение эмоциональной стабильности, так как стабилизация эмоционального состояния выделяется как особая характеристика «идеального Я», то есть является важной частью самосознания старших школьников с хроническими соматическими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куртанова Ю. Е. Особенности изучения личностного развития детей, страдающих нефрологическими заболеваниями, муковисцедозом и лимфостазом // Специальная психология. – 2006. - № 2(8). - С. 47-55.
2. Филякова Е.Г. Образ Я подростков с хроническими соматическими заболеваниями // Автореф. дис... канд. психол. наук. - М., 1997. – 21 с.
3. Фролова О.В. Психологические особенности больных хроническими соматическими заболеваниями // Казанский педагогический журнал. - 9-10. – 2009.
4. Kashani J. H., Kionih T., Shefferd J. A. et al. Psychopathology and self-concept in asthmatic children // J. Pediatr. Psychol. – 1988. - Vol. 13. - № 4. - P. 509-520.

Kurtanova Y.E., Fahreev R.I.

SELF-ASSESSMENT OF HIGH SCHOOL STUDENTS WITH CHRONIC SOMATIC DISEASES

Moscow State University of Psychology and Education (Moscow).

Summary

The article deals with self-esteem of adolescents aged 15-17 years with various types of chronic somatic diseases. The study found qualitative features in the self-esteem of children with somatic diseases compared to their healthy peers. We found that children with chronic somatic diseases often base their "real self" and "ideal self" on the opinions of the others. Children with somatic diseases are more prone to self-observation, rarely think about what they will be in the future, much less pay attention to the communicative component in their lives compared to their healthy peers.

Keywords: self-esteem, children with somatic diseases, the components of identity, real self, the ideal self.

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

И.С. Кабанов, Е.В. Свистунова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДИК ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Московский городской педагогический университет: Институт психологии, социологии и социальных отношений, детский сад № 768.

Резюме

В данной статье обсуждается возможность использования Теста чернильных пятен Роршаха и психографической методики «Человек под дождем» для выявления особенностей становления психологических защит у детей дошкольного возраста в рамках системного подхода к диагностике. Особое внимание уделено перспективе изучения индивидуальной картины развития как определяющего компонента манифестации и переструктурирования основных защитных механизмов личности (ЗМЛ). Дается представление о значении ЗМЛ для нормального развития ребенка, способных оказать прямое воздействие на формирование либо эффективных, либо дисгармоничных программ адаптации.

Ключевые слова: защитные механизмы личности, дошкольное детство, тест чернильных пятен Роршаха, методика «Человек под дождем».

Введение

Согласно распространенному методологическому положению, исследование должно проводиться с помощью достаточно широкого набора методик с целью последующего объединения полученных показателей в общую интегральную оценку. Особенно актуально применение системного подхода к диагностике защитных механизмов личности (ЗМЛ) в дошкольном возрасте. На сегодняшний день остро стоит вопрос поиска перспективных методических и эмпирических средств, позволяющих подойти к вопросу изучения защитных механизмов личности. Большое количество многомерных диагностических техник позволяет эффективно изучать характеристики познавательных процессов и умственного развития, но в то же время остаются малоэффективными в вопросе разрешения задач личностной диагностики.

В нашей статье основной акцент в вопросе изучения ЗМЛ смещен в сторону дошкольного детства, что особенно значимо, поскольку именно этот период во многом определяет начало формирования нормальной и патологической (психопатической) личности, а сам вопрос изучения защитных механизмов остается малоизученным.

1. Особенности психологических защит в дошкольном возрасте

Рассматривая феномен психологической защиты, мы опираемся на положения общей биологической теории, согласно которой вопрос формирования ЗМЛ естественным образом связан с неосознанными формами и способами постижения мира ребенком [4, 5, 6, 11]. Манифестируя на ранних стадиях развития на базе врожденно-автономных реакций, каждый защитный автоматизм опирается на собственную и единственную психическую функцию, вследствие

чего имеет индивидуальную картину развития, а также очаг локализации [10]. В случае возникновения психотравмирующей угрозы на аффективном уровне происходит актуализация конкретной когнитивной реакции: восприятия, памяти, внимания, мышления, воображения или эмоций. Вследствие этого психотравмирующая информация подвергается переструктурированию, а негативное средовое воздействие остается неизменным. Информация может игнорироваться посредством изменения перцептивных структур, может искажаться благодаря трансформациям внутри аналитико-синтезирующего блока, а может просто фальсифицироваться вследствие нетипичного смыслообразования [6, 10, 11].

Хотя и не существует доказательств того, что у здорового человека ЗМЛ появляются в строгой последовательности, общепринято положение, согласно которому построение защитной системы происходит по мере взросления человека. Как отмечают современные исследования, защитные механизмы являются продуктами онтогенетического развития [6, 9, 12, 13]. Хронологически первыми возникают перцептивные защиты, основанные на процессах восприятия, после чего на их основе манифестируют когнитивные и идентификационные защиты (защитные средства), характеризующиеся зрелыми интеллектуальными и личностными показателями. Таким образом, именно в дошкольном детстве происходит процесс интернализации, определяющий, потенциал какого защитного механизма будет наиболее активно реализован относительно других защитных средств. При встрече ребенка со стрессовой ситуацией, способной вызвать реакцию беспокойства или серьезного дискомфорта, активизируется какой-то один из защитных механизмов, после чего он и становится основным инструментом редукции негативных переживаний. Однако в случае утриванного использования одного из ЗМЛ возникает эффект декомпенсации, когда ребенок продолжает действовать, исходя из привычных установок и стратегий, которые к настоящему времени уже утратили свою эффективность [4, 5, 8]. Именно на данном этапе дошкольного детства и становится необходимым проследить структурные и динамические характеристики защитной организации личности для их эффективной коррекции и ранней психотерапевтической работы, направленной на разделение соподчиненных между собой когнитивных, аффективных и поведенческих параметров. Стоит также отметить, что в отличие от детей школьного возраста, способных к более сложным формам рефлексии, интересующая нас возрастная группа характеризуется преобладанием более примитивных психических реакций, отличающихся своей слабой вербальностью, высокой образностью и дологичностью, что делает их крайне трудными для эмпирических исследований.

Как мы уже отмечали раньше, ЗМЛ являются когнитивными процессами, а значит, могут принимать различные формы проявления и выражаться через разнообразное содержание. Именно по этим причинам в рамках системного подхода к выбору диагностических средств мы сделали акцент исключительно на тех методах, которые позволяли исследовать, в первую очередь, характеристики мыслительных процессов в беспрепятственной, открытой и не директивной форме.

2. Условия и методы исследования

Наиболее приближенным к перечисленным выше требованиям оказался Тест чернильных пятен Роршаха, способный представить валидную информацию о различных аспектах психической деятельности человека, и графическая психодиагностическая методика «человек под дождем», акцентированная на ис-

следование неосознанных поведенческих стратегий и паттернов защитного поведения у людей. Хотя сами по себе ЗМЛ в дошкольном возрасте нельзя констатировать напрямую, они могут быть выведены из преобразующих когнитивных процессов и анализа самих программ как вербальной, так и графической практики [10, 11]. При проведении процедуры исследования ребенок находится в социальном взаимодействии с малоизвестным человеком, в силу чего оказывается в слабострессовой ситуации, вызывающей определенное беспокойство.

Помимо этого, потребность выполнить регламентированное творческое задание (методика «Человек под дождем») или составить устное описание – рассказ при предъявлении неоднозначного стимульного материала (графических карт Роршаха) вызывает чувство озабоченности и тревоги, что, в свою очередь, и активизирует использование ЗМЛ различной модальности и степени выраженности [3]. Таким образом, образуется парадигма, в которой специфика формирования ответных реакций будет напрямую зависеть от работы тех или иных защит.

В исследовании приняли участие 60 человек, 34 мальчика и 26 девочек, в возрасте от 5 до 7 лет (средний возраст 6 лет). В качестве основного психодиагностического инструментария использовался тест чернильных пятен Роршаха [1] и проективная психографическая методика «Человек под дождем». Первый метод представляет собой наиболее полную разработку, позволяющую анализировать когнитивные механизмы формирования ответа испытуемого при предъявлении стимульной картинки – графического пятна. Благодаря этому открывается возможность достаточно точно проследить глубоко скрытые характеристики различных сфер психической деятельности испытуемого. Вторая же методика ориентирована на выявление защитных поведенческих стратегий актуализирующихся в неблагоприятных либо травматических ситуациях естественной и повседневной социальной деятельности.

Стимульные пятна Роршаха несут прямую нагрузку проекций их личной значимости для субъекта. Разнородные оттенки и цветовые схемы, фактурные и хроматические характеристики, сложноорганизованные образы создают нетипичную и проблемную среду как для распознавания и классификации образов, так и для их вербализации. Любая проблемная ситуация бессознательно требует ее разрешения, поэтому реакция испытуемых на стимульный материал будет неосознанно детерминирована автономными программами, наиболее привычно редуцирующими стрессовые воздействия в естественной жизни [1, 2, 7].

Техника исследования методом Роршаха предполагает вербальную реакцию со стороны испытуемого на представленные ему поочередно 10 стандартных изображений, произведенных компанией «Verlag Hans Huber». Инструкция к методике в стандартном варианте проста. Испытуемому объясняется суть исследования, согласно которому он должен рассказать, что он видит на картинке, после чего экспериментатором будут заданы дополнительные, уточняющие вопросы. Таким образом, при предъявлении первого стимульного изображения задается вопрос: "Что это может быть?". Все ответы, уточнения и комментарии испытуемого в ходе обследования дословно отмечаются в протоколе исследования, после чего, в случае получения валидного протокола, наступает процедура кодирования ответов и расчеты показателей. Оценка результатов обследования состоит из последовательной интерпретации кластеров в зависимости от их информативности. Наиболее значимые кластеры для исследования следующие ключевые шкалы: эффективности адаптации, структурирования информации, ее распознавания и кон-

цептуализации, а также когнитивных и психологических особенностей. Кроме того, оцениваются дополнительные кластеры: степень суицидального риска, самовосприятие, контроль и толерантность к стрессу.

Психографическая методика «Человек под дождем» основана на проективном принципе, в результате чего обладает хорошей информативностью, поскольку ассимилирует проекции неосознанной деятельности и скрытой мотивации испытуемого. Как и большинство психографических методик инструкция к данному методу представляет стандартную, устную просьбу нарисовать человека на листе бумаги формата А4, после чего, на другой стороне листа, испытуемого просят изобразить - человека, но уже под дождем.

Сравнительный анализ символического содержания начинается с последовательной интерпретации персонажа, его настроения, размера, тона и специфики экспозиции, после чего отдельному анализу подвергаются такие компоненты рисунка, как атрибуты дождя, частота, направление капель, а так же наличие и особенности изображения основных и дополнительных защитных деталей - зонт, дома, деревья, друзья, родственники.

3. Результаты диагностики ЗМЛ на основе теста Роршаха.

По данным исследования получены результаты, которые свидетельствуют об отсутствии у детей признаков клинических расстройств, а также нарушений психической деятельности. Значения большинства шкал теста соответствовали диапазону нормативных значений, что характеризуется как гармоничный путь формирования личности. Ни у кого из детей не было выявлено патопсихологических изменений мышления, характеристик шизофренического спектра, показателей, свидетельствующих о наличии акцентированных затруднений в сфере социального функционирования. Также были отмечены нормативные результаты значений индексов, свидетельствующих об отсутствии состояний навязчивости, чрезмерной саморефлексии, болезненной интроспекции, озабоченности негативными сторонами своего Я, чрезмерной vigильности и обессивности.

Отсутствие негативных показателей по данным шкалам значительно увеличивает надежность полученных результатов, так как данные конструкторы оказывают чрезмерное воздействие на сферы когнитивного функционирования, особенно при встрече с новой и малознакомой информацией в необычной и стрессовой ситуации.

Исследование тестом Роршаха ЗМЛ обнаружило следующую структурно-функциональную специфику. У большинства детей (85%) отмечался невысокий уровень адаптивных способностей, т. е. они не были способны активизировать внутренние ресурсы для совладания со стрессом. Попадая в стрессовые ситуации и испытывая негативные средовые воздействия, большинство детей использовало не осознанные копинг-программы, а активизировало исключительно бессознательные защитные реакции, основанные на различных формах психического отражения.

Перцептивные защитные механизмы.

Большинство детей (68%) в случае попадания в стрессогенную среду демонстрировало выраженную тенденцию к реагированию на сенсорно-чувственном уровне. Происходило автономное обращение к простым архаическим операциям, когда сознание трансформирует информацию на уровне сенсорной перцепции, что, в свою очередь, стабилизирует внутреннее состояние посредством искажения смысла событий.

Две трети детей (68%) в большей степени оказались предрасположены к

рефлекторному реагированию посредством сокращения полей перцептивной активности. В процессе работы нервной системы им скорее были свойственны простые и чрезмерно экономичные формы структурирования информации. Также они оказались в большей степени предрасположены к фокусированию внимания на мелких и малозначительных деталях в процессе обработки новой информации. Данная модель позволяет избежать выраженных энергетических затрат, а также быстрее, но в то же время менее эффективно адаптироваться к средовым факторам. Дети данной группы тяготели к избеганию и игнорированию информации, не стремились к ее полноценной обработке. В фрустрирующей среде они были не склонны прикладывать значимые усилия для редукции конфликтов, а пользовались в основном наработанными автоматизмами и старались всячески минимизировать собственные усилия.

Проявление данной защитной структуры отражается и в поведенческом плане, в моделях принятия решений. Две трети испытуемых (68%) активно игнорируют условия внешней среды, что приводит к недооценке отдельных аспектов действительности и принятию поверхностных, импульсивных и необъяснимых решений.

В то же время экономичностью характеризуются и стратегии распределения внимания. Как показало исследование, 70% выборки детей дошкольного возраста наиболее комфортно чувствуют себя в достаточно простых и рутинных условиях повседневной жизни, где не требуется глубокого анализа ситуации или высокого уровня обобщений. В ситуациях, требующих гибкости, творческого подхода, воображения или восприятия скрытых аспектов, данные индивиды испытывают дискомфорт, а эффективность их действий снижена. Опираясь на данные, полученные в результате исследования, мы можем отметить, что психическая активность данной группы детей в большей степени характеризуется простыми формами защитного реагирования, подверженного скорее дезорганизующему эмоциональному влиянию, нежели активности сложных мыслительных процессов.

Когнитивные защитные механизмы

Постепенное усложнение психической жизни и психической активности требует от нервной системы ребенка новых, более эффективных, приспособительных реакций, именно на этом этапе и происходит онтогенетическое становление когнитивных защитных механизмов (КЗМ). Несмотря на то, что большинство обследованных нами детей не продемонстрировало полного спектра защит когнитивного типа, у трети детей были выражены характеристики ясности мышления, что является предпосылками формирования КЗМ. Как мы ранее отмечали, КЗМ детерминированы более поздним онтогенетическим периодом, который во многом обусловлен переходом от дооперационных форм мышления к стадии конкретных операций. Благодаря этому такие ЗМЛ, как забывание, вытеснение, подавление и рационализация, способны более эффективно перерабатывать информацию посредством активизации процессов памяти, мышления и воображения.

По результатам исследования у одной трети (32%) детей были обнаружены адаптивные и более сложные формы когнитивной активности, что является хорошим ресурсом для преодоления конфликтных ситуаций. Также данная группа детей обладала более высокими показателями общей адаптивности. В процессе разрешения конфликтных ситуаций они были способны к актуализации продуктивных мыслей и чувств, направленной на активное разрешение конфликтной и

стрессовой ситуаций. Также у детей данной группы было отмечено более адекватное восприятие социальных установок, кроме того, они обладали показателями более зрелой идентичности, что способствует формированию ответственной модели поведения, опирающейся на собственный ресурс в процессе преодоления трудностей.

В процессе анализа информации дети данной группы (32%) не выражали тенденции к избеганию, что характеризует их мыслительную и психическую активность как более сложную по сравнению с детьми, использующими сенсорно-перцептивные защиты. Также в результате исследования было выявлено, что они более склонны к комплексному восприятию всей ситуации в целом, что является более эффективной и экономной стратегией. Распределение внимания по данному типу, на наш взгляд, определено потребностью контролировать всю ситуацию в целом, что, в свою очередь, продуктивно снижает тревогу и неопределенность. Эти дети обладали сформированными показателями целостности и структурирования образа, что является характеристикой зрелости и адекватности аналитико-синтетической деятельности. Таким образом, данная группа детей характеризуется более адаптивным и высоким уровнем когнитивных защит.

Идентификационные защитные механизмы.

Защитные механизмы идентификации значительно сложнее сенсорных и когнитивных защитных операций. Главной особенностью данной защиты является возможность редуцировать состояния посредством диффузных изменений границ собственной личности. Таким образом, в основе данного механизма лежат развитые показатели личностной идентичности и идентификации, сформированные исключительно на опыте реального взаимодействия с окружающими людьми

Как показало исследование, практически никто из обследованных детей (90%) не обладает развитыми показателями личностной идентичности. У всех детей выражен индекс незрелости в плане межличностных отношений, что выражается в нереалистичном восприятии окружающих, а также в несформированности образа самовосприятия. Кроме того, у всех детей отмечается низкий уровень саморефлексии и фактически отсутствует познавательный интерес к самому себе и к собственным поступкам. Такие дети довольно легкомысленно относятся к собственному поведению и практически не контролируют причины и следствия своих поступков, что само по себе помогает внутренне избегать негативных чувств. Данные инфантильные формы самовосприятия не способствуют формированию защитных механизмов идентичности.

Также результаты исследования выявили, что практически у всех детей показатели личностной идентичности сформированы не на базе реального опыта взаимодействия с окружающими людьми, а являются продуктом фантазирования и воображения. Данные характеристики свидетельствуют о том, что практически у всех испытуемых образ-Я в значительной мере основан на его фантазиях и представляет собой продукт идентификации с вымышленными персонажами или героями. Подобная картина характеризует незрелую Я-концепцию и диффузную идентичность, что во многом затрудняет процесс формирования таких защитных механизмов личности, как идентификация, отреагирование и смещение.

4. Результаты диагностики защитных механизмов личности на основе методики «Человек под дождем».

По данным сопоставительного анализа рисунков детей дошкольного воз-

раста были получены результаты, которые свидетельствовали об отсутствии у испытуемых нестабильных защитных реакций. Практически никто из детей не демонстрировал модели неосознанного психологического бегства или изоляции, которые отражаются в смещении фигуры второго персонажа «человека до дождем» в направлении нижней или верхней части листа; также практически у всех детей отсутствовало выраженное смещение фигуры в плоскости горизонтальной оси. Большая часть детей (80%) размещала персонажей обоих рисунков практически идентично как в плоскости горизонтальной так и вертикальной оси, что отражает достаточно стабильные модели адаптации при встрече со стрессовыми факторами. Меньшая же часть детей (20%), проецировала изображение второго персонажа, (человека под дождем) смещая его в основном в левую нижнюю часть листа, что опосредованно отражает тенденцию к примитивному и крайне пассивному типу защитного реагирования, идентичному вытеснению.

Сравнительный анализ таких факторов, как изменение размера рисунка в сторону увеличения или уменьшения персонажа «человек под дождем» позволяет проанализировать проявление психологических моделей проекции и интроекции в контексте редукции психологического конфликта.

Если рассмотреть рисунки детей дошкольного возраста, то можно увидеть, что соотношение детей, изображающих увеличенную и уменьшенную фигуру второго персонажа одинаковое. Четверть детей (22%) трансформирует размеры персонажа второго рисунка в сторону его явного увеличения, что свидетельствует о мобилизации исключительно собственного потенциала в трудных обстоятельствах, а так же тенденции использовать исключительно собственный ресурс для редукции конфликтных ситуаций и тревожных состояний.

Столько же испытуемых (22%) наоборот трансформируют нарисованный персонаж в сторону его явного уменьшения, что говорит о присутствии в защитном поведении детей равнозначной потребности в поиске покровительства в лице сторонних людей или ближайшего окружения для отреагирования напряжения вовне.

Остальные дети (56%) характеризовались более развитой способностью к интериоризации эффективных маскулинных и фемининных поведенческих программ, позволяющих более дифференцированно выстраивать собственные границы в процессе социального взаимодействия и более органично использовать индивидуальный ресурс и помощь стороннего окружения.

Символическое значение дождя и таких его атрибутов, как тучи, лужи, гром, молния, являются своего рода метафорическим отражением порога чувствительности к стрессовым реакциям.

Поскольку дождь является своего рода стрессором, то выделение его отдельных деталей характеризует разные модели восприятия трудностей с точки зрения индивидуального опыта. Только половина детей (56%) в рисунке изобразила небольшое число капель дождя. На их рисунках в основном были нарисованы небольшие частые капли, равномерно заполняющие пространство верхней части листа, что принято считать проекцией наиболее сбалансированного состояния.

Равномерное заполнение пространства каплями дождя и фигурой персонажа представляет адекватный баланс восприятия стрессогенных факторов и действия механизмов психологических защит.

В остальных случаях (44%) изображение дождя или его атрибутов занима-

ло доминирующе подчеркнутую позицию, что свидетельствует о недостаточности ресурсов защитного потенциала в структуре психической деятельности данной части детей. Такие дети намного чаще неосознанно отражают сильную степень выраженности внутренних переживаний и конфликтов в стрессовых ситуациях, поскольку в их рисунках образ дождя не несет созидательного значения. В данном случае формы защитного поведения будут регламентироваться не рациональными программами редукции негативных конфликтов, а мотивами внутренней необходимости, в связи с чем становление защитной системы и комплекса защитных механизмов у данной части детей будет происходить не по принципу иерархического усложнения, а по принципу наибольшей автономности и доступности.

Заключение

В рамках системного подхода к диагностике личности Тест чернильных пятен Роршаха и методика «Человек под дождем» позволяют эффективно работать с детьми дошкольного возраста. С помощью данных методик нам удалось получить важные сведения о предпосылках формирования детской защитной системы, обследуя при этом не сами слабодифференцированные защитные механизмы, а уровень зрелости оборонительных структур. В этом случае технология выявления психологических защит естественным образом связана с исследованием инстинктивных форм когнитивной активности, интенсивное преобладание которых в дальнейшем и становится базой формирования защитных механизмов личности.

Как мы и предполагали, в 5-6-летнем возрасте дети все еще продолжают использовать моторно-перцептивные защитные реакции, которые в поведенческом плане определяются как невозможность увидеть, признать или понять причины и следствия внутреннего или внешнего стимула.

Как показало наше исследование, дети, у которых фундаментально преобладают такие защиты, как отрицание, вытеснение, примитивная изоляция, конституционально не способны к четкой дифференциации собственных эмоций. Несмотря на высокую впечатлительность, они стремятся избегать ситуаций эмоционального обмена с другими людьми, а также проявляют сниженный интерес к вовлечению в эмоциональные ситуации, что является нормативным для детей дошкольного возраста, не способных осмысленно ориентироваться в собственных переживаниях.

Согласно современным клиническим исследованиям, данная модель является адекватной для становления защитной системы в дошкольном детстве, поскольку когнитивные и идентификационные формы защитного реагирования не могут быть сформированы до 5-6-летнего возраста, так как не соответствуют дооперационным формам мышления [9, 10, 11, 13].

Наше исследование полностью подтверждает вышеизложенное положение, что указывает на возможность использования данных диагностических техник в работе в качестве дополнительного инструмента диагностики детской защитной системы. Кроме того, необходимо отметить, что у детей дошкольного возраста процесс изучения защитных механизмов личности крайне затруднен в связи со сложностью и нелогичностью протекания психических процессов. В отличие от детей более старшего возраста, способных к сложным формам рефлексии, данная возрастная группа характеризуется преобладанием более примитивных психических реакций, отличающихся слабой способностью к вербализации, а также образностью, что затрудняет проведение эмпирических исследований.

Предложенные нами методики позволяют исследовать данные процессы в открытой форме, защищенной от получения стереотипных либо невалидных ответов, что позволяет изучать обширный спектр когнитивных структур, лежащих в основе большинства психических реакций, в том числе и ЗМЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ассанович М.А. Интегративная система психодиагностики методом Роршаха. - М.: Когито-Центр, 2011.
2. Белый Б.И. Тест Роршаха: практика и теория. - СПб.: Дорваль, 1992.
3. Бурлачук Л.Ф. Введение в проективную психологию. - Киев: Ника-центр; Вист-С, 1997.
4. Грановская Р.М., Никольская И.М. Психологические защиты у детей. - СПб.: Речь, 2010.
5. Киршбаум Э.И., Еремеева А.И. Психологическая защита. - М.: Смысл, 2005.
6. Мак-Уильямс Н. Психоаналитическая психодиагностика. - М.: Класс, 2010.
7. Рауш да Траубенберг Н.К. Тест Роршаха: практическое руководство. - М.: Когито-Центр, 2005.
8. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. - М.: Педагогика-Пресс, 1993.
9. Cooper S.H. Changing notions of defense within psychoanalytic theory // Journal of personality. - 1998. – P. 946–964.
10. Cramer P. Defense Mechanisms in Psychology Today // American Psychologist. - June 2000. – P. 637-646.
11. Cramer P. Protecting the Self: Defense Mechanisms in Action. - N.Y., London: The Guilford Press, 2006.
12. Porcerelli J.H., Cogan R., Kamoo R, Leitman S.. Defense mechanisms and self-reported violence toward partners and strangers // Journal of Personality Assessment, 71, 411-420.
13. Trevor R. Olson. Dissertation: Can Defense mechanisms aid in the differentiation of Depression and anxiety. – 2008.

Kabanov Igor, Svistunova Ekaterina

APPLYING OF PROJECTIVE TESTS IN STUDYING PERSONAL DEFENSE MECHANISMS OF PRESCHOOL CHILDREN

The Moscow city pedagogical university. Institute of psychology, sociology and social relations. The post-graduate student. Psychologist. preschool № 768.

Summery: In this article we discuss the possibility of applying Rorshakh's ink spots test and "a person under a rain" psychographic test to discover peculiarities of preschool aged kids' psychology defense making within the framework of system approach to diagnosis. The main attention is devoted to the perspective of individual development study as determinative component of manifestation and restructuring of the main personal defense mechanisms. There is given an idea of personal defense mechanisms importance for normal kid's development, which can influence directly on effective or disharmonious adaptation program forming.

Keywords: personal defense mechanisms, preschool childhood, Rorshakh's ink spots test, "a person under a rain" test.

Е.В. Зубова

**ЛИЧНОСТНО ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
МАТЕРЯМ В ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ С РЕБЕНКОМ-ИНВАЛИДОМ**

Детский сад компенсирующего вида № 242, Московский городской
психолого-педагогический университет (Москва).

Резюме

В статье рассматривается опыт организации психологической помощи матерям по проведению совместных с занятиями детьми, имеющими выраженные нарушения слуха, ДЦП и речи, направленной на формирование адекватных способов взаимодействия матери с ребенком-инвалидом. В зависимости от предварительно выявленной специфики психического состояния матерей, воспитывающих детей с разными видами нарушений, предлагаются особые приемы организации таких занятий для гармонизации межличностных отношений матери и ребенка.

Ключевые слова: гармонизация внутреннего психологического состояния родителей, оптимизация межличностных внутрисемейных отношений, ребенок с особенностями развития.

Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с недостатками в развитии, нужна для гармонизации внутреннего психологического состояния родителей (в первую очередь, матери ребенка), оптимизации межличностных внутрисемейных взаимоотношений и для адекватной интеграции семьи в социум. Реализация таких задач предполагает изучение особенностей личностных нарушений, проявляющихся у родителей больных детей.

Сопоставительный анализ данных, полученных нами в ходе обследования 36 матерей, воспитывающих детей-инвалидов дошкольного возраста (глухих, с ДЦП, с умственной отсталостью и ранним детским аутизмом, ринолалией) с помощью ряда методик (СМИЛ (СМОЛ) – модифицированный вариант стандартизированного личностного опросника MMPI; 16-факторный личностный опросник Р. Кэттелла; методика аутоидентификации акцентуаций характера по словесным характерологическим портретам Э.Г. Эйдемиллера; методика PARY) позволил разделить их на группы лиц со сходными типологическими особенностями [1].

Нами были выделены три группы родителей. Первая группа характеризуется тревожно-сенситивными личностными тенденциями. Вторая группа - поведенчески асоциальными личностными тенденциями. У третьей проявляется предрасположенность к соматическим заболеваниям и черты, присущие как первой, так и второй группам.

Выявленная нами специфика психического состояния матерей, воспитывающих детей с разными видами нарушений позволила предложить им определенную систему помощи. Система создавалась в рамках интегративного подхода, включающего использование психокоррекционных техник различных направлений [2; 3; 5]. В предлагаемой нами системе психологической помощи выделяются два направления работы:

1. Коррекция способов взаимодействия матери с ребенком-инвалидом.
2. Психотерапевтическое, направленное на нормализацию психического состояния матери и ребенка.

В этом сообщении мы хотим осветить наш опыт организации психологиче-

ской помощи, направленной на формирование адекватных способов взаимодействия матери с ребенком-инвалидом, которая ставит своей целью снижение степени выраженности фрустрирующего воздействия эмоционального стресса, в котором находится мать с момента рождения ребенка с выраженными нарушениями.

Для матери ребенка-инвалида такой деятельностью может стать коррекционный образовательный процесс ее ребенка. Приобщение матери к коррекционной работе со своим ребенком дает ей возможность личного участия в формировании его будущего. Творческая реализация матерью педагогической деятельности служит повышению ее самооценки и одновременно способствует снижению эмоционального напряжения. С другой стороны, педагогический процесс является той формой взаимодействия, в рамках которого формируется общение между психологом и матерью ребенка-инвалида. Позитивное общение является механизмом коррекционного воздействия, которое оказывает психолог на мать ребенка-инвалида. Только в атмосфере эмоционального контакта психолог может рассчитывать на взаимопонимание и следование его советам. С целью установления этого контакта и для решения задач, направленных на коррекцию дефекта ребенка, психолог организует индивидуальные занятия с ним и его матерью.

Приобщение матери больного ребенка к доступной для ребенка, а значит и успешной для него деятельности направлено на переключение, а затем и вытеснение из ее сознания тяжелых негативных переживаний, что способствует нейтрализации аффективных реакций и неконструктивных форм поведения. Осуществление продуктивной занятости матери позволяет ей реализовывать необходимую потребность в деятельности вообще и в деятельности с ребенком в частности, а также освобождает ее от асоциальной или деформирующей психику формы миропонимания вследствие стресса (чувства вины, греховности предков и т. д.).

Организуя занятия с ребенком-инвалидом и его матерью, психолог ставит перед собой два типа целей. С одной стороны, он определяет образовательные цели для ребенка и обучает мать специальным коррекционным и методическим приемам, необходимым для проведения занятий с ребенком в домашних условиях и специальным воспитательным приемам, требуемым для коррекции личности аномального ребенка.

С другой стороны, установив эмоциональный контакт с матерью ребенка-инвалида на индивидуальных занятиях, психолог осуществляет коррекцию ее внутреннего психологического состояния и коррекцию взаимоотношений между ней и ребенком [6].

Первой задачей психолога является *формирования адекватных способов взаимодействия матерей с детьми*, в которой он осуществляет:

- коррекцию неконструктивных форм поведения матери (агрессия, необъективная оценка собственного поведения и поведения ребенка, эскапизм, примитивизация поведения и др.), переключение на продуктивные формы взаимоотношений в социуме;
- *коррекцию понимания матерью проблем ее ребенка*, а именно: постепенного *исключения (нейтрализацию) отрицания наличия* проблем, когда мать ребенка из «позиции защиты» и «позиции противопоставления» себя социуму переходит в «позицию взаимодействия»;
- *постепенное исключение гиперболизации* проблем ребенка, бесперспек-

тивности развития ребенка (нет, из него никогда ничего не получится);

- постепенное *исключение ожидания чуда*, которое внезапно сделало бы ребенка совершенно здоровым, переориентировку матери с позиции бездействия на позицию деятельности с ребенком;

- коррекцию взаимоотношений с ребенком (из взаимоотношений, характеризующихся как гиперопека или гипоопека, к оптимальным взаимоотношениям).

Методами такой работы психолога являются:

- 1) демонстрация матери больного ребенка приемов работы с ним;
- 2) конспектирование матерью уроков, проводимых психологом;
- 3) выполнение домашних заданий со своим ребенком;
- 4) чтение матерью специальной литературы, рекомендованной психологом.

В работе психолога с матерями можно выделить три этапа:

- привлечение матери к учебно-образовательному процессу ребенка, доказав ей, что именно в ней очень нуждается ее ребенок, что кроме нее этим процессом заняться некому;

- увлечение матери процессом развития ребенка, показав возможность существования «маленьких», но очень важных для ее ребенка достижений; родительница должна научиться отрабатывать дома с ребенком те задания, которые дает психолог;

- раскрытие перед матерью возможности личного поиска творческих подходов к обучению ее ребенка, своего участия в изучении его возможностей и реализации творческих замыслов в работе с ним.

Для проведения индивидуальных занятий с матерью и ее ребенком следует избирать программный материал, который ребенок не смог усвоить на занятии с педагогом. Приобщение матери к учебной деятельности ребенка лучше начать с интересных и доступных заданий на данном этапе его развития. Посадив ребенка рядом с собой, психолог располагал мать ребенка так, чтобы ей было удобно видеть все, что они делают. Предварительно мать ребенка предупреждалась о том, что ей придется делать некоторые записи и поэтому нужно принести общую тетрадь и ручку. Такое напоминание матери о необходимости вести конспект урока настраивало ее на серьезную работу.

В зависимости от личностных особенностей родителей детей-инвалидов, работа психолога имела ряд особенностей.

При работе с **матерями первой группы, отличающейся преимущественно тревожно-сенситивными личностными тенденциями**, мы учитывали их повышенную тревожность и даже страх того, что их ребенок не сможет сделать то или иное задание.

Такая мать, присутствуя на первом его занятии с психологом, как правило, очень нервно следит за действиями своего ребенка и, несмотря на просьбу психолога дать возможность ребенку работать самостоятельно, постоянно вмешивается и подсказывает ему правильное решение. Обычно сразу же после первой неудачной попытки выполнить задание матери бросаются на защиту своего ребенка: «Это все он дома делает с закрытыми глазами. Он все это знает и умеет». В подобных попытках обычно проявляется не критичность матерей в оценке своего ребенка, подсознательное стремление скрыть дефект и выдать желаемый результат за действительный. Например, слышащая мама глухой девочки утверждает, что ее дочь говорит на своем, только ей свойственном языке и что нужно совсем немного усилий со стороны специалистов, чтобы превратить эту речь в нормальную. «Но никто не хочет работать, ведь

ребенок трудный. Да, мы трудные,» - подчеркивает она.

Одновременно некоторые матери этой подгруппы, как и в приведенных выше примерах, не до конца осознают недостаточность собственных усилий, направленных на преодоление проблемы, стоящей перед их ребенком. В таком случае не следует сразу же убеждать маму в ее неправоте. Задача психолога заключается не в усилении защитных реакций упомянутой группы матерей, а направлена на то, чтобы расположить каждую из них к себе с той целью, чтобы взаимоотношения «педагог-мать ребенка» могли бы перейти на другой уровень «психолог-клиент, имеющий проблему». Поэтому лучше ответить ей так: «Прекрасно, что дома у вас все получается. Но мне бы хотелось, чтобы это получилось и у меня на занятии. Поэтому я предложу Вам следующий способ обучения этому навыку. Сделайте вот так». Затем психолог показывает матери специальные коррекционные приемы, направленные на освоение определенной темы.

Другие матери, относящиеся к той же категории, проявляют чрезвычайно болезненные реакции при невыполнении их ребенком того или иного задания. Чувствуя некомпетентность своего ребенка, они всеми силами пытаются ему помочь, используя иногда неадекватные приемы. Они забрасывают ребенка подсказками, убеждают его в том, что он это умеет делать, ласкают ребенка, всячески тормозят. В конце такой сцены в результате безуспешного воздействия матери на ребенка у нее обязательно появляются слезы на глазах, и весь накал предшествующего напряжения может вылиться как в истерику ребенка и его категоричный отказ от какой-либо деятельности в такой обстановке, так и в истерику его матери.

У мамы Яны С., после безуспешных ее уговоров дочери начать заниматься и правильно выполнять задания, на глазах появляются слезы: «Ну, что я могу - ничего (она разводит руками, подносит платок к глазам). Извините, ведь я одна воспитываю ребенка (всхлипывает). У Яночки характер весь в бывшего мужа, как упрется, с места не сдвинешь». Девочка перенимает форму поведения матери и тоже начинает плакать, так и не начав заниматься. Занятие оказывается нерезультативным.

В первую очередь, такую мать нужно обязательно успокоить, поддержать, дать ей почувствовать, что психолог понимает ее проблемы (иногда дать возможность заплакать, так как это может быть ее единственный путь получить облегчение в данный момент). А затем, после того, как она придет в себя, предупредить о том, что ее волнение и напряжение передаются ребенку и что в следующий раз нужно быть сдержаннее. Любые поведенческие реакции родителей обязательно отражаются на поведении детей и на выполнении ими необходимых заданий. Поэтому при ребенке не следует показывать свою слабость. Матери нужно объяснить, что ребенок всегда чувствует в матери защиту и ожидает от нее добро и поддержку.

После нормализации состояния матери можно продемонстрировать ей один или два приема овладения материалом (например: освоение классификации по цвету или форме предметов). Показывая, психолог должен обязательно объяснить матери, в максимально доступной форме, какие задачи он хочет решить с помощью овладения этими приемами и что это даст для развития ее ребенка. Также психолог должен рассказать матери о том, что в случае возникновения трудностей при выполнении какой-то учебной задачи следует делить или дробить задание на более мелкие этапы и таким образом «идти к цели более

мелкими шажками».

Наш опыт свидетельствует о том, что проведение психологом занятий с невротичной матерью и ее больным ребенком оказывает матери несомненную моральную поддержку, позволяет ей почувствовать уверенность в себе и реальнее посмотреть на будущее ее ребенка.

Психологическая помощь матерям **второй группы, отличающейся преимущественно поведенческими асоциальными личностными тенденциями**, также имеет ряд специфических особенностей.

В том случае, если мать ребенка при обучении его на занятии упорствует и утверждает, что то, о чем спрашивает психолог, ее ребенок давно уже знает и умеет (а такая форма поведения в основном проявляется у лиц, склонных к авторитарности и доминированию), то следует у нее спросить: «Почему же он не может сделать это задание на уроке? Если бы усвоение данного материала достигло совершенного уровня, то ребенок мог бы это сделать. А так как он не смог выполнить это задание, следовательно *качество усвоения еще недостаточное*. Поэтому лучше сделать так, как предлагаю я». Затем психолог демонстрирует, как нужно обучать ребенка.

Существуют и другие формы поведения родителей из этой группы. Некоторые матери в самом начале урока, общаясь с психологом, уверенно высказывают мысль о том, что они не специалисты и поэтому они не смогут сами оказать помощь ребенку в домашних условиях. По нашим наблюдениям, а также согласно литературным источникам [4], это касается матерей как с высшим, так и со средним образованием, имеющих высокую самооценку, которые считают, что обучение их больного ребенка это профессиональная обязанность только специалистов (дефектологов, психологов, логопедов). Этих матерей также не следует сразу же разубеждать в их неправоте и давать оценку их позиции. Лучше ответить следующим образом: «Вы совершенно правы в том, что здесь не высшее учебное заведение для получения знаний по новой для вас специальности. Но ваша проблема заключается в том, что занятия с ребенком у нас 2 раза в неделю, а ему для овладения тем или иным навыком нужно это делать в несколько раз чаще, по несколько раз в день и не сразу, а в несколько приемов. В этом случае кроме вас этим заняться некому. А потом, неужели Вам в свободное время *не интересно* посмотреть, как у него это получится?». По нашим наблюдениям, именно у данной категории матерей отсутствуют оптимальные взаимоотношения с их ребенком, а наблюдается гипоопека или потворствующая гипопротекция.

У части родительниц второй группы, демонстрирующих психологу свою независимость и своеобразное знание основ педагогики, проявляются типичные нарушения во взаимоотношениях со своим ребенком: окрик матери заставляет ребенка вздрагивать, ее властный голос, а иногда и физическое наказание заставляют его жмуриться, вырываться из рук, убегать. Мы наблюдали также эффект возникновения энуреза у мальчика как следствие немотивированного властности и повышения голоса матери в отношении действий ее ребенка.

Такой маме также следует объяснить, что наказание без объяснения, за что наказан ребенок, не принесет положительных результатов. Затем, прежде чем наказывать, нужно научить ребенка определенным навыкам, исходя из его возможностей. Следует убедить такую маму в том, что, наказывая ребенка физически, она признается себе в собственном бессилии, а вовсе не оказывает помощь своему ребенку.

Например, мать Гриши Ш, для обеспечения его прилежания прямо на занятии у психолога могла резко встряхнуть и одернуть мальчика. Только после разъяснительной работы психолога с указанием на реакцию Гриши (проявляющийся поведенческий негативизм, желание спрятаться под стол, и др.) на такое поведение мамы она стала пытаться исключать из своих взаимоотношений с сыном подобные формы общения. Однако это не сразу ей удавалось, сказывался зафиксировавшийся стереотип поведения.

По нашим наблюдениям, именно эта категория матерей оказывается наиболее благодатной в плане обучения своего ребенка. Если психолог добивается своей цели, объяснив матери ее задачи по воспитанию и обучению ребенка, в ее лице он обретает послушную и очень исполнительную «ученицу».

Личностные особенности матерей третьей группы, для которых характерна предрасположенность к соматическим заболеваниям и черты, присущие как первой, так и второй группам, не требуют особого подхода, отличного от особенностей работы с двумя первыми группами.

Полученные теоретические и практические знания помогают матери в *разрешении* учебно-коррекционных проблем *ее ребенка*. Однако существует еще и проблемы воспитательные.

В повседневной жизни матери порой не знают, как заставить ребенка слушать себя, выполнять инструкцию или поручение. Они не знают, как обучить ребенка правилам санитарной гигиены и самообслуживания. Видя дефект ребенка, мать старается ему помочь и очень часто, продолжая действовать в этом направлении, полностью отучает ребенка от самостоятельности, от возможности приобретения ребенком определенного навыка. Дело в том, что эта столь часто повторяющаяся ситуация не всегда сопряжена с нежеланием обучить своего ребенка доступному ему уровню самостоятельности. Проблема в том, что матери испытывают сложности при дифференциации сферы воздействия: педагогической или медицинской. Психолог помогает матери определить уровень возникающих проблем и объясняет ей, какие из них могут быть решены педагогическим путем, а какие с помощью лечения.

Роль психолога в данной работе является *первостепенной*. Психолог учит мать не только определенному минимуму педагогических знаний, но и внушает ей уверенность в успехе ее деятельности, помогает осознать потребность в этой деятельности. Психолог оказывает матери поддержку в любом случае, даже тогда, когда ее первые педагогические пробы оканчиваются неудачей. Коррекционная работа психолога, направленная на творческое и эмоциональное отношение к ребенку, позволяет при столь длительном стрессе нейтрализовать деструктивное внутреннее психологическое состояние матерей.

Критерии результативности проведенной психокоррекционной работы рассматривались нами в двух аспектах:

- объективном и
- субъективном.

На *субъективном уровне* результативность занятий оценивалась: положительными отзывами матерей о

- удовлетворении результатами занятий и желании их продолжения;
- возникновении чувства сплоченности в группе в целом, а также о появлении дружеских отношениях между отдельными участницами группы;
- улучшении общего самочувствия в целом у участниц группы.

Наши наблюдения также свидетельствовали о:

- появлении более положительных настроений и проявлений стенических эмоций у всех участниц группы как на занятиях, так и после них;
- большей ориентации матерей больных детей на правила и нормативное поведение, выработанные в группе, - модели позитивного поведения и зарядку позитивного мышления «Именно сегодня».

На *объективном уровне* положительная результативность была отмечена как в улучшении динамики эмоционально-личностного развития и успехах обучения детей тех родительниц, которые посещали занятия, так и в улучшении показателей диагностического исследования родителей детей-инвалидов, проведенного после данного цикла групповых занятий.

Отмечая общую позитивную динамику в эмоционально-личностном развитии детей всех женщин, которые посещали психокоррекционные занятия, следует подчеркнуть особые успехи в развитии у детей из группы «авторитарных» родительниц (2 группа). На наш взгляд, именно эти матери в большей степени смогли найти в себе силы для изменения своих внутренних мировоззренческих позиций по отношению к больному ребенку, к ситуации в целом и к себе. Найденная ими эмоционально-деловая форма общения со своим ребенком положительно отразилась на общем состоянии детей, их эмоциональной и познавательной сферах.

Достаточно высокими оказались и результаты эмоционально-личностного развития у детей, чьи матери склонны к психосоматическим заболеваниям (3 группа). Эти показатели лишь немногим уступают второй группе родителей.

Низкие показатели, несмотря на констатируемую положительную динамику в обучении, выявились лишь у одной у девочки, мама которой характеризовалась тревожно-сенситивными личностными тенденциями. Такое положение мы можем объяснить несостоятельностью родительской позиции матери ребенка, проявляющейся в неадекватной гиперопеке.

Благодаря совместной работе с психологом взаимодействие матери со своим ребенком приобрело более организованную форму и целеустремленность. Позитивные настроения, поддерживаемые психологом, помогали женщинам преодолевать возникающие проблемы детей и свои личные.

Использование психологических методов коррекции при организации взаимодействия родителей с их больными детьми позволило в большинстве случаев нейтрализовать переживания родителей и направить их деятельность на адекватную помощь ребенку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зубова Е.В. Особенности психологического состояния родителей, воспитывающих дошкольников с нарушениями ОВЗ //Клиническая и специальная психология. Издатель МГППУ № 3/2012, <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n3/>
2. Левченко И.Ю., Кузнецова Г.В. Основные принципы и методы коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими детским церебральным параличом // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича. - М.: ЦИЭТИН, 1991. - С. 97-112.
3. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: Метод. пособие. – М.: Просвещение, 2008.- С. 84-88.
4. Манова-Томова В.С., Пирьев Г.Д., Пенушлиева Р.Д. Психологическая

реабилитация при нарушениях поведения в детском возрасте. - София: Книжн. изд., 1981. – 287 с.

5. Марковская И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. – СПб.: Речь, 2000. – С. 7-23.

6. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии: Практикум по формированию адекватных отношений. – М.: Гном-пресс, 1999. – 64 с.

Zubova E.V.

INDIVIDUALLY ORIENTED PSYCHOLOGICAL HELP MOTHERS IN THE COURSE WITH A DISABLED CHILD

Kindergarten compensating type № 242, Moscow City Psychological-Pedagogical University (Moscow).

Summary: The article describes how to organize psychological support for mothers and their disabled children. Teaching parents to hold mutual activities with their children is emphasized. In addition to this, appropriate ways of interaction between a mother and a child are formed.

There were three groups of mothers according to their personal characteristics. Depending on these characteristics, their mental status and a type of a developmental disorder of the child, the author offers some specific methods of organizing activities to improve interpersonal relationships between a mother and a child.

Keywords: harmonization of the internal psychological state of the parents, the optimization of interpersonal family relationships, a child with special needs.

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ.



И.Ф. Рошина, Н.В. Зверева А.Р. ЛУРИЯ И СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ

(к 110-летию со дня рождения)

Московский городской психолого-педагогический университет, НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Аннотация

В статье рассматриваются биография и научное наследие А.Р. Лурия (1902-1977) в контексте современной клинической (медицинской) психологии. Авторы опираются на базовые идеи А.Р. Лурия, важные для решения практических и научных проблем (системный

подход в анализе психики, синдромный анализ нарушений психической деятельности, нейропсихологический фактор). Представлена преемственность идей А.Р. Лурия в современных разделах клинической психологии.

Ключевые слова: идеи А.Р. Лурия, клиническая психология, психология аномального развития, синдромный анализ нарушений психики.

Александр Романович Лурия – выдающийся психолог нашего Отечества в XX столетии. В 2012 г. исполнилось 110 лет со дня его рождения и 35 лет со дня кончины, однако его идеи, научная деятельность и влияние на современную психологию сохраняются и даже возрастают. Особенно это влияние заметно в различных направлениях клинической (медицинской) психологии.

А.Р. Лурия (16 июля 1902–14 августа 1977гг.) родился в г. Казани, в семье известного врача-терапевта Р.А. Лурия. Александр Романович имел два высших образования: окончил факультет общественных наук Казанского университета в 1921 г. и в 1937 г. - 1-й Московский медицинский институт. В начале профессиональной деятельности А.Р. Лурия проявил интерес к психоанализу, создал в Казани первое в СССР психоаналитическое общество, переписывался с З. Фрейдом. В 20-х гг. совместно с Л.С. Выготским он участвовал в создании отечественной психологической науки, в разработке теории культурно-исторического развития психических процессов. Его ранние работы по объективному изучению аффективных состояний положили начало целому ряду аналогичных исследований как в России, так и за рубежом, послужили базисом для создания детектора лжи. В области генетической психологии, изучая на близнецах роль генетических и социальных факторов в развитии психических процессов, он показал значение речи в организации психической деятельности у детей, этому была посвящена работа «Речь и интеллект в развитии ребенка» (1927). Совместно с Л.С. Выготским А.Р. Лурия написал известную работу «Этюды по

истории поведения» (1930г.), в которой рассматривалось и сопоставлялось своеобразие поведения человекообразных обезьян, примитивного человека и ребенка. В этом труде отражен филогенетический и онтогенетический подход к развитию психики человека. В 1931 г. А.Р. Лурия руководил научной психологической экспедицией в Среднюю Азию, в которой проводил сравнительное изучение познавательных процессов в культурно-историческом контексте. Материалы этой работы, к сожалению, стали доступны научному сообществу только в конце жизни А.Р. Лурия (1974г.). Первая докторская диссертация А.Р. Лурия (по педагогическим наукам), подготовленная и защищенная в 1936 г., была посвящена проблеме конфликтов, аффективным состояниям человека и называлась «Психофизиология аффективных процессов». В связи с невозможностью работать по тематике педологии и культурно-исторической психологии, А.Р. Лурия обратился к медицине, получил в 1937 г. медицинское образование. Начиная с 1940 г. А.Р. Лурия проводил исследования, посвященные анализу мозговых механизмов психических процессов. Он работал в Институте нейрохирургии АМН СССР и Институте неврологии АМН СССР, где подробно разрабатывал проблемы афазиологии, именно этой теме посвящена его вторая (медицинская) докторская диссертация, защищенная в 1942 г.

В годы Великой Отечественной войны в восстановительном госпитале клиники нервных болезней ВНИИ экспериментальной медицины в г. Кисегаче Челябинской области, А.Р. Лурия проводил исследования нарушений психических процессов при различных органических поражениях мозга, прежде всего ранениях, а также опухолях головного мозга. После войны исследования были продолжены в Московском институте нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко АМН СССР. Эта работа способствовала созданию нового направления в психологии - нейропсихологии, которая имеет важное теоретическое и практическое значение для клинической психологии. Александром Романовичем Лурия была разработана новая теория системно-динамической локализации высших психических функций, представлявшая существенный шаг вперед по сравнению с прежними взглядами, внесен важный вклад в понимание природы речевых нарушений и создана новая классификация афазий. Специальная серия работ А.Р. Лурия и его сотрудников посвящена роли лобных долей мозга в регуляции психической деятельности. А.Р. Лурия и его ученики изучали различные формы нарушений памяти при локальных поражениях мозга. На основании системных исследований мозговых коррелятов высших психических функций А.Р. Лурия разработал методы нейропсихологической диагностики локальных поражений головного мозга и основные принципы восстановления нарушенных психических процессов.

А.Р. Лурия был выдающимся педагогом. С 1923 г. он проводил большую педагогическую работу: преподавал в Академии Коммунистического воспитания им. Н.К. Крупской, в Московском Педагогическом дефектологическом институте (в 1938 г. его аспиранткой стала С.Я. Рубинштейн), а с 1945 г. и до конца жизни - в МГУ им. М.В. Ломоносова. Сначала педагогическая деятельность велась на кафедре психологии философского факультета, а с 1968 по 1977 гг. профессор А.Р. Лурия заведовал кафедрой нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. В течение многих лет он читал курс общей психологии, создал новый курс нейропсихологии, ряд спецкурсов. Под руководством А.Р. Лурия было защищено более 50 кандидатских диссертаций, многие из его учеников стали докторами наук. Среди них такие известные спе-

циалисты, как Л.С. Цветкова, Е.Д. Хомская, Э.Г. Симерницкая, Т.В. Ахутина, Н.К. Корсакова и др.

А.Р. Лурия – автор свыше 600 научных работ, значительная часть которых переведена на иностранные языки, а некоторые работы были написаны сначала на английском языке и затем уже переведены на русский и изданы в нашей стране. Среди его научных работ важное место занимают две замечательные научно-популярные повести, написанные в жанре «история одного случая»: «Потерянный и возвращенный мир» и «Маленькая книжка о большой памяти». Александр Романович Лурия был академиком АПН СССР и являлся почетным профессором ряда зарубежных университетов. За свою плодотворную научно-педагогическую деятельность А.Р. Лурия был награжден орденом Ленина, орденом «Знак почета» и медалями Советского Союза.

Научные интересы А.Р. Лурия были чрезвычайно широкими. Среди них заметное место занимают проблемы нарушенного психического развития на разных этапах онтогенеза. Рассмотрим базисные принципы, введенные в клиническую (медицинскую) психологию научной школой Л.С. Выготского-А.Р. Лурия-Б.В. Зейгарник, применительно к современным проблемам клинической психологии развития. Среди них - **качественный анализ нарушения психики (1) и синдромный анализ структуры нарушений психических функций (2)**. Указанные принципы были положены А.Р. Лурия при создании нейропсихологии в основу анализа нарушений психических функций у больных с органическими поражениями мозга.

Первый из них является одним из важнейших принципов работы клинического психолога до настоящего времени. Он с необходимостью требует анализа не только результатов деятельности пациента, но и всего процесса выполнения заданий в экспериментально-психологической процедуре. При этом необходимо тщательно анализировать ошибки больного и способы компенсации возникающих в процессе обследования затруднений. Качественный анализ направлен не только на констатацию симптома, но и на выявление механизмов нарушений психики.

Синдромный анализ структуры нарушений психических функций - одна из ключевых разработок А.Р. Лурия. Из работ А.Р. Лурия известно, что в нейропсихологическом исследовании первичным этапом синдромного анализа симптомов нарушений (изменений) психических функций является их качественная характеристика. Для описания структуры дефекта необходимо выявление первичных симптомов, непосредственно связанных с нарушенным фактором, и вторичных симптомов, возникающих по законам системной организации психики. Кроме того, существенной стороной синдромного анализа является оценка специфики произвольной регуляции деятельности, а также выявление как нарушенных, так и сохранных звеньев психики. Важнейшим понятием, введенным А.Р. Лурия в нейропсихологию, стало понятие «нейропсихологический фактор», который является одновременно и компонентом психической деятельности и отражает специфику деятельности определенных мозговых структур. Все вышеуказанные компоненты анализа нарушенной психики представляют собой синдромный нейропсихологический анализ, являющийся основой луриевской нейропсихологической школы.

Все сказанное имеет большое значение для оценки нарушенного развития применительно ко всем вариантам дизонтогенеза, возникающим на разных этапах жизни человека, и плодотворно влияет на современные научные исследова-

ния и практическую деятельность клинических психологов, работающих в детской пато- и нейропсихологии, нейрогеронтопсихологии, нейропсихологии индивидуальных различий, психосоматики, психологической коррекции и реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.Р. Лурия и современная психология. - М., 1982.
2. Выготский Л.С., Лурия А.Р. Этюды по истории поведения. - М., 1930.
3. Зверева Н.В., Рощина И.Ф. Современная концепция психологии дизонтогенеза в контексте идей А.Р. Лурия // Культурно-историческая психология, 2012, № 2.
4. Лурия А.Р. Высшие корковые функции и человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. - М., 1962.
5. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. - М.: МГУ, 1973.
6. Лурия А.Р. Маленькая книжка о большой памяти. - М.: МГУ, 1968.
7. Лурия А.Р. Потерянный и возвращенный мир (история одного ранения). - М.: МГУ, 1971.
8. Лурия Е. Мой отец А.Р. Лурия. - М., 1994.
9. Хомская Е.Д. - Александр Романович Лурия: Научная биография. - М., 1992.

Roshchina I.F., Zvereva N.V.

AR LURIA AND MODERN CLINICAL PSYCHOLOGY OF DEVELOPMENT (the 110th anniversary of his birth)

Moscow City Psychological-Pedagogical University, Mental Health Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences (Moscow).

Summary: The article deals with biography and scientific heritage, AR Luria (1902-1977) in the context of current clinical (medical) psychology. The authors rely on the basic idea of AR Luria important for practical and scientific problems (systematic approach to the analysis of the psyche, the syndromic analysis of mental dysfunctions, neuropsychological factor). Continuity of the ideas presented, AR Luria in modern sections of clinical psychology.

Keywords: ideas of AR Luria, clinical psychology, psychology of abnormal development, syndromic analysis of mental disorders.

Э.Г. Эйдемиллер, И.А. Колесников

**ФРАГМЕНТ НАУЧНОГО И ПРАКТИЧЕСКОГО ЗНАКОМСТВА
С ТВОРЧЕСТВОМ САЛЬВАДОРА МИНУХИНА.**

НАЧАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ В СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ³

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).

Далее следует фрагмент второй встречи с той же семьей через неделю. Сначала терапевт спрашивает у Г., не хотела бы она кофе. Он делает ей комплимент по поводу ее внешности, хвалит Джойс зато, что она всегда выглядит счастливой, и спрашивает у матери, как долго она одевает детей по утрам. Таким образом, психотерапевт начинает сеанс в роли хозяина, успокаивая семью. Кроме того, он реагирует на настроение семьи (подражание).

2-я встреча Б. Монтальво с семьей миссис Горден

Стенограмма сеанса

М.: Манди сегодня совсем по-другому выглядит. Такая счастливая.

Г.: Да, она сегодня немножко другая. Я думаю, что она, на той неделе, волновалась из-за того, что произошло.

М.: Как у вас все прошло? По телефону мне показалось, что все очень.

Г.: Ну да. Она открыла пакет (американские спички выпускаются в пакетиках, в которых спички прикрепляются к основе, как зубья гребенки), и просто чиркнула спичкой. Она левша, поэтому все делает на выворот.

М.: Дайте я погляжу. Манди, покажи мне левую руку (она поднимает левую руку).

Г.: И она чиркнула по направлению к головкам и зажгла весь пакет. И это – я так думаю, ее слегка обожгло, поэтому она его уронила – кинула его.

М.: Вы, кажется, хорошо поработали,

Комментарии к стенограмме

Психотерапевт берет на себя ответственность за переход к лечению.

Г. приняла модель, данную терапевтом. В ее описании Манди подчеркивается аффект ребенка.

Ас. Поддерживает Г. и подчеркивает непрерывность их отношений.

Ас. Контактирует с Манди в коммуникации, соответствующей ее возрасту. Описание Г. связано с компетентным выполнением задания. Теперь она описывает поджигательство Манди как несчастный случай или неумение, а не как акт злой воли.

Ас. Связывает успехи Манди с опытом Г., поддерживая центральность Г. в семейной структуре. Ре. Объединяет Манди и Г. в подсистему, приносящую удовлетворение Г. Это меняет старые отношения травли. Он укрепляет новые взаимодействия.

Ас. Поддерживает Манди, подчеркивая

³ Окончание. Начало: Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2012 (12), № 2.

знаете, смотрели, что неверно, и учили ее.

Г.: Гм.

М.: Вы теперь уверены, что она лучше с ними умеет обращаться?

Г.: Да, намного лучше (счастливо улыбается).

М.: В самом деле?

Г.: Да.

М.: Хорошо. Манди, сколько – много было упражнений? Ты много упражнялась с мамой?

Манди: Да.

М.: Да? И как часто?

Г.: Ну, я этим занималась каждый день. Иногда я...

М.: Каждый день!

Г.: Гм. Иногда я этим успевала этим заниматься дважды до ухода на работу – от момента, когда она приходит домой, и до момента, когда я ухожу. Но чаще всего я этим занималась только раз в день.

М.: Не больше 5 минут, я надеюсь?

Г.: Нет, нет.

М.: Мне было бы интересно – ты не могла бы – не могла бы зажечь для меня спичку?

совместную работу.

Ре. Поддерживает новую подсистему и через младшего члена.

Г. реагирует на поддержку терапевта, описывая свою компетентность в выполнении задания терапевта.

Ас. Реагирует, демонстрируя удовлетворение обеими, и обе довольны собой; волна хорошего настроения (подражание).

Ре. Использует симптом, чтобы его минимизировать. При помощи задания он истолковывал поджигательство как результат дисфункционального СВ, в котором РЗР Моррис прерывает взаимодействия между Г. и Манди, что приводит к травле. Теперь он вводит разыгрывание поджигательства в контекст новой подсистемы Г. – Манди. Успех в выполнении задания поддерживает положительную связь между членами подсистемы.

Ре. Поддерживает новую семейную структуру уменьшая дистанцию между Г. и Манди, превращая Г. в помощницу.

СВ – стандарт взаимодействия (повторяющееся взаимодействие устанавливают СВ, а СВ определяют, кому и как вступать во взаимодействие)

Манди: Сейчас?

М.: С хорошим огоньком? Вот как тебя мама учила. Хорошо. Так. Делай правильно. Хорошо. Дай посмотреть. Может она справиться? Вы ей поможете, ладно? Не обжигаясь. Хорошо. Почему бы вам не сесть к ней ближе, чтобы вы могли ей помочь. (Г. и М. меняются стульями. Манди зажигает спичку в пепельнице.)

М.: Здорово!

Г.: Не роняй бумагу на пол, иначе что-нибудь загорится.

М.: Гм. Очень хороший огонь. А ты могла бы его погасить – она могла бы?

Г.: Как бы ты сделала, чтобы огонь погас?

Манди: Водой.

М.: Очень хорошо. Понимаешь...

Г.: Вот, и ты – после того, как ты зажгла огонь, ты идешь за водой, или ...?

Манди: Я сначала возьму воду, а потом зажгу огонь.

М.: Это как вечер, на который вы идете. Чтобы начать играть в карты, вам нужен партнер. Вы просто не можете сами по себе. Чтобы погасить огонь, ей нужна вода. Можно я – Моррис, почему бы тебе не принести для нее воды. Ты знаешь, где вода?

Моррис: Гм.

М.: Можно он принесет тебе воды, Манди?

Ас. Поддерживает Г. в роли «центрального пульта переключения».

Ре. Начинает руководить Манди, но останавливается и дает Г. взять функцию руководства на себя.

Г. подражает модели терапевта.

Г. сама облегчает исследовательское поведение Манди.

Ре. Вводит тему, в которой мать действует отдельно от детей, как взрослый человек. Это роняет в почву семена, которые прорастут позже.

Ас. Поддерживает структуру семьи, используя Морриса как помощника.

Ре. Чувствуя, что Моррис нуждается в поддержке, идет с ним за водой. Он принимает помощь Морриса и удерживает Г.

Манди: Угу.

М.: Ладно. (Моррису) Я тебе покажу, где вода. Проведу тебя. (Г.) Вы можете ей помочь сообразить, что делать с пеплом. Может быть, она должна посмотреть, не горит ли что-нибудь, знаете. (Уходит с Моррисом)

Г.: Ты должна посмотреть, не горит ли что-нибудь. Как бы ты это сделала? (Позже)

Г.: Я никому из них не доверяю спички. Я не -

М.: Но она (показывает на Манди) уже лучше ...

Г.: Да.

М.: Намного лучше. Вы с ней свою задачу выполнили.

Г.: Я никогда не видела, чтобы у Джойс – но если бы у нее они были и она бы их зажигала я не думаю, что она делала бы это правильно.

М.: Ну, а почему бы нам прямо здесь не попробовать, вот с этой бумажкой. Давай, Джойс.

Г.: Джойс.

Д.: Гм?

Г.: Давай мы посмотрим, как ты зажигаешь огонь.

М.: Она должна быть учительницей. Манди должна быть учительницей.

Г.: Ты должная ей показать, что надо делать.

М.: Эй, Манди. Ты должна ей показать, что надо делать, мама сказала. Ну покажи ей – объясните ей, что она должна ей так все показать, чтобы Джойс не обжигалась. Идет?

занятой Манди. В то же время разыгрывание выполнения задания продолжает поддерживать подсистему Г. – Манди.

Г. облегчает исследовательские действия Манди. В отсутствие терапевта она имитирует данную им модель.

Ре. Поддерживает дифференциацию членов семьи. Он выделяет Манди в высказывании, объединяющем всех детей в одной категории.

Ре. Усиливает предыдущее высказывание, связывая поведение Манди с действиями Г. направляя таким образом Г. на поддержку компетентной индивидуализации Манди.

Г. объединяется с терапевтом в исследовании поведения Джойс. Кроме того, она описывает Джойс как некомпетентную девочку.

Ре. Дает задание зажечь огонь, подобное предыдущему, но с измененным составом: язык неумения перешел с Манди на Джойс. Теперь Джойс будет учиться, а Г. и Манди – учить. Это задание делает из Манди-ученицы учительницу, усиливает близость между Г. и Манди и увеличивает власть Манди в подсистеме сиблингов.

В этот момент мать и терапевт образуют рабочий коллектив.

Ре. Поддерживает Манди в ее новом положении, используя все тот же язык помощи и заботы.

Г. расширяет использованную терапевтом тему. Она назначает Манди на пост учительницы, как терапевт назначал ее. Это

Г.: Покажи ей все так – слушай меня. Ты знаешь, как я тебе показала, как не обжечься. И я тебе объяснила. Понятно? Можешь объяснить Джойс, как я объяснила тебе?

Манди: (обращаясь в Г.) Надо...

Г.: Говори ей.

Манди: Я не знаю как.

М.: Мама тебе поможет.

Г.: Ты – она достает спички – так? Что она с ними делает?

Манди: Потом надо набрать воды. И поставить воду на стол в стакане. И чиркнуть спичкой, дать ей погореть на бумаге или на чем-нибудь.

Г.: Хорошо, а зачем брать воду?

Манди: Чтобы, если спичка что-нибудь зажжет, вылить стакан...

Г.: Ты берешь воду и выливаешь ее. Все правильно. Да, кстати, о спичке, когда ты чиркаешь спичкой, как ты это делаешь?

Манди: Надо оторвать спичку, потом закрыть книжечку, перевернуть ее и зажечь спичку.

М.: Может, она может показать – может, Джойс сумеет все сделать так же.

Г.: Джойс, ты знаешь, что она тебе говорит сделать? Что она сказала: надо сделать? (Д. говорит слишком тихо) Да, у тебя есть вода. (Д. снова бормочет)

М.: Давай, Манди, покажи ей. Простите, я вас перебил.

Манди: Надо взять бумагу и положить ее на верх, чтобы она не зажгла стол.

изменяет структуру, в которой помощником был только Моррис.

Г. обходит саму себя как «пульт переключения». Ее вмешательство снова разительно похоже на предшествовавшие вмешательства терапевта. Она заставляет Манди разыграть диалог с Джойс. Взяв власть, Г. временно передает ее своему представителю.

Г. и Манди имитируют диадку мать – терапевт. В то время как терапевт отдалается Манди пользуется более длинными предложениями. Она учит очень понятно.

Ас. Руководит Манди, но обращает внимание на это, чтобы подчеркнуть учитель-

М.: Можно я положу сюда бумагу, а ты ее зажжешь? Вы покажите Манди. Простите. Вот. Вот бумага. Вот спички. Готово. Давай, помоги ей. Ладно? Как мама говорила. Помоги ей зажечь. И следи за ее пальцами, потому что она не слишком хорошо умеет с ними обращаться. Покажи ей, как это правильно делать.

Г.: А когда она уже чиркнула спичкой, как она должна ее держать?

Манди: Вот, вверх.

Г.: Вверх как?

Манди: Вот так.

Г.: От себя.

Манди: Держи ее вот так.

Г.: Правильно. Подойди сюда, к пепельнице, и зажги вот эту спичку. Покажи ей.

Моррис: Не надо чиркать спичкой, если ты ее держишь в ладони. (Моррис пытается помочь Д., показывая ей, как зажечь спичку)

М.: Моррис, ты безработный, Моррис. Моррис, иди сюда. Этот парень столько для вас делает.

Г.: Правильно.

М.: Отдохни. У тебя сейчас отпуск. Идет? (Сажает Морриса на стул рядом с собой)

Г.: Вернись туда.

М.: Иди сюда, чтобы они могли это сами сделать. Понимаешь, они должны сами этому научиться. Потому что иногда – ты не можешь все время о них заботиться.

Г.: Ты не знаешь, где чиркнуть? Вот на

скую роль Г., как будто он действует в качестве ее представителя. Под этим прикрытием он снова использует язык заботы.

Ас. Входит в контакт с Моррисом, который сдвинут со своего центрального положения и поэтому нуждается в особой поддержке. Re. Уменьшает дистанцию между собой и Моррисом, используя диаду Монтальво-Моррис для выведения его из диады Г.-Моррис.

Re. Меняет этикетку на своем руководстве изменениями, обозначая их как «дар» Моррису, который раньше был перегружен работой.

Ас. Поддерживает положение Морриса как «помощника» Г., разговаривая с ним как с лицом, разделяющим ответственность. Re. Меняет этикетку: «помощь» состоит в «предоставлении им возможности сделать все самим».

этой стороне.

М.: Она может и у Манди спросить.

Манди: Здесь.

М.: Правильно.

Г.: Что случилось?

Д.: Я не хочу.

Г.: Ты не хочешь.

М.: Осторожно. Не спешите. Она еще – ты еще не уверена? Она еще не совсем уверена, что умеет держать. Может, ты зажжешь одну, Манди, чтобы, она увидела, как надо? Посмотри сначала, как Манди делает. Очень осторожно. Не торопись. (Манди зажигает спичку)

Моррис: Гм.

Г.: Ты не зажгла вторую спичку.

М.: Очень хорошо. Очень хорошо. Манди, Д., может, не должна это делать, пока не совсем готова. Понимаешь, Манди очень много тренировалась. Вы действительно с ней много занимались. И знаете, вы очень много упражнялись. И теперь, когда вы будете учить

Д.: Манди может и смотреть, и учить. Потому что мне кажется, что теперь она хорошо владеет руками. Пальцы действуют просто отлично. Дай-ка посмотреть. Зажгла? Зажги снова. Погаси. Очень лихо. Это очень хорошо. А у вас есть какие-нибудь правила относительно этого? У вас есть какие-нибудь правила относительно спичек в доме? Я не знаю. Вы мне сказали, что будут.

Г.: Да. Я их все убрала, так что они не знают, где они. Если я дома, сигареты могут валяться, но я не оставляю спичек.

М.: Единственное решение. Здорово. Отлично.

Ас. Принимает страхи Д.

Ре. Настаивает на разыгрывании задания и заставляет Манди его завершить.

Ре. Поддерживает новые функции Манди, одновременно защищая Д., объясняя умение Манди ее взаимодействиями с Г. (поддерживает диаду Г.-Манди). Затем психотерапевт расширяет диаду, руководя триадой Г.-Манди-Д. – подсистему женщин, исключаящую Морриса и младенца. Он снова входит в конкретный контакт с Манди, увеличивая близость и телесный контакт между ними, давая матери модель.

Ре. Поддерживает контролирование действительности.

Поджигательство Манди прекращается после первого сеанса. Психотерапевт продолжает контактировать с семьей полтора года, пока мать не переезжает обратно в город, где живет ее семья. Он активно работает вместе со школой над разработкой программы для Манди, чтобы помочь ей стать более компетентной в этом окружении. В школе ее направляют к одной из лучших и самых симпатичных учительниц. Под благожелательным вниманием дома и в школе она расцветает и становится более счастливой и более компетентной.

Когда мать заболевает, несколько сеансов проводится дома. Во время одного из таких визитов психотерапевт обнаруживает, что мать внезапно отправили в больницу и что о детях заботится пожилая соседка. Он находит экономку, чтобы следить за детьми, пока Г. в больнице и на время первого периода ее пребывания дома. Он посылает ей растение, что является символическим посланием, имеющим смысл воспитания и укоренения.

Кроме того, психотерапевт работает над освобождением Морриса от чрезмерных обязанностей РЗР. Но, когда Моррис начинает заводить друзей в группе равных, семья сталкивается с проблемой филаделфийских банд. Вскоре после этого мать переезжает. Каждый год она посылает психотерапевту на Рождество фотографии всех детей. Катамнез через 2 года после начала лечения показывает, что семья до сих пор функционирует нормально.

Этот случай иллюстрирует другие аспекты работы психотерапевта. Хотя изменения внутри семьи и могут быть результативными, но такие изменения не могут быть достигнуты изолированно от обстоятельств жизни семьи, если они должны быть долговременными. Работа с семьей в ее окружении существенна до произведения модификаций и обеспечения длительности их сохранения.

Заключение. В 1969 г. в СССР появились первые научные публикации о семейной психотерапии В.К. Мягер, А.И. Захарова, автора этих строк, В.М. Воловика, Т.М. Мишиной и многих других. Деятельность этих психотерапевтов основывалась на теории «Психологии отношений» В.Н. Мясищева. На каждой сессии психотерапевты организовывали дискуссию, для того чтобы каждый член семьи мог высказаться и быть услышанным.

В 1979 г. появилась "Теория круговой причинности" Марио Андолфи [Andolfi M., 1979]. Семьи стали рассматриваться как живые открытые системы, в которых все элементы связаны прямыми и обратными связями. С этого момента Э.Г. Эйдемиллер, а затем С.А. Кулаков, Н.В. Александрова, С.И. Чаева, С.Ю. Кудрявцева, И.В. Добряков, И.М. Никольская, М.Ю. Городнова, М.Ю. Билецкая, И.А. Колесников, Е.Б. Белова и многие другие стали идентифицировать себя как системных и аналитико-системных семейных психотерапевтов.

Благодарим С. Минухина за те знания, которые мы получили благодаря монографии «Семьи и семейная терапия» и другим работам этого великого мастера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Minuchin S. Families and Family Therapy. Cambridge, mass.: Harvard University, 1974.
2. Andolfi M. Family therapy: An interactional approach. New York: Pleum, 1979.

О. Попова

**ВЛИЯНИЕ МЫШЛЕНИЯ НА ОСОБЕННОСТИ
СЮЖЕТНО-РОЛЕВОЙ ИГРЫ У ДОШКОЛЬНИКОВ
С ПАРЦИАЛЬНОЙ НЕСФОРМИРОВАННОСТЬЮ ВПФ****Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).**

В настоящее время все больше рождается детей, не подходящих под категорию нормы, они имеют те или иные отклонения в своем психофизиологическом и умственном развитии. Большинство из них характеризуются парциальной несформированностью высших психических функций (ВПФ). Парциальная несформированность ВПФ подразумевает наличие выраженной уровневой несформированности одного или нескольких компонентов (составляющих) процессов психической деятельности при достаточной (в соответствии со среднепопуляционными возрастными нормативами-требованиями) сформированности всех остальных компонентов целостной психической деятельности. Дефекты различаются по степени выраженности, обратимости, этиологии и т. д., но в любом случае сказываются на целостном развитии ребенка и на процессе вхождения его в общество, который не проходит без проблем и без специальной помощи грозит различными нарушениями социализации, а порой и асоциальным поведением.

Вхождение в общество, или социализация, начинается с самого рождения ребенка, но наиболее интенсивно этот процесс происходит в дошкольном периоде и связан с развитием сюжетно-ролевой игры. Сюжетно-ролевая игра – ведущая деятельность дошкольного возраста. В этом периоде она становится основным инструментом познания для ребенка, его подлинной школой жизни, когда ребенок берет на себя роль взрослого и выполняет ее в созданной им самим игровой обстановке [2]. Только через игру ребенок может приблизить к себе недоступный мир взрослых и стать полноценным членом общества. Таким образом, именно игра выступает главным средством первичной социализации ребенка. Сюжетно-ролевая игра способствует лучшей ориентировке в мире взрослых отношений, в ней отрабатываются шаблоны поведения, усваиваются ценности, оттачиваются черты характера, формируются навыки эмпатии, сотрудничества и т. д. Чем более развита игра, чем она разнообразней, тем более гибким становится поведение, более четким видение ситуации и тем успешнее происходит социализация. Отсюда, сюжетно-ролевая игра может стать эффективным средством для абилитации детей с особенностями развития.

Наше исследование было посвящено изучению факторов, влияющих на протекание игры у дошкольников с парциальной несформированностью ВПФ, а именно: изучению влияния сформированности мышления на особенности сюжетно-ролевой игры у дошкольников с задержкой психического развития (ЗПР) смешанного генеза и общим недоразвитием речи (ОНР) 3-4 уровня.

Были выдвинуты две гипотезы:

Гипотеза 1: уровень сформированности наглядно-образного мышления оказывает влияние на уровень развития основных компонентов сюжетно-ролевой игры дошкольников с парциальной несформированностью ВПФ.

Гипотеза 2: уровень сформированности наглядно-действенного мышления влияет на специфику игровых предметных действий дошкольников с парциальной несформированностью ВПФ.

Теоретическим обоснованием данных гипотез послужило сопоставление онтогенетических линий развития мышления и сюжетно-ролевой игры с опорой на учение Д.Б. Эльконина, теорию деятельности А.Н. Леонтьева, учение о функциональных системах П.К. Анохина, представления Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития, а также знакомство с данными других исследователей, изучавших мышление и сюжетно-ролевую игру детей с парциальной несформированностью ВПФ.

С точки зрения деятельностного подхода, высшие психологические функции, в том числе мышление, развиваются в деятельности. П.К. Анохин, говоря о принципе опережающего развития, указывает на то, что происходит опережающая закладка и развитие тех частей функциональной нервной системы, которые окажутся наиболее важными для решения адаптационных задач в ближайшее время [1]. Это положение перекликается с представлением Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития [6]. В эту зону попадает та деятельность, осуществление которой ребенку не доступно самостоятельно, но возможно при помощи взрослых. Возможность осуществления этой деятельности совместно с взрослым указывает на то, что средства для ее выполнения уже есть, но ребенок ими еще достаточно не овладел.

Если рассматривать игру и мышление в контексте одной функциональной системы, а мышление тем средством, с помощью которого осуществляется игровая деятельность, то достижение определенного минимального уровня развития мышления будет той частью функциональной системы, возникновение которой происходит с опережением. Главной целью этой функциональной системы, мотивом, в соответствии с которым она действует, будет, по Д.Б. Эльконину, мотив стать взрослым. На каждом этапе развития этой системы меняются конкретные мотивы: *кормить* ложкой – кормить ложкой куклу – кормить *как мама*. Но для возникновения каждого нового мотива необходим определенный минимальный уровень развития мышления, который позволил бы увидеть, выделить этот мотив. В данном случае определенный уровень способности к символизации, абстрагированию, выделению главного.

Сопоставляя онтогенетические линии развития мышления и игры и рассматривая их как деятельности, мы можем увидеть, что мотив этих деятельностей имеет одну направленность, смены этапов совпадают. Так, возникновение простейшей игры соотносится с появлением наглядно-образного мышления, а игры с правилами – с развитием абстрактно-логического мышления. Таким образом, мышление развивается в деятельности, но оно же обеспечивает ее протекание и делает возможным переход деятельности на новый уровень.

Изучение особенностей мышления дошкольников с ОНР и с ЗПР показывает определенное своеобразие этого феномена у детей каждой группы, а также более низкий его уровень по сравнению с детьми с нормальным психологическим развитием.

Изучение особенностей сюжетно-ролевой игры у детей с парциальной несформированностью ВПФ [12, 13, 16] показало, что игровая деятельность этих детей отличается своей поверхностностью, слабостью разнообразия, проблемами сотрудничества между детьми и в целом стоит на более низком уровне развития по сравнению с игрой их нормально развивающихся сверстников. Зная,

какую роль для психического развития и процесса социализации выполняет игра, можно предположить, что это способно отразиться на недостаточной развитости ценностной сферы, сферы эмоций, способности понимать других и сотрудничать, легко ориентироваться в ситуации и т. д.

В нашем исследовании участвовали воспитанники детского сада № 763 г. Москвы средних групп (возраст 5 лет). Из них 20 человек с ЗПР смешанного генеза: 8 девочек и 12 мальчиков. А также 20 человек с ОНР (3-4 уровень): 9 девочек и 11 мальчиков.

Для проверки гипотез был разработан план проведения исследования, состоящий из 3-х этапов:

1. Констатация наличного уровня развития, специфики сюжетно-ролевой игры и невербального мышления у дошкольников с ЗПР и ОНР.

2. Изменение уровня развития каждого из видов невербального мышления у детей названных групп с помощью методов коррекционного воздействия. Для этого все испытуемые были разделены на 3 группы. При этом с первой группой проводилась коррекция наглядно-образного мышления, со второй – коррекция наглядно-образного мышления, и третья группа выступала в качестве контрольной.

3. Повторное исследование уровня развития, специфики сюжетно-ролевой игры и невербального мышления у дошкольников с ЗПР и ОНР.

В исследовании применялись следующие *методы*: метод теста с включением элементов обучающего эксперимента, метод наблюдения и методы статистической обработки результатов.

Были выбраны следующие *методики*:

Для исследования уровня развития и специфики сюжетно-ролевой игры использовалась модифицированная методика наблюдения за игрой Г.А. Урунтаевой, Ю.А. Афонькиной [18].

Для определения специфики и уровня развития форм невербального мышления применялся модифицированный тест Векслера (детский вариант).

Частично была изменена процедура проведения эксперимента: добавлены элементы обучающего эксперимента, в ряде субтестов отсутствовал лимит времени. По нашему мнению, все это способствовало качественному изучению мышления.

При этом для исследования *наглядно-действенного мышления* были выбраны следующие субтесты:

а) субтест складывание фигур теста Векслера (детский вариант), модифицированный (добавлены 2 первые картинки из субтеста «Последовательные картинки»);

б) субтест вставки Равена (детский вариант), им был заменен субтест кубики Кооса теста Векслера (детский вариант);

с) субтест кодирование-шифровка (используется только шифровка А.

Для исследования *наглядно-образного мышления* выбраны субтесты:

а) субтест последовательные картинки теста Векслера (детский вариант), модифицированный (используются картинки Радлова, в задание включен рассказ по картинкам);

б) субтест недостающие детали теста Векслера (детский вариант).

Методы статистической обработки включали использование непараметрического критерия ранговой корреляции Спирмена, а также непараметрического критерия Розенбаума.

По результатам 1-й части эксперимента были условно выделены 3 уровня игры (низкий, средний, высокий), каждому из которых соответствовал определенный уровень развития наглядно-образного мышления. Также было обнаружено, что развитие наглядно-действенного мышления соотносится с разнообразием, развернутостью и продолжительностью игровых предметных действий, но в пределах каждого отдельного уровня развития сюжетно-ролевой игры.

После этапа коррекционных занятий и проведения второго исследования был замечен прогресс как в развитии мышления, так и в развитии игры у всех испытуемых. Однако лишь у группы детей, с которыми проводилась специальная коррекция наглядно-действенного мышления, разница в уровнях развития игры до и после эксперимента была значимой. Также лишь та группа детей, с которой проводилась специальная коррекция наглядно-действенного мышления, показала значимый результат в развитии предметных игровых действий.

Таким образом, первая гипотеза (уровень сформированности наглядно-образного мышления оказывает влияние на уровень развития основных компонентов сюжетно-ролевой игры дошкольников с парциальной несформированностью ВПФ) подтвердилась.

Вторая гипотеза (уровень сформированности наглядно-действенного мышления влияет на специфику игровых предметных действий дошкольников с парциальной несформированностью ВПФ) подтвердилась частично, т.к. не было возможности проверить ее на низком уровне игры из-за недостаточного количества испытуемых.

Были уточнены роли каждого вида мышления в сюжетно-ролевой игре. Так, роль наглядно-образного мышления является смыслообразующей. Оно участвует в развитии таких сторон игры, как разработка замысла, соотнесение его с результатом, соблюдение правил игры, качество выполнения роли, устойчивость и сложность сюжета, богатство содержания, использование предметов-заместителей, обобщенных игровых действий, способность к сотрудничеству с другими детьми и разрешению конфликтов в игре.

Роль наглядно-действенного мышления касается процессуальных моментов выполнения игры и отражается на использовании игровых предметов. Как показали наблюдения, его недостатки могут в определенной степени компенсироваться в игре развитием наглядно-образного мышления. Так, слабая развитость игровых предметных действий может компенсироваться развернутостью ролевых диалогов, богатством сюжета, игрой воображения. Однако развитость наглядно-действенного мышления во многом обогащает игру, и у детей, находящихся на высокой ступени развития игры, как правило, и наглядно-действенное мышление развито достаточно высоко.

Таким образом, мы можем увидеть, что коррекция мышления имеет благотворное влияние на игру и может ускорить ее развитие. Корректируя мышление, мы совершенствуем средства игровой деятельности, тем самым обеспечивая потенциальную возможность лучшего формирования игры. Важно отметить, что формирование игры может происходить и без специальной коррекции мышления, при направленном формировании игры само мышление развивается. Кроме того, развитие мышления оказывает влияние лишь на сформированность игры, это инструмент для игры. Чем более совершенен инструмент, тем больше возможностей для его использования и тем он эффективнее, но что именно будет воспринято из мира взрослых, какие сюжеты будут обыгрываться, какие качества будут присвоены ребенком, чему научат, зависит от содержания игры, а

не от умения играть. Можем сказать лишь, что социализация пойдет более эффективно, но по какому пути она пойдет, – зависит не от мышления.

Для успешной социализации детей с парциальной несформированностью ВПФ необходимо специально формировать и развивать сюжетно-ролевую игру. Однако учет роли в ней каждого вида мышления с параллельной коррекцией мышления сделает работу более эффективной и целенаправленной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста. Учебное пособие / под ред. Л.С. Цветковой. - М., 2001. - 43 с.
2. Арсентьева В.П. Игра - ведущий вид деятельности в дошкольном детстве. - М.: Форум, 2009. - 144 с.
3. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. - СПб.: Питер, 2009.
3. Власова Т.А., Лебединская К.С. Актуальные проблемы клинического изучения задержки психического развития у детей //Дефектология, 1975. - 143с.
4. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. - М.: Просвещение, 1985.
5. Выготский Л.С. Игра и ее роль в психическом развитии ребенка //Вопросы психологии.—1966.—№ 6.
6. Кулагина И. Ю., Возрастная психология. Развитие человека от рождения до поздней зрелости. - М.: Сфера: Юрайт, 2001.
7. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. - М., 1984 г. - 64 с.
8. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. - М.: Академия: Смысл, 2005
9. Лубовский В.И. Высшая нервная деятельность и психические особенности детей с задержкой психического развития // Дефектология. - 1972. - № 4.
10. Лубовский В.И. Обучение детей с задержкой психического развития. - Смоленск, 1994.
11. Маркевич И.А. Формирование общения у детей дошкольного возраста с проблемами в интеллектуальном развитии. Дип. раб. - СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2001. - 55 с.
12. Менджерицкая Д.В. Воспитателю о детской игре. - М.: Просвещение, 1982.
13. Никишина, В.Б. Практическая психология в работе с детьми с ЗПР. - М.: Сфера, 2003. - 253 с.
14. Рудик П.А. Игры детей и их педагогическое значение. - М., 1988.
15. Смирнова Е.О., Рябкова И.А. Структура и варианты сюжетной игры дошкольника // Психологическая наука и образование. – 2010, № 3.
16. Слепович, Е.С. Формирование речи у дошкольников с ЗПР. - Минск: Академия Холдинг, 1989.
17. Сорокин В.М. Специальная психология: Учеб. пособие / Под науч. ред. Л.М. Шипицыной. — СПб.: Речь, 2003. — 216 с.
18. Урунтаева, Г. А. Практикум о детской психологии. - М., 1995.
19. Эльконин Д.Б. Психология игры. - М.: Владос, 1999

М.Н.Тетерина, С.В. Якубова
«ВЕКСЛЕР» СЕГОДНЯ (ЗА И ПРОТИВ)

Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков (Москва).

В настоящее время все большее распространение для оценки интеллектуальных способностей получает методика Векслера. Более того, в некоторых учреждениях она входит в реестр обязательных исследований при представлении ребенка на медико-социальную экспертизу. Как известно, каждый метод имеет строго определенные показания и с его помощью можно получить строго ограниченные сведения. «Векслер» не является исключением. Методика разработана американским психологом румынского происхождения, психодиагностом и психиатром Давидом Векслером, который обладал знаниями в области клинической психологии, психологии развития, военной и педагогической психологии. Также он является автором широко известных тестов исследования интеллекта.

Для практикующих специалистов данная методика заманчива: во-первых, она относительно проста в использовании (не требуется специальная психологическая подготовка), и, во-вторых, ее применение позволяет получить количественную оценку «ума» ребенка. Но несмотря на очевидные преимущества данная методика не является универсальной, т. е. она не может быть использована во всех без исключения клинических случаях.

Кстати, как всякий тест, основанный на показателях среднепопуляционной нормы, он нуждается в регулярной пре-верификации. Количественные нормативы в нашей стране не уточнялись с момента адаптации методики, которая была проведена А.Ю. Панасюком в 70-х годах прошлого века [1]. В связи с этим, строго говоря, количественная оценка интеллекта ребенка может быть использована лишь при сравнении с его показателями в динамике, но не для убедительного сравнения с современной популяционной возрастной нормой. Это ограничивает рамки его массового использования.

Методика Векслера подразумевает исследование двух составляющих интеллекта: вербального и невербального. При этом недопустимо исследование одного показателя без исследования другого, поскольку в таком случае методика не является валидной. Дети, имеющие выраженную неврологическую патологию различных отделов анализаторов органов чувств, в силу органических причин не могут справиться в полном объеме с предложенными заданиями. Многие субтесты из методики Векслера требуют выполнения заданий за определенное время, что абсолютно не учитывает особенности психической деятельности ребенка, такие как трудности переключения с одного вида операций на другой, инертности психической процессов, что характерно для психоорганического синдрома.

С другой стороны, детям, имеющим подозрение или же верифицированный диагноз эпилепсии или шизофрении, в структуре которых отмечается неравномерность умственных достижений, применение данного теста может оказаться недостаточно информативным, искаженным, поскольку этот тест не отражает истинную картину интеллектуальных способностей ребенка.

Очень часто за маской интеллектуальной недостаточности обнаруживаются аффективные нарушения, например, депрессия, которая приводит к снижению продуктивности в умственной деятельности. У детей депрессивные со-

стояния проявляются атипично, без присущей депрессии триады признаков, что затрудняют ее диагностику. Следовательно, показатели по методике Векслера заведомо будут снижены.

Независимо от нозологической формы, самые распространенные жалобы в детском возрасте – «плохое» поведение и снижение школьной успеваемости. Таких детей часто направляют на медико-социальную комиссию, в рамках которой проводится исследование по методике Векслера. Неправомерное применение приводит к диагностическим ошибкам, а такая особенность детских психиатрических учреждений, как разработка не только медицинской, но и социальной реабилитации, на основании заключения медико-социальной комиссии кардинально и в худшую сторону может изменить жизнь ребенка: неправильно подобранная программа и форма обучения (вспомогательная школа вместо общеобразовательной, массовое обучение вместо индивидуального), приводит не только к социальной дизадаптации, но и к присоединению вторичных нарушений невротического, аффективного и психопатоподобного круга расстройств.

При всей своей доступности и легкости применения данный метод не учитывает качественную сторону психической деятельности, не определяет первичные и вторичные нарушения психики, не может судить о возможностях формирования знаний, не отражает способность к обучению, не может обнаружить не только структуру измененных, но и оставшихся сохранными форм психической деятельности, которые, в свою очередь, особенно важны в реабилитации, при решении вопросов восстановления психических функций.

Однако данная методика эффективна при отграничении легких форм олигофрении от внешне сходных нарушений познавательной деятельности, которые наблюдаются у детей с задержкой темпа психического развития, при этом не осложнены сопутствующей психопатологической симптоматикой, а также для количественной оценки степени умственного развития. Кстати, показатели IQ включены как составляющая часть в многоосевую диагностику психических расстройств в МКБ-10. Таким образом, можно сделать вывод, что при правильном подходе к использованию методика Векслера приоритетна в вопросах дифференциальной диагностики форм умственной отсталости.

Тест Векслера был создан в 1949 г. и включает 11 субтестов, в том числе и такие как «Словарный запас», «Общая осведомленность», «Последовательные картинки», «Недостающие детали». Все перечисленные опираются на знание «привычных» вещей и явлений и не требуют специальных или теоретических знаний. Только вот мир за последние более чем 50 лет существенно изменился, и многие сюжеты картинок или понятия, которые требуется объяснить, перестали быть обыденными, и ребенок не способен их интерпретировать не в силу недостаточности интеллекта, а просто вследствие того, что окружающей его реальности это не свойственно, и вследствие наличия у детей других приоритетов по сравнению с теми, которые были в XX веке. Эти методы нуждаются в доработке.

Любой клинический случай требует индивидуального подхода и комплексного обследования, в котором методика Векслера в зависимости от состояния будет иметь разную степень информативности и значимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Панасюк А.Ю. Адаптированный вариант методики Векслера. – М., 1973.

А.А. Северный, Н.М. Иовчук

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ «МАСКИ» В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

НЦ психического здоровья РАМН, Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Исходя из формулируемого нами понятия психосоматической патологии как симптомокомплексов, включающих функциональные психические и функциональные (во всяком случае, на первых этапах заболевания) вегетосоматические расстройства с преобладанием в клинической картине последних, которые и служат первоначальной диагностической и терапевтической «мишенью» мы допустили в названии смысловую тавтологию, поскольку психосоматические расстройства в нашем понимании априорно предполагают «маскированный» характер психопатологической симптоматики во всяком случае на манифестных этапах психовегетативного диатеза. (Психовегетативный диатез - клинические проявления многофакторной наследственно-конституциональной предрасположенности как к собственно психическим (преимущественно аффективным), так и к функциональным соматовегетативным расстройствам, протекающим в виде фаз и реакций на фоне дизонтогенетических нарушений и онтогенетических кризовых влияний в условиях предрасполагающих семейных и других микросоциальных воздействий, причем регуляторные расстройства, связанные с эмоциональной сферой, могут сочетаться с конституциональными (врожденными) органами аномалиями.) Но эта тавтологичность представляется простительной, поскольку, к примеру, понятие маскированной депрессии, получившее в свое время популярность, давно утратило четкие психопатологические рамки, распространившись на атипичию депрессивных расстройств вообще. В то время как изначально речь шла о депрессивных больных, у которых психическая патология проявляется в значительной степени соматовегетативными расстройствами и которые, обращаясь к врачам-интернистам, на протяжении длительных периодов своей психической болезни не получают адекватную специализированную лечебную и социореабилитационную помощь.

В данном сообщении мы не будем говорить о хорошо известных и многократно описанных маскированных депрессиях у детей и подростков. Хотим лишь заметить, что представление о психосоматической патологии в детско-подростковом возрасте как исключительно маскированной невротической или неврозоподобной депрессивной несколько сужено, что видно из синдромального распределения на обследованном нами контингенте детей с функциональными соматовегетативными расстройствами в общепедиатрическом стационаре.

Таблица 1.

Психопатологические расстройства у детей с функциональной вегетосоматической патологией

СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ	ВСЕГО	% %
Аффективная симптоматика, в т. ч. биполярная	244	53,39
Аффективно-бредовые, в т. ч. с галлюцинациями	37	8,10
Личностные расстройства	66	14,44
Невротические и неврозоподобные	65	14,22
Психоорганические, в т. ч. эпилептиформные	45	9,85
ВСЕГО	457	100,0

Здесь же мы остановимся на значительно менее известных проявлениях психосоматических расстройств – на «маскированной мании» и на обозначаемом нами как соматопсихический синергизм.

Понятие «маскированной мании» возникло по аналогии с определением «маскированных» (соматизированных) депрессий. Однако, с «маскированными маниями», в отличие от «маскированных депрессий», утрата собственно психосоматического смысла понятия произошла уже в момент рождения термина⁴. Описанные в единичных работах во Франции и в нашей стране, они включают, прежде всего, именно атипичные в психопатологическом смысле состояния (гипо)маниакального возбуждения с фасадной неврозоподобной, психопатоподобной симптоматикой и, более того, хронические и острые маниакально-бредовые синдромы. Но существуют «маскированные мании» в истинном смысле этого слова, то есть как синдромальные образования с преобладающей соматовегетативной симптоматикой, скрывающей психопатологическую основу, являясь причиной ошибочной диагностики соматических заболеваний и ответствующего лечения.

Мы наблюдали больных в возрасте от 6 до 19 лет, у которых на различных этапах эндогенного процесса (шизоаффективного или циклоидного) возникали очерченные периоды соматовегетативных нарушений, приводивших к соответствующим обследованиям и лечению. Эти состояния были следующими: булимия и полидипсия, диагностированные поначалу как дебют сахарного диабета; булимия с выраженным ожирением, диагностированным как пубертатный диспитуитаризм и соответственно леченным; стойкая артериальная гипертензия, не поддающаяся коррекции гипотензивными средствами, но проходящая через определенный срок самостоятельно; приступы пароксизмальной тахикардии при отсутствии признаков органического поражения сердца; стойкая бессонница на протяжении 2-3 недель, спонтанно возникающая и спонтанно проходящая; боли в позвоночнике, расцененные как проявление остеохондроза, проявления атопического дерматита с периодическими сезонными обострениями и др.

Первоначальные клинические проявления гипоманиакального аффекта выражались преимущественно повышенной активностью, порой с расторможенным и агрессивным поведением, а также в повышении умственной работоспособности. Во время первых соматовегетативных эпизодов собственно симптомы гипомании практически не проявлялись. Заподозрить и диагностировать гипоманиакальное состояние позволяли лишь динамическое наблюдение и сопоставление с течением заболевания в целом, а именно: периодичность этих эпизодов, возникновение их в интервалах между депрессивными или смешанными аффективными приступами или (в одном случае) в затяжном инициальном периоде развернутого маниакального приступа с атипичной психопатоподобной картиной. В последующих эпизодах, протекавших с типичной соматовегетативной симптоматикой, психопатологические признаки гипомании проявлялись уже более отчетливо, не оставляя сомнений в истинном характере болезненного состояния. Следует заметить, что подобная динамика свойственна и периодически протекающим маскированным депрессиям.

Таким образом, наш опыт показывает, что маскированные гипомании яв-

⁴ Bonnet H. Les formes atypiques d'excitation psychique ou d'excitations cachées // Sem Hop 1978 Dec 18-25; 54(45-46):1475-80.

ляются клинической реальностью, их проявления могут быть, очевидно, столь же разнообразными, как и маскированных депрессий, но их выявление более затруднено вследствие редкой обращаемости такого рода больных к врачам, поскольку физическое самочувствие этих больных, в отличие от депрессивных, часто бывает достаточно комфортным и даже повышенно благополучным, хотя в некоторых вариантах высокая активность может обращаться именно на болезненные ощущения или на реально существующих дефект (как у одной из наших больных - тугоухость), не представляющий вне фазы сколько-нибудь значимый для больного фактор, формируя в гипомании характер сверхценной ипохондрии с соответствующим поведением («гипоманиакальная» ипохондрия К. Schwarz [1929] «возбужденная» ипохондрия К. Kleist [1947], «эйфорическая» ипохондрия К. Leonhard [1957]⁵). Правомерно предположение, что в ряде подобных наблюдений речь может идти о «маскированных» смешанных состояниях.

Далее мы остановимся на соматопсихическом синергизме - варианте взаимообусловленного, по всей вероятности, сочетания определенного психопатологического, а именно субдепрессивного, состояния с воспалительными заболеваниями неспецифической инфекционной природы. Знание о явлении соматопсихического синергизма может оказаться важным как с теоретической, так и, в первую очередь, с практической точки зрения для врачей общесоматического профиля — терапевтов, отоларингологов, пульмонологов и т. п.

Особенностью психопатологического компонента соматопсихического синергизма в данном варианте является определенный уровень субдепрессивного состояния и его определенная структура: практически всегда это стертая, слабо выраженная субдепрессия с преобладанием адинамии, анергии, общего снижения активности при незначительной выраженности собственно аффективного компонента (сниженного настроения как такового), при отсутствии или эпизодичности и рудиментарности аффекта тревоги. Обычно преобладают настроение безразличия, утрата интересов, желаний с быстрой утомляемостью, нередко с раздражительностью. На фоне этого основного симптомокомплекса на передний план могут выходить либо нарушения интеллектуальной деятельности, либо расстройства сна в виде его уменьшения или, наоборот, необычно повышенной сонливости, либо разнообразные патологические ощущения (цефалгии, кардиалгии) и др.

Что касается соматического компонента описываемого варианта соматопсихического синергизма, то это практически всегда неспецифическая инфекция, аденовирусная или кокковая: ринит, ларингит, трахеит, бронхит, гайморит, фурункулёз, отит, рожистое воспаление, пульпит, тонзиллит. При затяжном и часто рецидивирующем течении у ряда наших больных эти в общем нетяжелые заболевания приводили к серьезным осложнениям — пневмонии, пиелонефриту, тонзиллокардиальному синдрому и др.

Аффективные расстройства часто либо вообще просматриваются, либо квалифицируются интернистами, в том числе невропатологами, как соматически обусловленные, несмотря на то, что в подобных случаях соматическое (инфекционное) заболевание возникает вслед за психическим расстройством и исчезает лишь при улучшении психического состояния, а не наоборот, как это бы-

⁵ цит. Чудаков В.М. Гипертимические ипохондрии (типологическая дифференциация, предпосылки развития, терапия). Автореф. дисс...канд. мед. наук. — М., 1994. — 21 с.

вает при соматогенных психических нарушениях. При этом также не учитывается, что «астенические» жалобы, предъявляемые такими больными, по выраженности, разнообразию и необычности не соответствуют банальным, легко протекающим инфекциям, как и наступающая глубокая социальная дезадаптация.

То, что речь идет не о простом совпадении двух заболеваний во времени, показывает анализ их течения. Соматическая патология протекает с типичной клиникой, но отличается или необычной частотой рецидивирования, или необычно затяжным характером, плохо поддается традиционному противовоспалительному лечению либо излечивается лишь на короткое время. Необходимо отметить несвойственность ранее для больного такого рода реагирования на инфекцию. Эти инфекционные заболевания зависят только от динамики психического состояния, возникая спустя некоторое время от начала субдепрессии и прекращаясь с ее окончанием. Более того, течение соматического заболевания связано не только с возникновением или прекращением субдепрессии, но и с ее видоизменением по глубине и структуре, что отчетливо видно в ряде наблюдений, в именно: при усилении депрессивного состояния с появлением тоскливого и особенно тревожного аффекта, раптоидных эпизодов, функциональных соматовегетативных нарушений (колебаний артериального давления, нарушений сердечного ритма, дыхания и т. п.) интеркуррентные инфекционные заболевания прекращаются, и наоборот, когда на фоне терапии антидепрессантами выраженная депрессия редуцируется не полностью и приобретает вялодинамический характер, возникает непрерывная цепь аденовирусных инфекций, прекращающаяся лишь с полным разрешением депрессивного приступа.

Очевидно, описанными феноменами не исчерпывается явление соматопсихического синергизма. Мы не исследовали специально хорошо известный феномен резкого учащения заболеваемости неспецифической инфекцией у детей при их помещении в непривычные условия, связанные, в первую очередь, с отрывом от близких. Речь идет, как понятно, прежде всего о помещении ребенка в дошкольное учреждение, когда либо возникает депрессивная реакция, либо провоцируется ранняя эндогенная депрессивная фаза.

И, наконец, гораздо сложнее для клинической трактовки взаимовлияние субдепрессивных и гипоманиакальных состояний с обострениями и ремиссиями хронических соматических инфекционно-аллергических и обменных заболеваний, но и этот вопрос должен быть предметом специального исследования, прежде всего на материале соматических стационаров.

ОСОБАЯ ТЕМА

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ШКОЛЕ

Д.В. Адамчук

**УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ
(ПО МАТЕРИАЛАМ КРОССКУЛЬТУРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
УЧАЩИХСЯ ШКОЛ МОСКВЫ И РИГИ)**

Институт социологии образования РАО (Москва).

Резюме

В статье рассматриваются особенности употребления алкоголя подростками с учетом гендерной специфики и возрастной динамики. Проводится анализ мотивации, обуславливающей употребление подростками спиртных напитков, а также рассмотрение причин отказа от их употребления. Отдельной линией анализа данных исследования выступает кросс-культурное сопоставление отношения к употреблению алкоголя подростков из Москвы и Риги.

Ключевые слова: употребление алкоголя, подростковый возраст, возрастная динамика, гендерная специфика, мотивация употребления спиртных напитков, мотивация отказа от употребления алкоголя.

Статья основана на материалах социологического исследования, которое было проведено в 2010 г. Институтом социологии образования РАО совместно с Рижской академией педагогики и управления образованием (RPIVA) среди учащихся основной и старшей школ Москвы и Риги. В ходе исследования были опрошены 993 учащихся 9-х и 11-х классов московских общеобразовательных школ, 964 русскоязычных учащихся 9-х и 12-х классов русских школ Риги и 975 учащихся 9-х и 12-х классов латышских школ.

В статье, мы, во-первых, рассмотрим приобщенность подростков к употреблению алкоголя с учетом возрастной динамики и гендерной специфики, обращаясь при этом к обзору основных международных исследований, посвященных данной проблематике. Во-вторых, проанализируем структуру потребления алкоголя школьниками Москвы и Риги. В-третьих, обратимся к анализу мотивации, обуславливающей употребление подростками спиртных напитков, а также к рассмотрению причин отказа от их употребления. Таким образом, мы предпримем попытку охарактеризовать возрастную динамику и гендерную специфику отношения к употреблению алкоголя с учетом социокультурных различий между московскими школьниками, учащимися русских национальных и обычных общеобразовательных школ Риги.

Употребление алкоголя в России и Латвии. На сегодняшний день употребление алкоголя является одной из наиболее острых социальных проблем в России. Формально государственную политику в отношении алкоголя можно называть новой (или скорее очередной) антиалкогольной кампанией. К основным ее направлениям можно причислить законодательные акты, регламентирующие рекламу алкогольной продукции и производство различных спиртосодержащих жидкостей, контроль за распространением алкогольной продукции в розничных сетях, а также учреждение Федеральной службы по регулированию алкогольного рынка и одобрение правительством основного программного до-

кумента — Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ [6].

Вместе с тем медико-социальные проблемы, связанные с употреблением алкоголя, характерны не только для России, но являются общеевропейскими. Так, по оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), уровень потребления алкоголя на душу населения в Европейском регионе ВОЗ вдвое превышает среднемировой [7], а связанные с алкоголем заболевания являются одним из главных факторов риска среди молодых людей. В связи со сложившейся ситуацией в 1995 г. на международной конференции стран-членов ВОЗ, которыми, в частности, являются и Россия, и Латвия, был принят основной программный документ — Европейская хартия по алкоголю [4], на основе которого разрабатываются и реализуются общеевропейские и региональные программы по снижению влияния алкоголя на здоровье.

Следует отметить, что приобщение к употреблению алкоголя в подростковом возрасте является темой, которой традиционно уделяется особое внимание, поскольку подростковая алкоголизация в несколько раз увеличивает риск развития алкогольной зависимости в более старшем возрасте [5]. Так, например, в 2001 г. на уровне министров здравоохранения стран-участников Европейского региона ВОЗ была принята Декларация «Молодежь и алкоголь», в которой изложены руководящие принципы и цели укрепления и охраны здоровья, направленные на защиту детей и молодежи от принуждений к употреблению алкоголя и на снижение ущерба, прямо или косвенно причиняемого им [3].

В этой связи обратимся к материалам международных исследований, посвященных этой проблеме. В первую очередь рассмотрим данные о структуре потребления алкоголя в России и Латвии из сводного европейского отчета ВОЗ об алкоголе и его влиянии на здоровье.

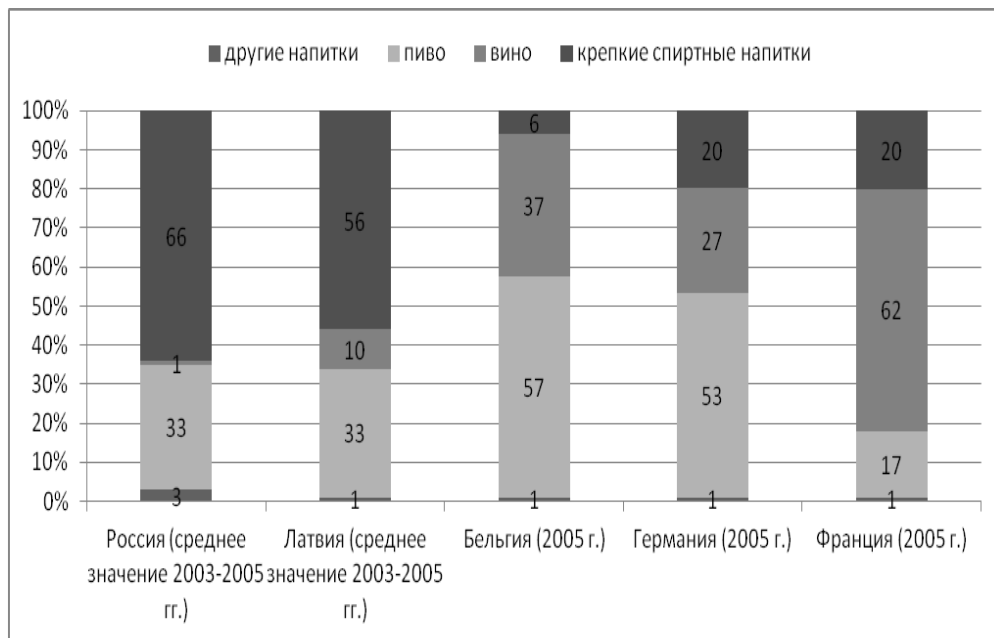


Рисунок 1. Структура потребления алкогольных напитков в России, Латвии и других странах ЕС (среднее значение за период с 2003 по 2005 гг., %)

Как видно из приведенных на рисунке данных, по структуре потребления алкоголя Россия и Латвия довольно похожи [12]. Исключение составляет лишь незначительная по сравнению с Латвией доля потребления вина российскими потребителями, которому они предпочитают крепкие спиртные напитки. При этом Россия и Латвия более схожи друг с другом, чем с другими европейскими странами. Так, например, в Германии и Бельгии, которые имеют исторические традиции пивоварения, основу структуры алкопотребления составляет пиво, а во Франции — вино. Вероятно, что обнаружившееся сходство между Россией и Латвией объясняется не столько общностью характера производства различных видов алкоголя, сколько тем, что в недалеком прошлом наши страны являлись единым культурным и социально-экономическим пространством. Кроме того, в Латвии также широко представлена российская диаспора, составляющая фактически треть населения.

Несмотря на сходство структуры потребления алкогольных напитков, в потребляемых объемах алкоголя между Россией и Латвией обнаруживаются существенные различия. Так, по средним данным за 2003–2005 гг., потребление алкоголя на душу населения в пересчете на абсолютный алкоголь в России составило 15,7 л, а в Латвии — 12,5 л при общеевропейском уровне потребления в 12,2 л абсолютного алкоголя на душу населения [12]. Таким образом, объемы потребления алкоголя в России заметно выше. Существуют и другие не менее масштабные и авторитетные системы мониторинга потребления алкоголя, где особое внимание уделяется подросткам, например, Европейский исследовательский проект употребления школьниками алкоголя и наркотиков (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs — ESPAD), в рамках которого проводятся мониторинговые опросы каждые четыре года в странах европейского региона среди учащихся 15–16 лет. Материалы среза ESPAD-2007 [13] показали, что за предшествующие процедуре опроса 30 дней в России употребляли алкоголь (вне зависимости от крепости напитка) 52% подростков, а в Латвии — 65%. При этом за основу взяты данные ESPAD о количестве подростков, не употреблявших алкоголь в последние 30 дней. Вместе с тем интересно рассмотреть и данные о том, насколько среди подростков распространено употребление алкогольных напитков различного вида (см. рис. 2).

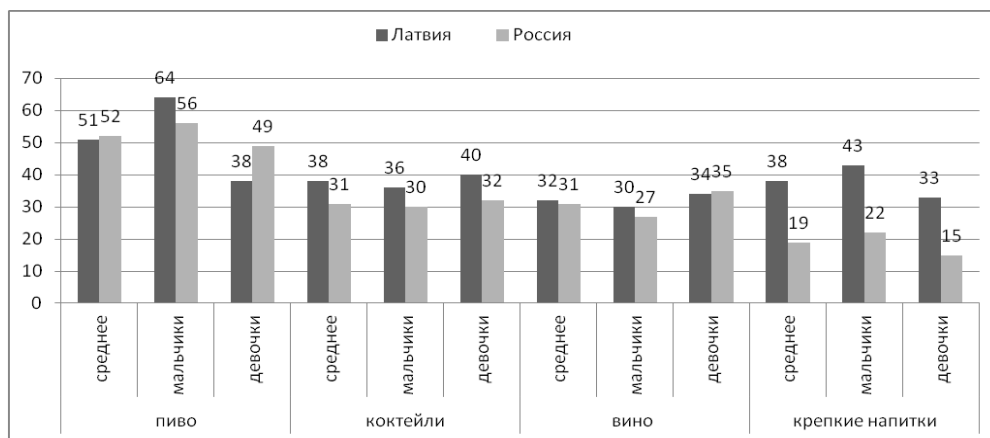


Рисунок 2. Данные ESPAD-2007 о количестве подростков 15–16 лет, употреблявших алкогольные напитки различного типа в течение 30 дней, предшествующих опросу.

вующих опросу (%).

Представленные данные свидетельствуют о том, что среди подростков 15–16 лет, проживающих в Латвии, доля потребителей алкогольных напитков несколько выше, чем среди российских подростков. В то же время эти показатели позволяют обнаружить существенные гендерные различия в их предпочтениях. Так, например, среди мальчиков популярны пиво и крепкие спиртные напитки, а среди девочек — коктейли и вино.

Помимо этого, приведем данные и другого, не менее авторитетного международного исследования — «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (Health Behaviour in School-aged Children study — HBSC) [11], которое было проведено по инициативе ВОЗ в 2005–2006 гг. и охватывало школьников 11–15 лет из 41 страны, в числе которых были и интересующие нас Россия и Латвия. В ходе исследования, в частности, выявлялся процент школьников, как минимум один раз в неделю употребляющих различные спиртные напитки (см. рис. 3).

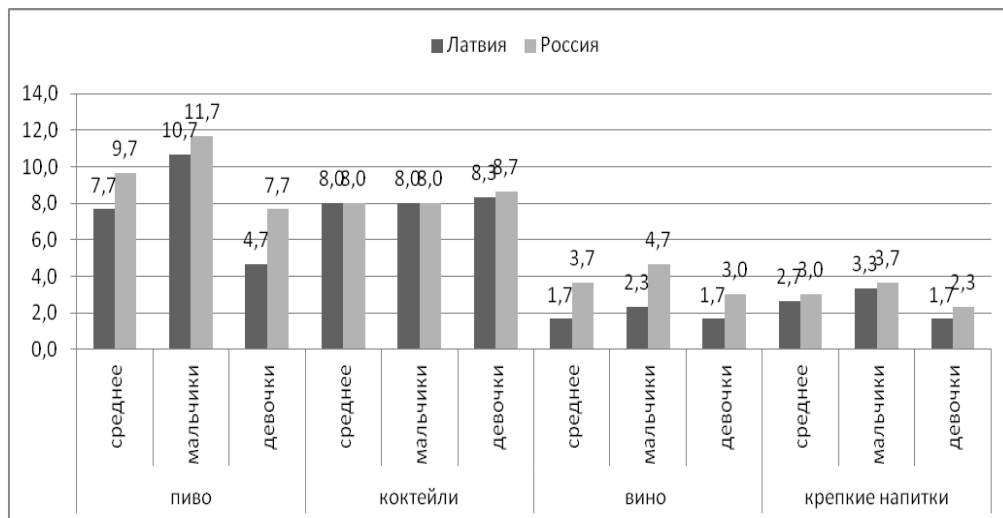


Рисунок 3. Данные HBSC—2005/06 о количестве подростков 11–15 лет, употребляющих алкогольные напитки различного типа как минимум один раз в неделю (%).

Представленные исследования (HBSC и ESPAD) несколько расходятся в оценке приобщенности подростков из России и Латвии к употреблению алкоголя. Так, по данным ESPAD, среди латышей заметно выше доля тех, кто употребляет алкоголь, а данные HBSC, наоборот, свидетельствуют о том, что доля употребляющих алкоголь подростков выше среди российских школьников. Эти сведения мы привели исключительно с целью обзора общей ситуации вокруг приобщенности подростков России и Латвии к употреблению алкоголя. Подчеркнем, что наличие исследований подобного рода и тем более масштаба представляет, на наш взгляд, большую ценность несмотря на некоторые методологические проблемы, возникающие при совместимости их данных или корреляции получаемых результатов.

Данные HBSC—2005/06, как и данные ESPAD-2007, помимо оценки общей распространенности, фиксируют и гендерную специфику, которая заключается

в более высокой приобщенности к употреблению алкоголя среди мальчиков. Вместе с тем данные HBSC—2005/06 позволяют проследить и возрастную динамику приобщения подростков к алкоголю (см. рис. 4).

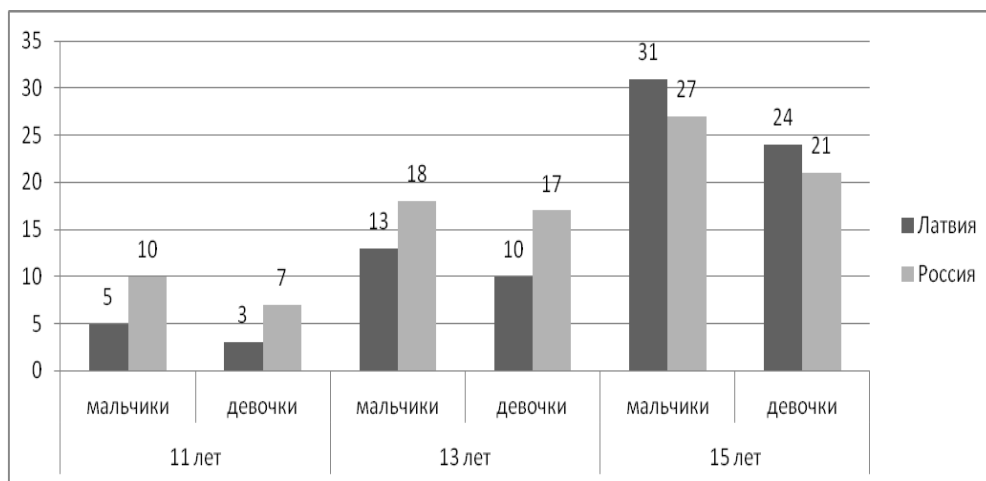


Рисунок 4. Возрастная динамика приобщенности подростков к употреблению алкоголя (по данным опроса HBSC — 2005/06, %).

Как можно видеть из приведенных на рисунке данных, с возрастом доля подростков, употребляющих алкоголь как минимум один раз в неделю, существенно увеличивается. Причем эта тенденция характерна как для мальчиков, так и для девочек и в России, и в Латвии.

Приобщенность подростков к употреблению алкоголя. Обратимся теперь непосредственно к материалам нашего исследования. Данные опроса московских школьников показывают, что на систематическую приобщенность к употреблению алкоголя (раз в неделю и чаще) указывают в среднем не более 10% подростков. Сопоставление данных двух опросов, проведенных нами в 2002 и 2010 гг., позволяет проследить динамику употребления подростками алкоголя (см. рис. 5).

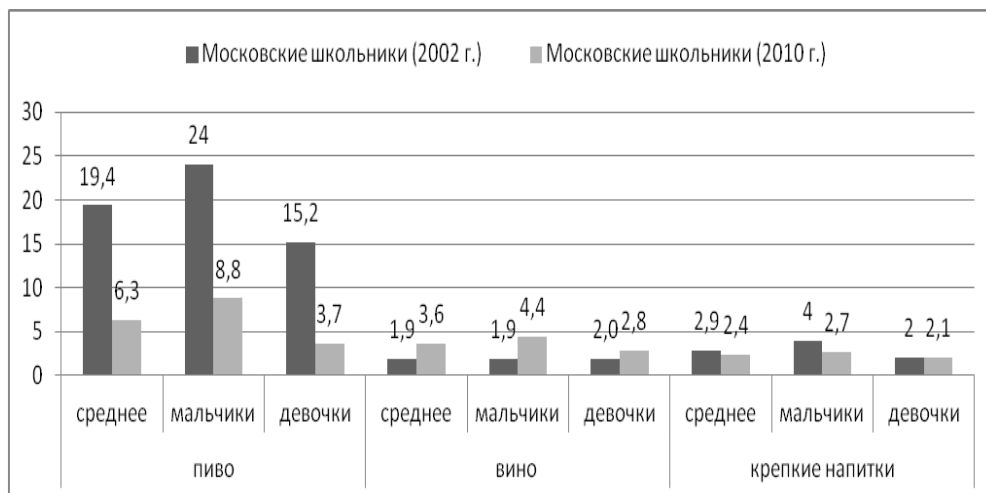


Рисунок 5. Динамика приобщенности подростков к систематическому

(«раз в неделю и чаще») употреблению алкоголя (%).

Представленные данные об употреблении соответствующих видов спиртных напитков «раз в неделю и чаще» фиксируют существенное снижение потребления пива в подростковой среде: в среднем за период с 2002 по 2010 год оно снизилось с 19,4% до 6,3% ($p=.003$). В то же время выборка подростков, употребляющих крепкие спиртные напитки, относительно мала, для того чтобы делать существенные выводы об изменении структуры потребления алкогольных напитков в подростковой среде. В этом отношении более показательными являются данные о доле подростков, которые, по их словам, никогда не употребляют спиртных напитков определенного вида. Отчасти эти данные позволяют сделать вывод о некоторых изменениях, произошедших в структуре потребления алкогольных напитков в подростковой среде (см. рис. 6).

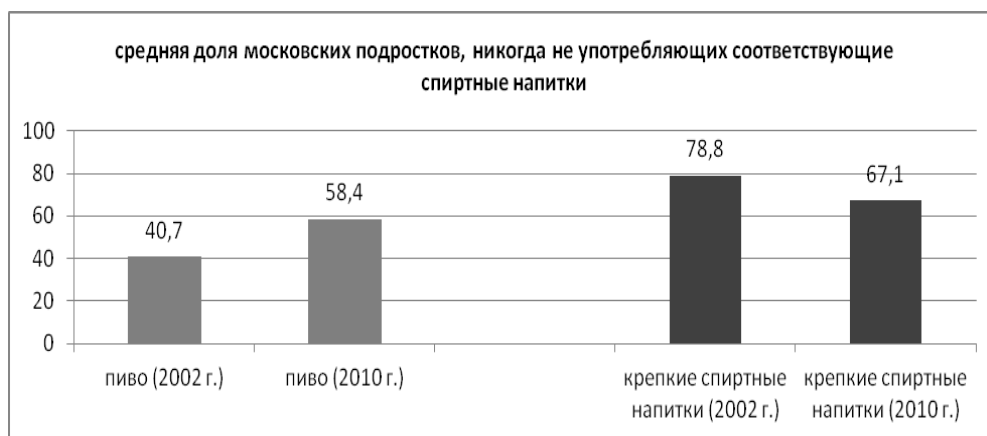


Рисунок 6. Средняя доля московских школьников, которые никогда не употребляют пиво и крепкие спиртные напитки (по материалам опросов 2002 и 2010 гг., %).

Представленные данные свидетельствуют об изменении структуры алкогольного потребления среди московских школьников, которая, с одной стороны, характеризуется сокращением доли подростков, употребляющих пиво, а с другой — ростом числа подростков, употребляющих крепкие спиртные напитки. Таким образом, полученные данные позволяют говорить о том, что пропаганда здорового образа жизни среди подростков на сегодняшний день дает невысокие результаты относительно употребления крепких спиртных напитков, поскольку среди московских школьников доля тех, кто никогда не употребляет крепкий алкоголь, за последние восемь лет заметно сократилась (по материалам опросов 2002 и 2010 гг. различия между ответами школьников статистически значимы на уровне $p=.0001$).

Не менее интересно сопоставить ответы подростков из Москвы и Риги. В этой связи обратимся к рассмотрению средних данных ответов школьников на вопрос об употреблении крепких спиртных напитков, поскольку именно эти данные наиболее отчетливо, на наш взгляд, характеризуют уровень подростковой алкоголизации (см. рисунок 7).

Из приведенного рисунка видно, что московские школьники существенно реже отмечают еженедельное употребление крепких спиртных напитков, чем подростки из Риги. Параллельно с этим представленные данные позволяют от-

метить, что русские школьники Риги заметно реже употребляют крепкие спиртные напитки, чем их латышские сверстники (различия в еженедельном употреблении алкоголя статистически значимы на уровне $p=.01$).

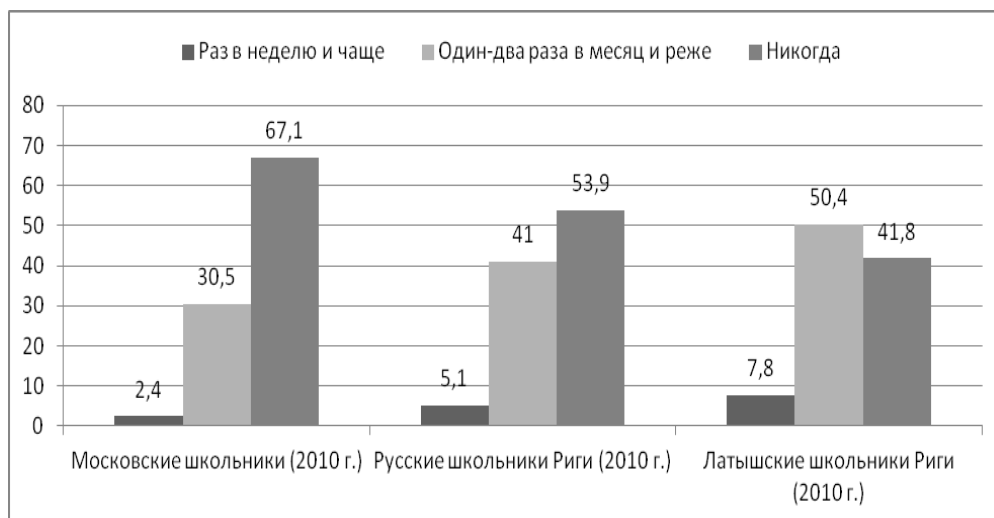


Рисунок 7. Употребление крепких спиртных напитков школьниками Москвы и Риги (%).

Обращаясь к материалам, характеризующим возрастную динамику приобщения подростков к употреблению крепких спиртных напитков, следует отметить ее своеобразие во всех трех группах школьников (см. рис. 8).

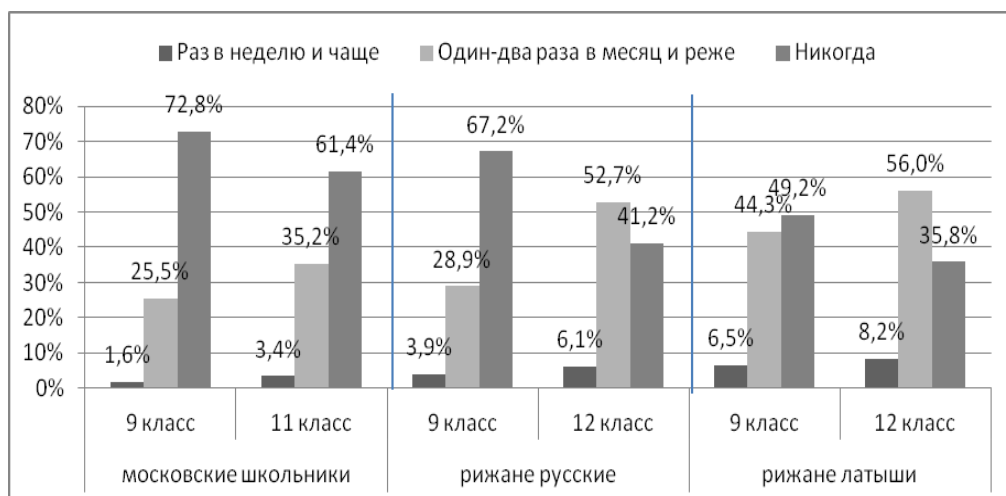


Рисунок 8. Возрастная динамика приобщенности подростков к употреблению крепких спиртных напитков (%).

Представленные данные свидетельствуют о том, что в старшей возрастной группе московских школьников (11–12-й класс) существенно меньше доля тех, кто употребляет крепкие спиртные напитки раз в неделю и чаще, чем среди учащихся выпускных классов латышских школ Риги (3,4% и 8,2% соответственно, $p=.002$). Более того, приведенные данные позволяют судить и о наличии

особой социокультурной специфики в употреблении крепкого алкоголя. Так, среди рижан-латышей уже в 9-м классе значительно ниже доля тех, кто никогда не употребляет крепкий алкоголь, чем среди рижан-русских или их сверстников из Москвы. Таким образом, можно говорить о том, что среди рижан-латышей процесс приобщения к употреблению крепких спиртных напитков, судя по всему, начинается на более ранних возрастных этапах.

Вместе с тем полученные данные дают основания к выводу о наличии гендерной специфики в приобщенности подростков к употреблению крепких спиртных напитков. Так, ответы московских школьников фиксируют, что доля мальчиков систематически (раз в неделю и чаще), употребляющих крепкий алкоголь, от 9-го к 11-му классу увеличивается, несмотря на невысокие процентные показатели, фактически в пять раз (с 1,1% до 5,0%, $p=.03$). В то же время доля девочек, систематически употребляющих крепкие напитки, остается на том же уровне: в 9-м классе — 2,2%, в 11-м классе — 2,0%. Таким образом, можно сделать вывод о том, что систематическое употребление крепкого алкоголя в большей степени характерно именно для субкультуры мальчиков.

Заметно дифференцирует ответы московских школьников и такой фактор, как уровень материальной обеспеченности их семей. Среди подростков, относящих свою семью к низкообеспеченному слою, почти в пять раз выше доля тех, кто систематически (раз в неделю и чаще) употребляет крепкие спиртные напитки, чем среди подростков из высокообеспеченных семей (9,7% и 2,1% соответственно, $p=.01$). Параллельно с этим необходимо обратить внимание и на то, что среди подростков из средне- и высокообеспеченных семей в два раза выше доля тех, кто употребляет алкоголь один-два раза в месяц, соответственно: низкообеспеченные — 16,1%; среднеобеспеченные — 31,7%; высокообеспеченные — 30,5%.

Таким образом, полученные данные позволяют сделать два основных вывода. Первый из них, на наш взгляд, достаточно очевиден и заключается в том, что низкообеспеченные подростки составляют «группу риска» в отношении систематического употребления алкоголя, поскольку каждый десятый московский школьник из низкообеспеченной семьи систематически употребляет крепкие спиртные напитки («раз в неделю и чаще»). Второй вывод, который также отчетливо отражают приведенные данные, заключается в том, что с повышением уровня материальной обеспеченности семьи подростка повышается и доступность для него алкоголя. Нельзя, однако, утверждать, что это приводит к систематическому употреблению крепкого алкоголя на этапе обучения в школе, но тем не менее может иметь определенные последствия в дальнейшем. При этом следует отметить, что подобных различий в ответах рижских подростков из семей с разным уровнем обеспеченности не прослеживается. На наш взгляд, косвенно это свидетельствует, скорее, не о более благополучной ситуации с систематическим употреблением крепких спиртных напитков подростками из низкообеспеченных семей, а является следствием меньшей социально-экономической расслоенности в Латвии, когда низкий уровень материальной обеспеченности не провоцирует обращение подростка к девиантным формам поведения.

Мотивация употребления алкоголя и причины отказа от него. Изучение мотивов употребления алкоголя или отказа от него дает возможность для выстраивания психолого-педагогических стратегий по профилактике подростковой алкоголизации. Для того чтобы выявить причины, побуждающие подро-

стков из Москвы и Риги к употреблению крепких спиртных напитков, им было предложено ответить на специальный вопрос (см. табл. 1).

Таблица 1.

Мотивы употребления алкоголя среди подростков из Москвы и Риги (%)

Мотивы	Москва		Рига (русские)		Рига (латыши)	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки
Алкоголь помогает мне снять напряжение (стресс)	47,9	58,3	45,0	41,7	31,2	35,7
Я испытываю удовольствие от алкоголя	43,7	42,2	40,3	29,5	35,5	20,3
Алкоголь помогает мне уйти от реальности	25,3	23,3	15,7	14,1	13,4	15,4
Алкоголь облегчает мое общение со сверстниками	16,8	8,3	18,0	11,5	20,2	17,6
Алкоголь употребляют мои друзья	11,1	13,9	14,0	9,6	12,5	8,8
Употребление алкоголя, на мой взгляд, престижно	2,6	0,6	3,7	1,6	3,4	1,5
Алкоголь позволяет мне выглядеть старше своего возраста	2,6	3,3	0,7	0,3	0,9	0,4
Втянулся (-ась), не могу бросить	2,6	5,0	1,3	0,6	0,9	1,5
Потому что мне запрещают употреблять алкоголь	2,1	1,7	0,7	1,3	0,9	0,4
Не хочу, чтобы думали, что мне «слабо»	0,0	1,7	1,0	0,3	1,2	0,2

Представленные данные свидетельствуют о том, что доминирующими мотивами употребления подростками алкоголя являются «желание снять напряжение (стресс)» и получаемое от алкоголя «удовольствие». Эти мотивы в равной степени характерны как для подростков Москвы, так и для подростков Риги. В то же время московские школьники (как мальчики, так и девочки) значительно чаще рижских школьников фиксируют мотив «алкоголь помогает мне уйти от реальности».

Заметим, что в ответах подростков прослеживаются явные гендерные различия. Так, для мальчиков существенно чаще, чем для девочек, алкоголь выступает в качестве средства, «облегчающего общение». При этом характерно, что гендерная специфика проявляется в отношении этого мотива именно среди русских подростков (и москвичей, и рижан), в то время как между латышскими мальчиками и девочками различий в отношении этого мотива не обнаруживается. Таким образом, приведенные данные позволяют сделать вывод о наличии определенной культурной обусловленности употребления алкоголя в мужской субкультуре русских подростков.

Интересно, на наш взгляд, и то, что девочки из московских школ значительно чаще, чем девочки из Риги, указывают на то, что «испытывают удоволь-

ствие» от употребления алкоголя, а также в несколько раз чаще отмечают наличие у себя зависимости от алкоголя («втянулась, не могу бросить»). Также среди московских девочек существенно выше, чем среди девочек из Риги, и доля тех, для кого алкоголь является средством «снятия напряжения (стресса)». Эти особенности мотивации употребления алкоголя девочками из московских школ дают основание сделать вывод о том, что женская подростковая субкультура московских школьниц является зоной, требующей пристального внимания со стороны программ, направленных на профилактику употребления алкоголя в подростковой среде.

Для понимания особенностей ситуации с употреблением алкоголя в подростковой среде необходимо не только рассмотреть основные мотивы его употребления, но и обратить внимание на причины, по которым подростки отказываются от алкоголя. Именно эти причины задают, на наш взгляд, основные векторы для разработки программ, направленных на профилактику употребления алкоголя подростками (см. табл. 2)

Таблица 2.

Основные мотивы отказа от употребления алкоголя среди учащихся из школ Москвы и Риги (%)

Мотивы	Москва		Рига (русские)		Рига (латыши)	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки
У меня просто нет такой потребности	63,7	71,9	57,7	71,4	62,8	64,6
Это вредно для здоровья	42,4	40,7	36,5	34,4	29,1	34,5
Видел (-а) плохие примеры	19,6	15,2	29,2	20,8	29,1	18,6
Боюсь зависимости от алкоголя	13,1	6,9	12,4	9,7	8,1	7,1
Думаю, что это не доставит мне удовольствия	12,2	19,0	10,2	8,4	12,8	15,0
Это вызывает у меня неприятные ощущения (нехороший вкус, головокружение и т. д.)	10,6	9,5	13,9	16,9	3,5	6,2
Не хочу быть похожим (-ей) на других	8,2	9,1	5,8	7,8	14,0	18,6
Боюсь, что не смогу контролировать себя, когда выпью	6,5	9,5	13,1	7,8	9,3	12,4
Алкоголь может испортить внешность и фигуру	5,3	10,8	10,9	19,5	7,0	10,6
Употреблять алкогольные напитки не принято среди моих друзей	5,3	4,3	2,2	1,3	2,3	2,7
Мне запрещают употреблять водку и другие крепкие напитки	3,7	2,2	2,9	1,3	2,3	0,9
Из-за болезни	2,4	3,0	3,6	3,9	3,5	2,7
Чтобы не думали, что мне слабо	1,6	0,9	5,8	2,6	1,2	0,9
Нет денег	0,0	0,0	6,6	6,5	7,0	1,8

Приведенные данные показывают, что основными мотивами отказа от употребления алкоголя для подростков являются «отсутствие потребности в алкоголе», «вред алкоголя для здоровья» и «знакомство с плохими примерами». Наряду с этим необходимо обратить внимание и на то, что ответы подростков

из Москвы и Риги довольно сильно отличаются. Мальчики из Риги (как латыши, так и русские) существенно чаще девочек указывают на значимость знакомства с «плохими примерами»; в ответах же подростков из Москвы столь выраженной гендерной специфики в отношении этого мотива не прослеживается. Для московских школьников оказывается более значимым, чем для рижан, такой мотив отказа от употребления алкоголя, как «вред для здоровья».

И наконец, следует обратить внимание на различия в ответах русских и латышей. Так, для русских подростков более значимым, чем для латышей, оказывается мотив «это вызывает у меня неприятные ощущения (нехороший вкус, головокружение и т. д.)». Для русских девочек из Риги высоко значимым оказывается мотив: «алкоголь может испортить внешность и фигуру». В то же время латыши гораздо чаще русских отмечают, что не употребляют алкоголь, поскольку «не хотят быть похожими на других». Таким образом, как мы видим, мотивация отказа от употребления алкоголя довольно сильно зависит от национальности и имеет выраженную гендерную специфику.

Приведенные в статье данные позволяют зафиксировать сходство в характере отношения к употреблению алкоголя учащихся из России и Латвии, которое проявляется как в структуре потребления спиртных напитков, так и в распространенности данной формы поведения среди школьников. Результаты нашего исследования со всей очевидностью показывают, что мотивация употребления спиртных напитков, а также мотивация отказа подростков от их употребления имеют выраженную гендерную и национальную специфику. В этом отношении необходимо сделать общий вывод, который в первую очередь касается учета возрастных, гендерных и национальных особенностей в культуре употребления алкоголя при построении психолого-педагогических программ, направленных на профилактику алкоголизации в подростковой среде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамчук Д.В. Возрастные особенности девиантного поведения: от школьника к студенту // Социокультурные трансформации подростковой субкультуры: Труды по социологии образования. Том XI. Вып. XX. — М.: Центр социологии образования РАО, 2006. — С. 158–166.
2. Адамчук Д.В. Особенности отношения учащихся Москвы и Риги к употреблению алкоголя // Социология образования. Труды по социологии образования. Т. XVI. Вып. XXVIII / Под ред. В.С. Собкина. — М.: Институт социологии образования РАО, 2012. — С. 100–109.
3. Декларация «Молодежь и алкоголь» (принята в Стокгольме 21 февраля 2001 г.). — URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/88589/E73074.pdf. Дата обращения: 03.11.2011.
4. Европейская хартия по алкоголю (принята на европейской конференции «Здоровье, общество и алкоголь», Париж, Франция 12–14 декабря 1995 г.). — URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/79406/EUR_ICP_ALDT_94_03_C N01.pdf. Дата обращения: 03.11.2011.
5. Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия: Комиссии Общественной палаты Российской Федерации по социальной и демографической политике Общественного совета Центрального федерального округа. — Москва: 2009. — 84 с.
6. Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма

среди населения Российской Федерации на период до 2020 года — URL: <http://government.ru/media/2010/1/13/27086/file/2128-p.doc>. Дата обращения: 03.11.2011.

7. Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ (Копенгаген, 2006) — URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/79397/E88335R.pdf. Дата обращения: 03.11.2011.

8. Собкин В.С., Абросимова З.Б., Адамчук Д.В., Баранова Е.В. Проявление отдельных видов девиации в подростковой субкультуре: возрастная динамика и гендерная специфика // Вопросы психологии. — 2004. — № 3. — С. 3–18.

9. Собкин В.С., Абросимова З.Б., Адамчук Д.В., Баранова Е.В. Подросток: нормы, риски, девиации // Труды по социологии образования. Том X. Вып. XVII. — М.: Центр социологии образования РАО, 2005. — 359 с.

10. Собкин В.С., Адамчук Д.В. Особенности потребления алкоголя в подростковой среде // Вестник практической психологии образования. — 2006. — № 1 — С. 39–48.

11. Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Pickett W, Richter M, Morgan A & Barnekow V (eds.) (2008) Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/06 Survey. - Health Policy for Children and Adolescents, No. 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. - 224 p.

12. European status report on alcohol and health 2010 (Алкоголь и здоровье: европейский доклад о положении дел, 2010 г.) —

URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf. Дата обращения: 03.11.2011.

13. Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva et al. The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. — Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2009 — 406 p.

14. Sobkin V.S., Abrosimova Z.B., Adamchuk D.V. and Baranova E.V. Manifestations of Deviation in the Adolescent Subculture // Russian Education & Society. — 2005. — Vol. 47, № 7. — P. 49–71.

Adamchuk D.V.

THE USE OF ALCOHOL AMONG ADOLESCENTS (BASED ON CROSS-CULTURAL STUDIES IN SCHOOLS IN MOSCOW AND RIGA)

The Russian Academy of Education, Institute for Sociology of Education (Moscow).

Summary: The paper describes attitudes to use of alcohol among school-aged children in Moscow (Russia) and Riga (Latvia). The study is based on a cross-cultural research organized by Institute for Sociology of Education of RAE and it also includes a review of different epidemiological researches data. The paper analyzes developmental and gender peculiarities of alcohol using in adolescence with special attention to sociocultural differences.

Keywords: use of alcohol, adolescence, gender differences, motivation of using alcohol, motivation to avoid alcohol.

ЛЕКЦИИ, ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

В.В. Пушина**БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ПОНИМАНИИ
АЛКОГОЛИЗМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)⁶****Нижегородский государственный педагогический университет им.
Козьмы Минина (Мининский университет) (Нижний Новгород).**

Достаточное количество работ посвящено исследованию мотивов и мотиваций в подростковом употреблении алкоголя [13, 30, 62, 77, 89]. Основные когнитивные мотивы пьянства подростков – самоутверждение, стремление к самостоятельности, субмиссивные мотивы и мотивы протеста в ответ на гиперопеку, хотя в целом у подростков с употреблением алкоголя зафиксировано меньшее число мотивов, даже «мотивационная недостаточность» [39, 53, 81, 94].

Т.А. Немчин и С.В. Цыцарев рассматривают употребление алкоголя как средство получения удовольствия, изменения эмоционального состояния, повышения самооценки и самоутверждения, компенсации, коммуникации, подражания, манипуляции [62]. Н.М. Глаздовский видит основные мотивы пьянства подростков в механизмах подражания, стремления к самостоятельности, в реакции протеста на гиперопеку, в браваре [22].

По мнению И.Д. Муратовой и Е.А. Кошкиной, наиболее неблагоприятна с точки зрения формирования алкоголизма гедонистическая мотивация. Стремление получить эйфорию выявлялось у 71% подростков-аддиктов. Б.С. Братусь и П.И. Сидоров выделяют два типа мотивов алкоголизации девочек-подростков: адаптационный (для вхождения в референтную группу и удержания в ней) и неадаптивный (для ухода от конфликта, «с горя», для снятия напряжения и т. п. По мнению Л.К. Шайдуковой, наиболее частый мотив потребления алкоголя девушками - самоутверждение. В.Е. Пелипас, Л.Н. Рыбакова, М.Г. Цетлин ведущим мотивом алкоголизации девочек считают регуляцию внутреннего состояния, а у мальчиков – конформизм. Субмиссивная мотивация преобладает на начальном этапе злоупотребления алкоголем [22], в последние годы она становится доминирующей [79, 86]. На ведущую роль мотивов, связанных с влиянием среды (75%), указывают Е.А. Кошкина, И.Н. Коновалов, на втором месте находится желание снять напряжение, расслабиться [37].

Исследование эмоционального состояния подростков в семье, проведенное нами в 2012 году, показало, что злоупотребляющие алкоголем подростки ощущают чувство тревоги, испытывают постоянное эмоциональное напряжение во взаимоотношениях с членами семьи, не ощущают себя значимым действующим лицом в семье. Эмоциональное напряжение стремятся снять с помощью алкогольных напитков, что подтверждает наличие мотивации употребления алкоголя в виде доминирующих атарактических мотивов, связанных с желанием подростка нейтрализовать негативные эмоциональные переживания – тревогу, напряжение или страх действием алкогольных напитков [77].

Таким образом, изучение биопсихосоциальных факторов употребления алкоголя показало, что семья как главный и основной компонент среды для под-

⁶ Окончание. Начало см. Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2012 (12), № 2.

ростка выступает одной из ведущих неблагоприятных кризисных сфер жизнедеятельности, как источник биологических и психологических семейных проблем болезни или, напротив, благополучия и укрепления здоровья. В этой связи актуальны специальные разработки в области клинической психологии семьи, решающие одновременно задачи психологического исследования и задачи оказания психологической помощи семье в ситуации употребления алкоголя подростками.

Этим требованиям отвечает рисуночная проективная методика «Семейная социограмма в вариантах реальной и идеальной семьи». Критерии оценки данной методики, разработанные В.В. Пушиной, дают возможность исследовать семью с учетом структурно-функциональных отношений, наличия межличностных конфликтов, тенденции к ее развитию. С помощью графического изображения образов реальной и идеальной семьи проводится анализ личностных особенностей членов семьи: удовлетворенности своим «Я» и жизненным пространством семьи, принятии или непринятии своего образа, уровня самооценки, притязаний, сепарации, эгоцентричности, власти и своей значимости для семьи [64].

Применение семейной социограммы в вариантах реальной и идеальной семьи в ситуации психологического консультирования позволяет специалисту за несколько минут наглядно увидеть картину отношений в семье подростка и степень желаний их изменить, выявить психологические факторы влияния на развитие алкоголизма у детей и подростков, определить личностные и семейные ресурсы для восстановления гармонии в семье. Исследование данной методикой семей подростков, употребляющих алкоголь, показало, что низкая самооценка в семье, завышенный уровень притязаний, психоэмоциональное отвержение подростка, неудовлетворенность жизненным пространством, недифференцированные отношения, нарушения иерархии являются характерными для семьи с проблемным ребенком. По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

1. Подростки, злоупотребляющие алкоголем, чаще являются первыми рожденными детьми в семье, имеющими наследственность со стороны отца.
2. Низкий уровень включения в семейную систему, недостаточность ролей-обязанностей в семье у подростков является фактором риска алкоголизации.
3. Разобщенный уровень семейной сплоченности, ведущий к нарушениям функционирования семейной системы, способствует закреплению у подростков употребления алкоголя.
4. Семейное воспитание родителей больных подростков является негармоничным, оказывающим большое влияние на формирование у них патологического влечения к алкогольным напиткам.
5. Неразвитость материнских и отцовских чувств у родителей подростков, употребляющих алкоголь, препятствует интеграции семьи, ее нормальному функционированию.
6. Подростки, злоупотребляющие алкоголем, находятся в симбиотических отношениях с родителями. В родительских отношениях проявляются стремления инфантилизировать употребляющих алкоголь подростков, приписать им личную и социальную несостоятельность.
7. Тревожный и депрессивный психологические компоненты гестационной доминанты у матери при беременности может быть первичным фактором, способствующим злоупотреблению алкогольными напитками подростками.
8. Семейная тревога, эмоциональное напряжение во взаимоотношениях с

членами семьи, ощущение вины выше у больных подростков, чем у здоровых детей, что способствует развитию аутоагрессии в виде употребления алкоголя.

9. Для семьи подростка, злоупотребляющего алкоголем, характерно нарушение семейного климата по типу взаимоотношений между членами семьи и направлениям личностного роста [77].

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев С.Н., Тетенова Е.Ю., Слопеская С.Ю. Наркологические проблемы в «Интернете» // Материалы XII съезда психиатров России. – М.: Медпрактика, 2000. – С. 224–225.

2. Акулова И.С., Потемкина Е.А. Коррекция родительско-детских отношений в системе профилактики зависимостей // Сборник материалов VII межрегиональной конференции «Спасение молодежи от наркомании». – Екатеринбург: Изд-во Дома учителя, 2001. – С. 6–9.

3. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез) // Лекции по наркологии. 2-е изд. / Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медицина, 2000. – С. 16–40.

4. Бандура А., Уолтерс Р. Подростковая агрессия. Изучение влияния воспитания и семейных отношений. – М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. – 512 с.

5. Бадмаев С.А. Психологическая коррекция отклоняющегося поведения школьников. – 3-е издание. – М.: Магистр, 1997. – 96 с.

6. Березин С.В., Лисецкий К.С. Психология ранней наркомании. – Самара: Самарский университет, 2000. – 72 с.

7. Березин С.В., Лисецкий К.С., Серебрякова М.Е. Подростковый наркотизм: семейные предпосылки. – Самара: Самарский университет, 2001. – 50 с.

8. Березин С.В., Лисецкий К.С. Наркомания глазами семейного психолога. Учебное пособие для вузов. – СПб.: Речь, 2005. – 240 с.

9. Бехтерев В.М. Проблемы развития и воспитания человека / Под ред. А.В. Брушлинского и В.А. Кольцовой. – М.: Издательство «Институт Практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. – С. 110.

10. Бисалиев Р.В. Семейные факторы риска аддиктивного и аутоагрессивного поведения // Наркология. – 2009. – № 3. – С. 82–88.

11. Битенский В.С., Херсонский В.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомания у подростков. – Киев: Здоровье, 1989. – С. 83–88.

12. Борохов А.Д., Исаев Д.Д. Роль социально-психологических факторов в формировании пристрастия к алкоголю и наркотическим веществам у подростков мужского пола. – Л.: Ленинградский н.-и. психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1989. – Вып. 123. – С. 88–93.

13. Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. – М.: Изд. МГУ, 1984. – 144 с.

14. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия: Учеб. пособ. для студ. – СПб.: Питер, 2000. – 351 с.

15. Брюн Е.А. Проблемы детской и подростковой наркологии // Социальная адаптация: нарушение поведения у детей и подростков: Материалы Рос. науч.-практ. конф. – М.: НИИ наркологии МЗ России, 1996. – С. 10–15.

16. Буторина Н.Е., Дедков Е.Д. Особенности девиантного поведения как клинического проявления пубертатного криза // Саморазрушающее поведение у подростков: Тр. – Л.: Ленинградский н.-и. психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева, 1991. – Т. 128. – С. 15–21.

17. Вартанян Ф.Е., Шаховский К.П. Наркология. – 2003. - № 4. – С. 2-4.
18. Волков А.В., Мельников В.Ф., Амелина С.В. Анонимное анкетирование подростков в профилактике употребления психоактивных веществ среди учащихся // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы (Материалы межрегион. науч. –практ. конф.) – Кострома: Изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова, 2002. – С. 50-52.
19. Гадириан А.М. В поисках нирваны. Новый взгляд с позиции науки и духовности на профилактику алкоголизма и наркомании: Пер. с англ. – СПб.: Речь, 2000. – 135 с.
20. Гасан-заде Н.Ю. Скорость формирования алкоголизма в зависимости от ряда психоконституциональных особенностей // Вопросы наркологии. – 1999. – № 3. – С. 35-38.
21. Гишинский Я.И., Гуревич И.Н., Русакова М.М. и др. Девиантность подростков: Теория, методология, эмпирическая реальность. – СПб.: Медицинская пресса, 2001. – 200 с.
22. Глаздовский Н.М. Особенности и пути повышения эффективности воспитательной работы по формированию трезвого образа жизни подростков // Здоровый образ жизни: прикладные психологические аспекты: Материалы респ. науч.-практ. конф. – Сыктывкар: СГМА, 1989. – С. 144-152.
23. Горьковая И.А. Нарушения поведения у детей из семей алкоголиков // Обзор психиатрии и медицинской психологии. – 1994. – № 3. – С. 47-54.
24. Гузиков Б.М., Ерышев О.Ф. Современная тенденция создания терапевтических программ в наркологии // Психологические исследования и психотерапия в наркологии / Под ред. М.М. Кабанова. - Л.: Изд. н.-и. психоневр. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1989. – С. 7-11.
25. Девятова О.Е., Пережогин Л.О. Пограничные психические расстройства у детей в условиях семейной депривации // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции с участием главных психиатров и наркологов. – М., 2007. – С. 108–109.
26. Демин А.К., Демина И.А. Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: масштабы и последствия для здоровья населения // Злоупотребление алкоголем в России и здоровье населения. Острые отравления этиловым алкоголем и его суррогатами. Соматическая патология при хронической алкогольной интоксикации: Информ. материалы и рекомендации для врачей. – М.: Рос. ассоц. обществ. здоровья, 2000. – С. 6-52.
27. Дмитриева Т.Б. Охрана психического здоровья населения как вклад в демографическую политику России // Уральский медицинский журнал. – 2008. – № 3 (43). – С. 4-7.
28. Егоров А.Ю. Рано начинающийся алкоголизм: современное состояние проблемы // Вопросы наркологии. – 2002. – № 5. – С. 50–54.
29. Егоров А.Ю. Алкоголизация и алкоголизм в молодежной среде: проблемы и перспективы // Российский биомедицинский журнал. – 2003. –Т. 2. – С. 299–307.
30. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. – Новосибирск: Наука, 1988. – 198 с.
31. Захаров А.И. Происхождение и психотерапия детских неврозов: Монография. – СПб.: КАРО, 2006. – 672 с.
32. Золотарева О.С. Влияние материнской депривации на развитие я-концепции детей подросткового возраста. Автореферат дисс...канд. псих. н. –

Астрахань, 2007. – 23 с.

33. Иванец Н.Н, Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). – М.: Медпрактика, 2000. – 122 с.

34. Иванова Е.А. Факторы развития самопонимания у подростков и юношества. Внутренние и внешние детерминанты самопонимания // Прочность надежность и долговечность общественных и промышленных зданий и сооружений: материалы научно-технического семинара. – Астрахань: АИСИ, 2007. – С. 25–27.

35. Кесельман М.Г, Мацкевич М.Г. Социальное пространство наркотизма. – СПб.: Медицинская пресса. 2001. – 164 с.

36. Клейберг Ю.А. Социальная психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов. – М., 2004. – С. 141–154.

37. Коновалов С.Г., Кошкина Е.А., Вышинский К.В. Особенности употребления психоактивных веществ учащимися г. Москвы // Тринадцатый съезд психиатров России: Материалы съезда. – М.: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2000. – С. 247.

38. Копосов Р.А., Сидоров П.И., Ручкин В.В. Роль личности и родительского воспитания в аддиктивном поведении подростков // Рос. психиатр. журн. – 2004. – № 6. – С. 53–59.

39. Копыт Н.Я., Сидоров П.И. Профилактика алкоголизма. – М.: Медицина, 1986. – 240 с.

40. Копытов А.В., Савицкая А.Н. Анализ факторов, влияющих на формирование алкогольной аддикции подростков и молодежи Республики Беларусь // Мед. журн. – 2009. – № 1. – С. 4–9.

41. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. – Новосибирск: Наука, 1990. – 224 с.

42. Короленко Ц.П. Личностные расстройства и их современная терапия // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2005. – Том 3, № 3. – С. 4–8.

43. Кошкина Е.А. Наркологическая ситуация в Российской Федерации в 1999-2002 гг. // Наркология. – 2004. – № 1. – С. 16-21.

44. Крайг Г. Психология развития. – 7-е изд., междунар. – СПб.: Питер, 2000. – 992 с.

45. Крупницкий Е.М., Борцов А.В. Применение принципов доказательной медицины при проведении клинических исследований в наркологии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2007. – Т. 2, № 1. – С. 4–6.

46. Кузьменок Г.Ф. Распространенность употребления ПАВ среди школьников и некоторые факторы на это влияющие // Вестник Российского университета Дружбы Народов. – 2007. – № 6. – С. 468-473.

47. Кулаков С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков: Учебно-методическое пособие. – Выпуск 2 / С.А. Кулаков; под общ. ред. Л.И. Вассермана. – М.: Фолиум, 1998. – 70 с.

48. Кулаков С.А. Практикум по клинической психологии и психотерапии подростков. – СПб.: Речь, 2004. – 464 с.

49. Кулаков С.А. Система факторов, влияющих на формирование мотивационной сферы подростков, злоупотребляющих алкоголем // Медико-биологические проблемы алкоголизма. – М., 1988. – С. 247–249.

50. Курек Н.С. Взаимосвязь жестокого обращения родителей с детьми,

эмоциональной экспрессии в общении между ними и употребления психоактивных веществ в подростковом возрасте // Дети России: насилие и защита.: Материалы Всерос. науч.-практ. конф., Москва, 1-3 октября 1997 г. - М., 1997. – С. 50-52.

51. Левин Б.М. Социальные факторы потребления алкогольных напитков // Алкоголь и здоровье населения России, 1900-2000: Материалы Всерос. форума по политике в обл. обществ. здоровья, 1996-1998 гг. и Всерос. конф. «Алкоголь и здоровье», Москва, 17 декабря 1996 г. – М.: Рос. Ассоциация обществ. здоровья, 1998. – С. 108-123.

52. Лисицин Ю.П., Копыт Н.Я. Алкоголизм. Социально-гигиенические аспекты. – М.: Медицина, 1983. – 264 с.

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

54. Лозовой В.В., Кремлева О.В., Лозовая Т.В. Профилактика зависимостей: опыт создания системы первичной профилактики. – М.: АльянсПринт, 2011. – 448 с.

55. Лозовой В.В. Медико-психологические и психосоциальные характеристики табакокурения и употребления алкоголя у школьников: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2009. – 24 с.

56. Лозовой В.В., Лозовая Т.В., Кремлева О.В. Ассоциации подросткового употребления алкоголя с самовоспринимаемыми стрессорами и копинг-стратегиями // Уральский медицинский журнал. – 2008. – № 3 (43). – С. 69–72.

57. Лопес-Бласко А., Феррандо Ф.П. Употребление наркотиков в автономном сообществе Валенсия. Предупредительные меры // Молодежь и наркотики (социология наркотизма). – Харьков: Торсинг, 2000. – С. 365-387.

58. Мацкевич М.Г. Потребление наркотиков и алкоголя учениками старших классов на примере г. Надыма, Ямало-Ненецкий АО // Наркология. – 2006. – № 9. – С. 25-29.

59. Милушева Г.А., Найденова Н.Г. О роли микросоциальных факторов в возникновении девиантного поведения у подростков с ранними формами злоупотребления токсикоманическими веществами и алкоголем // Вопросы наркологии. – 1992. – № 3-4. – С. 138-143.

60. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. – М.: ПЕРСЭ, 2002. – 335 с.

61. Москаленко В.Д. Семья как поле взаимодействия факторов риска и защиты при употреблении психоактивных веществ подростками // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2004. – Т. 104. – № 9. – с. 71-75.

62. Немчин Т.А., Цыцарев С.В. Личность и алкоголизм. – Л.: Медицина, 1989. – 192 с.

63. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2000. – С. 261-342.

64. Никольская И.М., Пушина В.В. Семейная социограмма в психологическом консультировании: Учебное пособие. – СПб.: Речь, 2010. – 223 с.

65. Нужный В.П. О потреблении алкоголя и размерах табакокурения в Российской Федерации, по данным российского мониторинга экономического положения и здоровья населения // Наркология. – 2006. – № 9. – С. 23-24.

66. Оруджев Н.Я. Адаптация детей и подростков, злоупотребляющих алкоголем // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 4. – С. 26-30.

67. Паронян И.Д., Константинова Н.Я. К проблеме потребления психоак-

тивных веществ среди подростков // Материалы Международной конференции психиатров. – М., 1998. – с. 335-336.

68. Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков // Вопросы наркологии. – 2000. – № 2. – С. 54-60.

69. Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н. Родительские стратегии антинаркотической профилактики // Профилактика злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними и молодежью: Материалы Всероссийской научно-практической конференции 22–24 октября 2003 г., Москва / Под ред. Н.В. Вострокнутова, В.В. Зарецкого, Г.Н. Тростанецкой, А.А. Гериша, Л.О. Пережогина. URL: <http://web.archive.org/web/20041016000048/http://antipav.ru/conf/conf.htm>

70. Попов Ю.В. Границы и типы саморазрушающего поведения у детей и подростков // Саморазрушающее поведение у подростков: Сб. науч. Тр. / – Л.: Ленинградский н.-и. психоневрол. ин-т В.М. Бехтерева, 1991. – Т. 128. – С. 59.

71. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. – Л.: Медицина, 1971. – 390 с.

72. Пушина В.В., Никольская И.М. Клинико-психологические особенности подростков, страдающих алкоголизмом // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины. Сборник тезисов научной конференции с международным участием. – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2006. – С. 240.

73. Пушина В.В. Биологические и социально-психологические факторы алкогольной зависимости у подростков // III международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Казань, 23-26 мая 2006 г. – М.: ГЛОБУС, 2006. – С. 324-325.

74. Пушина В.В. Психопрофилактика и психотерапия алкогольной зависимости у подростков // Немедикаментозные методы терапии. Сборник тезисов научно-практической конференции. – СПб.: Изд. дом СПб МАПО, 2006. – С. 14-15.

75. Пушина В.В. Проблема взаимоотношений между родителями и подростками, больными алкоголизмом // Нижегородский медицинский журнал, 2006. – №. 7. – С. 194-196.

76. Пушина В.В. Особенности личности и семейных взаимоотношений у лиц мужского пола, больных алкоголизмом. – Н. Новгород: ВГИПУ, 2007. – 167 с.

77. Пушина В.В. Семейные факторы риска злоупотребления алкоголем подростками мужского пола // Семья: межинституциональное взаимодействие в социокультурном пространстве Санкт-Петербурга: Материалы III Международной научно-практической конференции. – СПб., 2012. – С. 140-144.

78. Пушина В.В. Личность и семейные взаимоотношения мужчин подросткового и зрелого возраста, больных алкоголизмом. – Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал, 2012. – № 1.

79. Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. – М.: Медицина. – 1988. – С. 288.

80. Резников С.Г., Дробышев В.В., Голева О.П., Краснощецкий В.Е. Факторы, определяющие развитие алкоголизации у учащихся сельских профессионально-технических училищ // Здравоохранение Российской Федерации. – 1990. – № 7. – С. 31-34.

81. Семке В.Я., Аксенов М.М., Наров М.Ю. Роль личностного инфанти-

лизма среди факторов риска развития аддиктивных расстройств // Современная психотерапия в медицинской практике: Материалы научно-практической конференции. – Новокузнецк, 2007. – С. 245-249.

82. Сердюк А.А. Наркотизм и глобальная сеть Internet // Право і безпека. – 2002. – № 3. – С. 195–198.

83. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. – Архангельск: АГМА, 1999. – 306 с.

84. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажиллина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. – М.: Генезис, 2001. – 216 с.

85. Скворцова Е.С. Распространенность курения, алкоголизации и наркотизации среди городских подростков-школьников в различных регионах Российской Федерации // Проблемы медико-социальной реабилитации больных в психиатрии и наркологии: Тез. докл. Респ. совещ. врачей психиатров-наркологов, Москва, 19 июня 1992 г. – М.: НИИ наркологии МЗ России, 1992. – С. 98-101.

86. Скворцова Е.С., Карлсен Н.Г., Уткин В.А. Тенденции потребления психоактивных веществ подростками-школьниками г. Ставрополя в 90-е годы // Вопросы наркологии. – 2000. – № 4. – С. 70-78.

87. Собкин В.С. Влияние родительской стратегии на эмоциональное состояние ребенка. – Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003 (3) – № 2. – С. 25–32.

88. Ураков И.Г., Куликов В.В. Хронический алкоголизм. – М.: Медицина, 1977. – 167 с.

89. Худяков А.В. Клинические и социально-психологические основы профилактики зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетних. – Иваново: ИвГМА Росздрава, 2005. – 190 с.

90. Чалдини Р. Психология влияния. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 288 с.

91. Чепурных Е.Е. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи // Наркология. – 2004. – № 4. – С. 55-64.

92. Чернобровкина Т.В. Соматогенные формы постинтоксикационных нарушений у подростков, употребляющих алкоголь, наркотически действующие и токсические вещества // Современная психиатрия и наркология: проблемы, вопросы, решения: Сб. научных трудов. – М.: Изд. РГПУ, 1994. – С. 138-143.

93. Шабанов П.Д. Основы наркологии. – М.: Лань, 2002. – 560 с.

94. Шайдукова Л.К. Психологические механизмы злоупотребления алкоголем девочками-подростками // Казанский медицинский журнал. – 1991. – Т. 72. – № 4. – С. 301-303.

95. Щербакова Е.В. Успешность социализации и адаптации // Психология. Пермь. – 2004. – № 3. – С. 14–15.

96. Энтин Г.М. Наркомания. Распространение и реальные пути борьбы на современном этапе // Наркология. – 2003. – № 8. – С. 39-48.

97. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. Методическое пособие / Серия: «Психодиагностика: педагогу, врачу, психологу. (Вып. 1). Под общей редакцией Л.И. Вассермана. – М.: «Фолиум», 1996. – 48 с.

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

99. Austin E.W., Meili H.K. Effects of interpretations of televised alcohol portrayals on children's alcohol beliefs // J. Brdcast. Elec. Media. – 1994. – Vol. 38. – P.

417–435.

100. Austin E.W., Pinkleton B.E., Fujioka Y. The role of interpretation processes and parental discussion in the medias effects on adolescents use of alcohol. – *Pediatrics*. – 2000. – Vol. 105. – № 2. – P. 343-349.

101. Andrews J.A., Hops H., Duncan S.C. Adolescent modeling of parent substance use: The moderating effect of the relationship with the parent // *Journal of Family Psychology*. – 1997. – Vol. 11, № 3. – P. 259–270.

102. Baer P.E., Bray P.E. Adolescent individuation and alcohol use // *Journal of Studies on Alcohol. Suppl.* – 1999. – Vol. 13. – P. 52–62.

103. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use // *Journal of Early Adolescence*. – 1991. – Vol. 11. – P. 56–95.

104. Biederman J., Faraone S.V., Monuteaux M.C., Feighner J.A. Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders // *Pediatrics*. – 2000. – Oct., № 106 (4). – P. 792-797.

105. Califano J.A., Forward J. In: Center on Addiction and Substance Abuse, National Survey of American Attitudes on Substance Abuse. – New York, 1995. – P. 2-4.

106. Catanzaro S.J., Laurent J. Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping, and adolescent alcohol use: Evidence of mediation and moderation effects // *Addictive Behaviors*. – 2004. – Vol. 29. – P. 1779–1797.

107. Corley R.P. Sibling resemblance for adolescent substance experimentation in the Colorado Adoption Project / R.P. Corley, S.E. Young // Paper presented at the 27 Annual Meeting of the Behavior and Genetics Association, Toronto, Canada, July 1997.

108. Copello A., Orford J. Alcohol and the family: is it time for services to take notice of the evidence? – 2002. – Vol. 97. – P. 1361–1363.

109. Freshman A. The implication of female risk factors for substance abuse prevention in adolescent girls / A. Freshman, C. Leinwand // *Prev. And Interv. Commun.* – 2001. – Vol.21, No 1. – P. 29–51.

110. Finn P.R., Hall J. Cognitive ability and risk for alcoholism: short-term memory capacity and intelligence moderate personality risk for alcohol problems // *J. Abnorm. Psychol.* – 2004. – Vol. 113, № 4. – P. 569–581.

111. Engels R.C., Wiers R., Lemmers L., Overbeek G.J. Drinking motives, alcohol expectancies, self-efficacy, and drinking patterns // *J. Drug Educ.* – 2005. – Vol. 35, № 2. – P. 147–166.

112. Hill S.Y., Locke J., Lowers L., Connolly J. Psychopathology and achievement in children at high risk for developing alcoholism // *J. Amer. Alcohol.* – 1999. – Mar., Suppl. – P. 1322-1331.

113. Huh D., Tristan J., Wade E., Stice E. Does Problem Behavior Elicit Poor Parenting? : A Prospective Study of Adolescent Girls // *J. Adolesc. Res.* – 2006. – Vol. 21(2). – P. 185–204.

114. Johnston L. C., Patel S., Vankineni P., Kramer N. Deficient slowing of the hearth among very heavy social drinkers // *J. Stud. Alcohol.* – 1983. – Vol. 44. – № 4. – P. 505-514.

115. Knight J.R., Wechsler H., Kuo M., Seibring M., Weizman E.R., Schuckit M.A. Alcohol f Abuse and dependence among U.S. college students // *J. Stud Alcohol.* – 2002. – May., 63 (3). – P. 263-270.

116. Lazarus R.S., Folkman S. Coping and adaptation // W.D. Gentry (Eds.). *The handbook of behavioral medicine.* – N.Y.: Guilford, 1984. – P. 282-325.

117. Levine M. The Price of Privilege: How Parental Pressure and Material Advantage Are Creating a Generation of Disconnected and Unhappy Kids. – Kindle Edition, 2007. – 256 p.

118. Marshall R.D., Galea S. Science for the community: assessing mental health after 9/11 // J. Clin. Psychiatry. – 2004. – N 65 (Suppl. 1). – P. 37–43.

119. Moon D.G., Jackson K.M., Hecht M.L. Family risk and resiliency factors, substance use, and the drug resistance process in adolescence // J. Drug. Educ. – 2000. – 30 (4). – P. 373–398.

120. Nathanson A.I. Parents Versus Peers: Exploring the significance of peer mediation of antisocial television // Communication Research. – 2001. – Vol. 28, No 3. – P. 251–274.

121. Pico B. Perceived social support from parents and peers: Which is the stronger predictor of adolescent substance use? // Substance Use & Misuse. – 2000. – Vol. 35, No 4. – P. 617–630.

122. Reichelt-Nauseef S., Hedder C. Beitrag der Familientherapie zur frühzeitigen Hilfe für den Alkoholiker und seine Familie // Suchtgefahren, 1985. – Ng 31.- S. 261-270.

123. Relationships to Family Member; Attachment, Bonding, and Connectedness // In: Parenting IS Prevention. Training of Trainers Workshop, 1998.

124. Sarac S. Parenting Styles: How They Affect Children // The Fountain. – Pril. – 2001. – June. – No 34.

125. Scheier L.M., Botvin G.J. Relations of social skills, personal competence, and adolescent alcohol use: A developmental exploratory study // Journal of Early Adolescence. – 1998. – Vol. 18. – P. 77–114.

126. Soenens B., Vansteenkiste M., Luyckx K., Goossens L. Parenting and adolescent problem behavior: An integrated mode with adolescent self disclosure and perceived parental knowledge as intervening variables // Developmental Psychology. – 2006. – Vol. 42, No 2. – P. 305–318.

127. Spear L.P. Alcohol's Effects on Adolescents // Alcohol Research and Health. – 2002. – Vol. 26, № 4. – P. 287–291.

128. Steinberg L. Beyond the Classroom: why school reform has failed and what parents need to do. – New York: Simon& Schuster, 1996. – 224 p.

129. Stephenson M.T, Helme D.W. Authoritative parenting and sensation seeking as predictors of adolescent cigarette and marijuana use // Journal of Drug Education. – 2006. – Vol. 36, № 3. – P. 247–270.

130. Sussman S., Dent C.W. One-year prospective prediction of drug use from stress-related variables // Subst. Use Misuse. – 2000. – Vol. 35. – P. 717–735.

131. Zhang L. The influence of parental drinking and closeness on adolescent drinking / L. Zhang, J.W. Welte, W.F. Wieczorck // J. Stud. Alcohol. – 1999. – Vol. 60, № 2. – P. 245–254.

132. Zotti C., Moiraghi R.A., Studio epidemiologico sul consume di alcool e farmaci in un campione di adolescenti torinesi // Alc. et benessere: Opion confronto: 6 Congr. Naz., Firenze, 27-29 okt., 1988. – Abstr. – (Bologna) – 1988. –Vol. 2. – P. 78.

М.Ю. Городнова

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ СУПЕРВИЗИИ
ВРАЧЕЙ-ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ
В ПАРАДИГМЕ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ (ЛЕКЦИЯ)****Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И.
Мечникова (Санкт-Петербург).**

Введение. Супервизия - важное условие становления и профессионального совершенствования психотерапевта любой психотерапевтической школы. Однако, как показывает практика, подобный метод обучения среди специалистов «помогающих» специальностей в нашей стране широко не распространен. Это связано не только с системой вузовского и послевузовского образования, но и с мифами, связанными с самой супервизией. Среди представлений специалистов о супервизии последняя часто ассоциируется с критикой, сравнением, оценкой, выявлением «ошибок», что, естественно, вызывает страх и активизирует «нарциссическую» уязвимость, и возможно лежит в основе ее низкой востребованности у помогающих специалистов [1, 3].

Разные супервизионные школы, опираясь на присущую им теорию и методологию, по-своему решают проблему, связанную с актуализацией чувства стыда в ходе супервизионного процесса. В поиске новых подходов в супервизионной практике можно обратиться к теории и методологии проведения супервизии в гештальт-подходе. В своем изложении мы будем опираться на теорию и практический опыт, полученный в двухлетней обучающей программе «Супервизия в гештальт-терапии» под руководством магистра гештальт-психотерапевта R.E. Lompa члена EAGT (Европейская Ассоциация Гештальт-терапии) и NVAGT (Нидерландско-Фламандская Ассоциация Гештальт-терапии и Гештальт-теории), проводимой в рамках совместной инициативы институтом NSG (Нидерландское Общество Гештальта), Амстердам, Голландия, и Интегративного Института Гештальт-Тренинга, Санкт-Петербург, Россия, и рассмотрим следующие вопросы: супервизия как обучающий процесс, супервизия незавершенного процесса, контракт в супервизии, условия и ситуация в супервизии, семь измерений супервизии, измерения супервизии и этапы развития психотерапевта.

1. Супервизия как обучающий процесс

Привычное для нас понятие о супервизии как о специальной помощи психотерапевту в его работе с клиентом в трудной психотерапевтической ситуации не совпадает с представлениями о супервизии Нидерландско-Фламандской школы гештальт-терапии. Супервизия в их представлении - это *долговременный* обучающий процесс, продолжающийся не менее 2-х лет, в противовес нашей обычной практике, где супервизия рассматривается скорее как «скорая помощь психотерапевту» в кризисной ситуации психотерапевтического процесса. Так, опыт долговременной супервизии имели единицы из нескольких сотен опрошенных нами слушателей, проходивших последипломное обучение на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. Как правило, это психотерапевты, обучающиеся конкретному методу: психоанализу, символ-драме, гештальт-терапии, психодраме. По аналогии с кризисным консультированием супервизию острого случая, можно рассматривать скорее как супервизионное консультирование, нежели обучающий процесс. Аналогом последнего может служить долгосрочная психотерапия.

Супервизия как обучающий процесс имеет свои элементы, структуру, динамику, цель и задачи. Последние должны быть ясны всем участникам супервизионного процесса: супервизору, супервизируемому и клиенту/пациенту.

В ходе супервизии супервизируемый обучается тому, что он не осознает из того, что влияет на его терапевтическую работу. Как указывают Рита Резник и Лив Эстрап в своей работе «Супервизия. Совместное усилие», клиническая супервизия является способом продвижения терапевта по пути его осознания [11]. По образному выражению Уолтера Кемплера, осознание - это процесс процессов и его значение огромно. Осознание как процесс не является каким-то изобретением человеческого разума. Это данный нам с рождения и свойственный самому разуму механизм ориентации в окружающем мире. Благодаря изучению процесса осознания открываются законы, управляющие всеми процессами [7]. Универсальный и краеугольный камень гештальт-терапии – *осознание* – является основным методом супервизионного процесса, а тот факт, что это есть присущий человеку механизм, вселяет уверенность в неоспоримую возможность обучиться этому и, значит, совершенствоваться в профессиональном плане. И здесь неважно, в каком психотерапевтическом ключе осуществляет свою профессиональную деятельность специалист на практике.

2. Супервизия незавершенного процесса

Трудности, которые испытывает терапевт в процессе психотерапии и которые приводят его к супервизору, есть свидетельство остановки (прерывания) психотерапевтического процесса. Давая определение супервизии, можно рассмотреть ее как завершение незавершенного процесса терапевта, связанного с клиентом. Это обоюдное движение терапевта и супервизора в процессе коммуникации к завершению прерванного процесса психотерапии.

Незавершенный процесс - важный постулат в гештальт-терапии. Тактику работы с ним можно успешно применять и в практике супервизии, т. к. остановленный или прерванный процесс психотерапии - это незавершенное действие, которое «завершается» в супервизионной сессии.

Техника опирается на пять этапов в работе с клиентами с незавершенными делами, предложенных Ф. Джойс и Ш. Силлс. Авторы разделили работу с незавершенными делами, преждевременным закрытием и тупиками на пять этапов. По их мнению, в некоторых случаях надо пройти только один из них, а в некоторых все. В зависимости от конкретного случая и сопутствующих условий работа с незавершенным процессом может занять от одной сессии до нескольких месяцев [6]. Это касается и обучающей супервизии.

Этап первый - *изучение предыстории*. Он включает в себя исследование того, как возникло незавершенное дело, сопутствующих ему убеждений, интропектов, переживаний, контекста и т. п. На этом этапе сама возможность рассказать о своем опыте супервизору может привести к естественному завершению ситуации. Рост осознания в безопасной атмосфере супервизии может быть достаточным условием для этого. Так, супервизируемый рассказав о самом случае, месте терапии, своих размышлениях и переживаниях, «вдруг» осознает, что испытываемые им трудности, связанные с клиентом, разрешились, т. е. перестали быть таковыми. Именно поэтому этап представления своего случая с подробным описанием следует сопровождать уточняющими вопросами и преждевременно не останавливать супервизируемого (по аналогии с консультированием - «дать возможность выговориться»).

Этап второй – *обнаружение тупика*. Более тщательная проработка ситуации позволяет обнаружить какой-то один особенный и наиболее фрустрирующий способ поведения или эмоцию. Например, это может быть переживание страха перед клиентом или стыда перед ко-терапевтом при агрессивном поведении пациента или ссоре между супругами. Сильные переживания не позволяют найти терапевту оптимальный психотерапевтический ход. Обычно супервизируемый не видит возможности своих действий, ограничен в тактиках, испытывает растерянность. Обращение за помощью к супервизору для него – единственно эффективный способ разрешения ситуации. Осознание фрустрирующих эмоций и признание их целесообразности – важный результат этого этапа.

Работа с воображением – третий этап работы с незавершенным процессом. Предложение разрешить ситуацию в воображении любым фантазийным способом «размораживает» остановленный процесс, позволяя адекватно мыслить. Если терапевт испытывает страх и ситуация признается им как опасная, фантазия по поводу способов совладания с этой опасностью позволяет обратиться в «безопасности» к своим ресурсам. Так, представления супервизируемой о том, как она убегает из группы, зовет на помощь персонал, тихонько выходит «по делам», говорит о своей заразной болезни, позволили ей найти новые реальные возможные способы ее разрешения: обратиться за помощью к ко-терапевту, дать другие интерпретации действиям пациента и участникам группы, сделать самораскрытие и т. д.

Четвертый этап носит название *работа с полярностями* и опирается на представления Ирвина и Мириам Польстер о том, что каждый индивидуум сам по себе – это бесконечное сочетание полярностей. Какое бы свойство ни обнаружил в себе человек, к нему всегда прилагается антипод, или полярное качество [10]. Согласно гештальт-теории, оно «дремлет» в фоне, определяя интенсивность настоящих переживаний, но может образовать фигуру (выйти на осознаваемый уровень), если соберет достаточно сил. Если эту силу поддержать, становится возможной интеграция полярностей, застывших в позиции взаимного отторжения. Так, терапевт может осознать, что воспринимая себя как осторожного и совсем не склонного к риску человека, он неосознанно выбрал работу с опасным контингентом (наркозависимые, активные потребители ПАВ, как правило, имеющие проблемы с законом). Это осознание позволит ему стать более осознанным в преконтакте и в большей степени задумываться и оценивать риски в профессиональной и личной жизни.

Интегрирование работы – пятый этап. Однако следует знать, что незавершенное дело может так никогда и не завершиться. И терапевт будет сохранять уязвимость в каких-то сферах. Например, продолжать испытывать страх в работе с агрессивными клиентами. Завершение работы – это ассимиляция того, чему терапевт научился, нахождение наилучшего творческого приспособления к «здесь и сейчас» и движение дальше. Интегрирование опыта супервизионной сессии позволяет не только продвинуться в заявленной ситуации, но почувствовать себя более уверенным в профессиональной и личностной сферах.

3. Контракт в супервизии

Возвращаясь к обучающей программе, хочу остановиться на важном аспекте – заключение контракта в супервизии. Данный контракт является трехсторонним и включает в себя согласие пациента для представления его случая на супервизию. Существующая в России практика супервизии не преследовала цель сделать пациента/клиента полноправным участником супервизии, несмотр-

ря на признание первейшей цели супервизии – помощи пациенту [8]. Однако именно это (получение согласия) делает пациента/клиента не просто заочным участником супервизии, но активным и заинтересованным ее лицом. Более того, информирование и получение согласия для проведения супервизии у пациента может помочь удержать его в терапии. Проиллюстрируем это на примере.

После 7-й сессии клиентка сообщила, что это последняя сессия и она не может больше переживать ту боль, что преследует ее последнее время, тогда как терапевт не способен помочь справиться с ней. В ходе встречи, рассказывая о боли, клиентка переживала сильные чувства, позволила себе «плакать в присутствии другого», жалуясь, что это не приносит облегчения. Находясь в затруднении, психотерапевт решила обратиться к собственной феноменологии и заметила, что всеми силами стремится ей помочь облегчить боль, что, однако, не имеет никаких результатов. Испытывая бессилие, терапевт приняла решение дать знать об этом клиентке и сказала, что бессильна сейчас в помощи ей и очень расстраивается по этому поводу. И, возможно, страстное желание помочь ей – препятствие в оказании действенной помощи, и если она не против, то терапевт попросит помощи у супервизора. Клиентка дала согласие, однако подчеркнула, что эта встреча последняя. В завершении сессии психотерапевт проговорила об «открытых дверях». Через 10 дней клиентка позвонила и попросила о встрече, на которой сказала, что признание психотерапевта в собственном бессилии и профессиональной слабости (некомпетентности), искреннее желание помочь позволили ей поверить, что она не безразлична и не одинока, какой она считала себя до этого времени. Терапия с ней обрела новые отношения и большие перспективы. Осознание и внесение собственной феноменологии психотерапевта и предложение о трехстороннем супервизионном контракте позволили продолжить терапевтические отношения.

4. Условия и ситуация в супервизии

Процесс супервизии в гештальт-подходе имеет семь измерений: супервизор, супервизируемый/терапевт, клиент, цели обучения, контракт, условия и ситуация, внешние элементы. Наибольший интерес привлекают условия и ситуация супервизии. По мнению психоаналитика Д. Джейкобса, в супервизорской ситуации терапевту также приходится прямо смотреть в глаза неприятным чувствам неуверенности, аффективным реакциям и характерным формам восприимчивости. Каждая супервизия должна создавать динамическое равновесие между нарциссической неуравновешенностью учебного процесса и поддерживающей высокой самооценкой терапевта (и супервизора). Супервизия, по мнению того же автора, обеспечивающая высокую самооценку пациента, терапевта и супервизора лишь за счет понимания и обучения, оказывает «медвежью услугу» всем участникам [5].

Действенным способом создания безопасной ситуации супервизии могут быть поставленные задачи перед ведущим. Супервизор в процессе супервизии содействует фокусировке терапевта на том, что он уже знает, и на том, как он можете это использовать. И не фокусирует на том, чего терапевт не знает. Создание среды, в которой человек может осознать уже имеющееся и опереться на это, а также быть способным быть уязвимым определяло возможность изменения. Это то, что приглашает к сотрудничеству, совместному исследованию и поиску, обучающему партнерству. Согласно размышлениям практика и теоретика гештальт-терапии Ж.-М. Робина о творчестве в открытом поле ситуации, о трудностях обоюдного творческого процесса в ситуации, где люди зачастую

переживают себя в качестве объекта воздействия ситуации, своего жизненного контекста и опыта, своей истории, своего окружения, своих психотравм, своего подсознательного, «добровольная неуверенность» является необходимым условием открытия такой ситуации. Под неуверенностью понимается все то, что неизвестно заранее, что может быть лишь объектом догадок и что, следовательно, остается открытым. В противовес сомнению, которое может подточить переживаемый опыт, неуверенность может открыть ситуацию. В таком качестве, по замечательному выражению немецкого гештальт-терапевта Франкла Штемлера, неуверенность надо культивировать во всех смыслах этого слова [15].

Возможность опираться на универсальный «гештальтский постулат – уже все присутствует (существует)», обуславливающий поддержку в использовании уже имеющихся ресурсов, позволяет признать собственную уязвимость (неуверенность) и двигаться в направлении «слепых зон», того, «чего я еще пока не знаю (не умею)».

Другим обучающим фокусом, обеспечивающим возможность быть уязвимым, для супервизируемого является понятие зоны ближайшего развития личности (понятие, предложенное Л.С. Выгодским), под которым понимается «особый диапазон трудности заданий, с которыми человек может справиться в данный момент» в присутствии другого, более компетентного человека – при наличии определенных подсказок и помощи. В связи с этим D. Jacobs замечает, что основным препятствием к возможному диалогу может быть неспособность супервизора определить степень беспокойства и уязвимости, которые стажер испытывает в новой ситуации супервизии [16]. Безопасность поля супервизии, по мнению Р. Резник, определяет понимание супервизии как диалога, встречи двух аутентичных личностей, как творческий процесс, в большей степени экспериментальный, чем интерпретационный, в котором оба, и супервизор, и терапевт, являются участниками обоюдного процесса исследования и обучения [11].

В супервизионной работе с терапевтами разных школ и различного опыта работы необходимо учитывать как минимум два факта: уровень развития терапевта и его терапевтическую школу. Это во многом будет определять фокус в процессе супервизии. Под фокусом в супервизии в гештальт-подходе понимается возникающая в процессе супервизионного взаимодействия фигура.

5. Семь измерений супервизии.

Для описания процесса и рефлексии обратимся к процессуальной семимерной модели супервизии П. Ховкинса и Р. Шохета (первоначальное название авторов – модель «двойной матрицы» [15]. Измерения, предложенные в данной модели, во многом перекликаются с изложенными измерениями супервизии на семинаре Р. Ломпа. Первое измерение – *содержание супервизорской сессии*. Задача супервизора – помочь супервизируемому осознать, что на самом деле происходило во время сессии. С описания места супервизии, клиента, краткого содержания сессии обычно и начиналась демонстрационная супервизионная сессия. Данный этап важен в плане присоединения, создания экологической ситуации.

Второе измерение – это *фокусирование на стратегиях и интервенциях*. Супервизор фокусируется на интервенциях, осуществляемых терапевтом в ходе работы с клиентом, на том, как и почему они делались, а также на других возможных вариантах интервенций.

Третье измерение – это *фокусирование на терапевтических отношениях*. В центре внимания система, которая создана обеими сторонами, терапевтом и клиентом, в виде осознанных и неосознанных взаимодействий между ними.

Происходит исследование переносов клиента и параллельных процессов в его жизни. Это неразрывно связано со следующим измерением, в котором исследуются контрперенос и параллельные процессы из жизни терапевта, т. е., по замечанию Ж-М. Делакруа, «как его личная и имплицитная концепция человека проникает в терапевтический процесс без его ведома» [4, с.4].

Четвертое измерение – *фокусирование на процессе терапевта*. Фокус супервизии находится на процессах, происходящих внутри терапевта, и их воздействии на терапию. Опираясь на собственную феноменологию терапевту необходимо идентифицировать тип переноса для ответа клиенту. Это могут быть чувства, перенесенные непосредственно на клиента в ситуации либо перенесенные из параллельного процесса из прошлого. Чувства и мысли, возникающие из роли, перенесенного на него клиентом, или чувства, мысли и действия терапевта, используемые против переноса клиента. Наконец, чувства терапевта, отражающие проективный материал клиента, который принимается терапевтом на соматическом или психическом уровне. Здесь необходима феноменологическая перспектива, которая, как подчеркивает Изидор Фром, предполагает, что все, что терапевт непосредственно наблюдает во время встречи с клиентом, важно во взаимоотношении с его собственным осознанием. А это, по мнению Х. Сименса, требует от терапевта, чтобы он отставил в сторону свою собственную вовлеченность в тему, субъективные предположения и понимания, чтобы избежать привязки их к своему клиенту и его истории [13]. Осознанный контрперенос – действенный терапевтический инструмент, он может стать ключом к пониманию клиента.

Пятое измерение – *фокусирование на отношениях в супервизии*. Супервизор концентрирует свое внимание на том, *как терапевтические отношения воздействуют на отношения в супервизии и отражаются в них*. Гарольд Сирлз, американский последователь психоанализа, сделал значительный вклад в понимание этого измерения. Он открыл и исследовал явление, которое назвал «феноменом параллелинга». Данный феномен заключается в неосознанной демонстрации в процессе супервизии терапевтом поведения клиента, что и является проблемной зоной в терапии. Эта проблемная зона не может быть осознана терапевтом и, следовательно, объективно описана им, но может быть замечена супервизором и рассмотрена совместно. Параллельный процесс помещен в контекст синхронии, определяемый К. Юнгом. В феномене параллелинга процессы, происходящие в отношениях между клиентом и терапевтом, раскрываются через свое отражение в отношениях между терапевтом и супервизором. Отношения в супервизии могут становиться предметом дискуссии с целью моделирования новых способов взаимодействия.

Идентификация параллельных процессов требует постоянного осознания. Интервенции, касающиеся параллельных процессов, важны для фасилитации роста и самосознания терапевта. Однако, как предостерегает И.Б. Боллюбаш, следует быть осторожным, соблюдая границы супервизии и терапии [2]. Это весьма непростой процесс, в котором может помочь диалогическая позиция супервизора, опирающаяся на присутствие, включенность и самораскрытие супервизора и терапевта.

Э. Уильямс в работе с параллельным процессом советует вооружиться системным взглядом на вещи и рассматривать параллельный процесс как присутствующую внутри системы тенденцию возникновения аналогичных друг другу форм, распространяющихся в системе подобно вирусу, который трудно обнаружить. Нейтрализатором этого вируса является спонтанность. В работе с па-

раллелингом в супервизии Э. Уильямс рекомендует придерживаться двух шагов. Первый шаг супервизора — осознать самому; второй — интерпретировать супервизируемому себя, а не его себе. [14]. Это то, что может продвигать обоих в творческом процессе супервизии.

Измерение шестое – *фокусирование на процессе супервизора*. В этом измерении фокус находится на отражении терапевтических отношений во внутреннем переживании супервизора [15]. Это контрпереносы супервизора и его параллельные процессы, связанные с отношениями и с терапевтом, и с клиентом.

Измерение седьмое – *фокусирование на широком контексте*. Фокус на контексте, в котором происходят и терапия, и супервизия. Исходя из понимания Фритца Перлза о том, что любой живой организм, включая и личность, не может быть понят через простое наблюдение за ним, он должен быть изучен с учетом его окружения, в его контексте как часть поля, контекст и ситуация во многом определяют супервизионный процесс [9]. Это вопрос ситуации и создания терапевтического и супервизионного пространства. Контекст и условия проводимой супервизии определяют ее эффективность по достижению поставленных обучающих целей. Это одна из наиболее трудных задач в обучении супервизии. Ж-М. Делакура подчеркивает необходимость присутствия супервизора таким образом, чтобы супервизируемый в первое время установил свою базовую безопасность и свое доверие к нему в своей способности установить терапевтическую связь и управлять терапевтическим процессом [4]. А Э. Уильямс рассматривает супервизорскую среду как контейнер не только для эмоциональных бурь, дистресса, отчаяния по поводу человечества и собственной персоны, но и как среду для трезвого планирования и жесткой взаимной оценки [14].

В ходе процесса супервизии, супервизор использует все семь измерений, хотя не обязательно в течение одной сессии.

6. Измерения супервизии и этапы развития психотерапевта

Р. Резник и Л. Эстрап [11] обращают внимание на тот факт, что акцент в супервизии может быть сделан в зависимости от опытности и актуальных потребностей терапевта. Новичок может нуждаться в существенной поддержке, одобрении и обучении; несколько более опытный терапевт - в помощи по поводу организации процесса и прояснении психотерапевтической реальности; продвинутый терапевт нуждается в помощи по интеграции своих профессиональных умений и теоретических концепций. Ж-М. Делакура обращает внимание на то, что начинающий терапевт скорее нуждается в «технической» супервизии. Подобная точка зрения отражена и в работе П. Ховкинса и Р. Шохета, авторов рассмотренной выше семимерной процессуальной модели супервизии. У более опытных терапевтов на первый план в супервизии выходят измерения 3, 4, 5 и 6, и супервизор должен уделять больше внимания бессознательному уровню терапевта и его клиента. В фокусе исследования - процессы параллелинга, переноса и контрпереноса, развивающихся в отношениях супервизии. Однако не всегда такая последовательность необходима, продолжают авторы, они замечают, что обучающиеся анализу терапевты с самого начала супервизии фокусируются на процессе, а консультанты бихевиорального направления могут нуждаться в фокусировании внимания на содержании в течение всей супервизии. [15].

Помимо стадии развития терапевта и его школы на фокус (фигуру) супервизии влияет множество иных факторов: сущность и стиль работы терапевта, установившиеся доверие, культуральные особенности, место супервизии и многое другое, что и определит ситуацию супервизии.

Заключение. Супервизия в профессии психотерапевта есть необходимый, непрерывный, долгосрочный и двунаправленный творческий процесс, который потенциален в ситуации безопасности и возможности быть «уязвимым» всем его участникам: клиенту, терапевту, супервизору. Использование гештальт-подхода в супервизии психотерапевтов разных школ может способствовать большей ее эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова Н.В., Городнова М.Ю. Супервизия в практике последипломной подготовки клинического психолога, психотерапевта и психиатра // Материалы междун. науч-практ. конф. Санкт-Петербург, 30 сентября-1 октября 2010. - СПб.: Сенсор, 2010. - С. 152-154.
2. Боллюбаш И.Д. Основы супервизии в гештальт-терапии. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 223с.
3. Винер Дж., Майзен Р., Дакхэм Дж. Супервизия супервизора: Практика в поиске теории / пер. с англ. - М.: Когито-Центр, 2006. – 351 с.
4. Городнова М.Ю., Александрова Н.В. Проблемы супервизии в детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии // Материалы всероссийской науч-практ. конф. с междун. участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании». Москва, 24-25 ноября, 2011 г. – М. - С. 207-214.
5. Делакруа Жан-Мари. Супервизия. URL: http://gestalt.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=424:---qq&catid=54:2010-09-10-23-05-15
6. Джейкобс Д., П. Дональд П., Мейер Д., Супервизорство. Техника и методы корректирующих консультаций / Руководство для преподавателей психодинамической психотерапии и психоанализа. – СПб.: БСК, 1997. – 173 с.
7. Джойс Ф., Силлс Ш. Гештальт-терапия шаг за шагом: Навыки в гештальт-терапии. – М., Институт общегуманитарных исследований, 2010. - 352 с.
8. Кемплер У. Основы семейной гештальт-терапии. СПб.: «Издательство Пирожкова», 2001. – 224 с.
9. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии. Учебное пособие для психотерапевтов и супервизоров. – СПб, Медицинский центр С.П. Семенова «Вита», 2004. – 128 с.
10. Перлз Ф. Теория гештальт-терапии. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2008. – 320 с.
11. Польстер И., Польстер М. Интегрированная гештальт-терапия: Контур теории и практики. – М.: Независимая фирма «Класс», (Библиотека психологии и психотерапии), 1996. – 162 с.
12. Резник Р., Эстрап Л. Супервизия: совместное усилие. URL: <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=108>
13. Робин Ж-М. Быть в присутствии другого: этюды по психотерапии – М., Институт общегуманитарных исследований, 2008. – 288 с.
14. Сименс Х. Практическое руководство для гештальт-терапевтов. – СПб.: Издательство Пирожкова, 2008. – 168 с.
15. Уильямс Э. Вы — супервизор...: Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии. - М.: Независимая фирма «Класс», 2001. — 288 с.
16. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. - СПб.: Речь, 2002. – 352с.
17. Dombrovsky A. Эбаут (About) на тему супервизии. URL: http://www.gestalt.lv/rus/biblioteka/knigi_i_stati/?doc=294

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ

КОНСИЛИУМ состоялся 28 февраля 2013 г. в Институте Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»).

Присутствовали 10 человек (психологи, психиатры, дефектологи) Института Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»), Московского городского психолого-педагогического Университета, Научного центра психического здоровья РАМН.

Ведет консилиум кандидат медицинских наук А.А. Северный.

История болезни подростка представлена коррекционным педагогом Института гармоничного развития и адаптации И.Е. Авериной.

Больной X, 5 лет 1 мес.

Обратились на первую консультацию в апреле 2012 г. (ребенку 4 года 3 мес.) с жалобами на отсутствие речи (единичные, неразборчивые, лепетные слова, звукоподражания до 20 слов, из них 2-3 глагола, остальные номинативные, прямые обращения - мама, имя сестры укороченное); поведенческие трудности: упрямство, истерики (может упасть на пол и кричать, пока не добьется желаемого), есть стереотипные движения – зажимание рук, негативистические реакции (отказ от любых предложений). Большую часть дня ребенок с 2 до 4 лет проводил перед телевизором.

Семейно-наследственный фон:

Деды и бабушки по обеим линиям живут на Кавказе. Никто из них, со слов матери, психическими заболеваниями не страдает. Отец имеет 6 сестер и 2 братьев. Все достаточно успешны и устроены в жизни, имеют семьи. Их дети здоровы. Наш обследуемый внешне похож на дедушку со стороны отца, как и отец ребенка, немногословен, говорит только по делу. Очень уважаемый человек.

У матери 3 сестры и 1 брат, все социально устроены, имеют семьи и здоровых детей.

Отец, 45 лет, экономист, возглавляет строительную фирму. Увлечен своей работой, мало бывает дома, но все же находит время заниматься детьми. Спокойный, властный, немногословный, тем не менее, по словам матери, «открытая душа». Есть друзья. Деловой, активный, достаточно успешный в жизни. Заговорил к 4-5 годам.

Мать, 35 лет, учительница, но в связи с ранним рождением детей (первый в 19 лет) никогда не работала, хотя все еще мечтает об этом. Имеет мягкий, легкий характер, легко приспосабливается к трудным ситуациям. Любит гостей, особое удовольствие получает от детских праздников, любых мероприятий, связанных с детьми. Производит впечатление интеллигентного человека. Быстро ориентируется в социальных вопросах.

Старшая сестра, 15 лет, учится в 8 классе. Отличница, очень активная, имеет много друзей, разнообразные интересы. Много помогает матери по дому. Живая, эмоциональная.

Брат, 12 лет, учится в 6 классе. Развивался с задержкой. Речь появилась только к 4 годам, и только в 5 лет заговорил развернутой фразой. Всегда «мямля», вяловатый, неуклюжий, не очень способный. Занимался длительно с логопедом – и в детском саду, и в школе. Медлительный, но эмоциональный, общи-

тельный, есть близкие друзья. Учится слабо, в основном на «3». Под воздействием родителей и под их контролем занимается спортом – большой теннис, а теперь еще и рукопашный бой.

Анамнез

Ребенок от 3-й беременности, протекавшей в целом без осложнений. Отмечался токсикоз на 2-3-м месяце. Роды в срок, самостоятельные, также без осложнений. Родился с весом 4200, ростом 53 см. Закричал сразу. В первые же сутки был приложен к груди, сосал активно. Из роддома выписаны на 5 сутки. Был достаточно активным. Грудное вскармливание получал до 1 мес., затем маме стало казаться, что молока не хватает, постепенно докармливая, перешла на искусственное вскармливание. Был ласковым, улыбчивым. Выделял своих и чужих. К чужим на руки не шел. В 1.5 мес. держал голову, в 6 мес. сидел, в 7 мес. ползал, в 10 мес. стал ходить самостоятельно. Лепет появился к 6-7 мес., а к 1 году стал произносить первые слова (мама и сокращенное имя сестры). Был активным, спокойным, всем интересующимся ребенком, выполнял простые просьбы, ориентировался в быту. В 1 год 2 мес. упал с внутренней лестницы со 2-го этажа (с высоты 1,5 м), получил перелом затылочной кости (?), ушиб мозга. Неделью находился на лечении в стационаре. Поведение после падения не изменилось.

В 1 год 6 мес. упал 2-й раз - на бетонный пол, затем через 3 дня упал 3-й раз. Оба раза ударился головой. После третьего падения сильно плакал ночью (2 часа не могли успокоить), повезли в больницу, где констатировали сотрясение головного мозга. Поведение ребенка резко изменилось. Стал раздражительным, плаксивым, часто много плакал без особых причин. Словарный запас не прибавлялся до 3 лет.

Любил собирать миски, перекладывать предметы. Навыки опрятности появились к 2 годам. Начал сам есть (но и сегодня мама может докармливать). Тянется к старшим детям. С братом любил собирать кубики, с сестрой рисовать.

Проживали в Московской обл., на лето уезжали к родным на Кавказ. В семье двуязычие, хотя с детьми родители говорят по-русски. Первое время после рождения 3-го ребенка родители между собой говорили на родном языке, но по рекомендации специалистов в течение последнего года стали в присутствии мальчика говорить на русском языке. В сентябре переехали в Москву. До этого времени регулярных занятий с ребенком не проводилось. Его всячески оберегали и позволяли целыми днями смотреть мультфильмы. Четкого режима не было.

Мальчик был осмотрен коррекционным педагогом И.Е. Авериной.

Ребенок светлокожий, с голубыми глазами, крупной головой, короткими уплощенными пальцами на руках. В целом не похож на маму, ощущение стигматизированности. При этом на рекомендации обратиться к генетику родители отказываются, так как уверены, что ребенок – вылитый дедушка и все мальчики в семье на него внешне очень похожи. Необходимости в консультации не видят.

На первичном приеме в апреле 2012 г. контакту мало доступен. Смог выполнить 3 конструктивных задания на соотнесение по цвету, форме и величине. Работал в стратегии проб и ошибок, есть контроль ошибок, элементы зрительного соотнесения. На прямые вопросы не отвечал, от выполнения других заданий отказывался. Проявлял негативистические реакции, монотонно кричал при нежелании выполнять что-либо из предложенного. Работал только при наличии собственного интереса. Речи на приеме не демонстрировал.

После консультации получили рекомендации по развитию и воспитанию ребенка, ввели режим, исключили телевизионные передачи, начали общаться на русском языке и т. д. В возрасте 4,5 лет ребенок пошел в логопедическую группу детского сада. Плакал 1 день, но затем быстро адаптировался, идет в сад с удовольствием, рассказывает о друзьях, есть привязанности, чаще всего играет с двумя мальчиками. В индивидуальных занятиях активен, во фронтальных более пассивен, замыкается не может понять общую инструкцию и выполнить ее. Хорошо включается в общие подвижные игры.

Спит хорошо, в еде несколько избирателен. Считывает эмоции. Может пожалеть, обнять близких. При изменении ситуации может отказываться от выполнения привычных действий. С апреля прошлого года до настоящего времени мама отмечает выраженное снижение количества истерик. Стал больше говорить и понимать. Стало возможно договориться. Расширился диапазон интересов, улучшилась моторная сфера.

Вторая встреча с ребенком была на ОПМПК при диагностике ребенка на предмет возможности посещать логопедическую группу детского сада. Ребенок справился с предложенными конструктивными заданиями на соотнесение предметов по цвету, форме, величине, но при этом отказался вступать в речевой контакт. Со слов мамы, в октябре у ребенка появились простые фразы (при сильно нарушенном звукопроизношении). Возможность убедиться в том что ребенок действительно может говорить, специалисты ОПМПК смогли получить в коридоре, подслушав разговор ребенка с мамой, когда по их просьбе мама попросила ребенка в спокойной обстановке помочь ей рассказывать знакомую сказку в стихах. Ребенок договаривал простые слова.

С декабря 2012 стал посещать индивидуальные занятия с коррекционным педагогом в Институте Гармоничного Развития и Адаптации 2 раза в неделю.

За короткое время занятий у ребенка отмечается выраженная положительная динамика в развитии всех основных сфер.

Моторная сфера: при общей моторной неловкости и некоторой пассивности в последние месяцы отмечаются улучшения. В мелкой моторике не мог осуществить полноценный пинцетный и щипковый захват, сейчас же вкалывает кнопки в пробковую доску, соотнося по точкам рисунок (улучшилась зрительно-моторная координация, раньше не мог сделать этого), вертит волчки и 2-мя руками и 3-мя пальцами. Правильно держит карандаш, пытается рисовать (графомоторные навыки развиты недостаточно). Обводит по контуру рамки-штриховки. Закрашивает изображения, старается не выходить за его границы, что пока не всегда получается.

Знает 20 букв. Знает и соотносит количество и число в пределах 5 (уверенно). Считает методом пересчета.

Понимание обращенной речи недостаточное. Трудности понимания сложных логико-грамматических конструкций. Речь фразовая. Спонтанная речь состоит из 3-4 словных фраз. На вопросы обычно отвечает одним словом или, реже, 2-3-словной фразой. Звукопроизношение нарушено. У ребенка отсутствует часть передних верхних зубов. В речи множественные аграмматизмы. При поступлении в ДОУ на ОПМПК был поставлен диагноз ОНР (Общее недоразвитие речи) 1-2. На сегодняшний день можно говорить об ОНР 2-3 уровня. Улучшилось звукопроизношение. В речи появились распространенные предложения.

Слуховая память развита слабо. С трудом удерживает 2-3-ступенчатую вербальную инструкцию (необходимо неоднократное ее повторение). При этом

зрительное подкрепление позволяет удерживать 3-4-ступенчатую инструкцию. Фонематическое восприятие нарушено.

Звукослоговую структуру слова удерживает (до 3 слогов уверенно). При этом стал говорить фразами из 3-4 слов. Начал петь, подпевать педагогу, интонируя мелодию. Может с направляющей помощью составить и также с помощью вопросов составить простой рассказ.

Любит тактильные игры. Активизируется при их использовании. Выполняет сложные конструктивные задания. Выстраивает сериационные ряды от большего к меньшему. Может использовать различное пространство для сериационных рядов (в высоту, на горизонтальной плоскости, на вертикальной плоскости). Соотносит объемное и плоскостное изображение. Знает и называет цвета (основные, ахроматические и оттенки). Понимает и выполняет простые инструкции с опорой на наглядность. Может установить простые причинно-следственные связи. Уровень общей осведомленности ниже возрастной нормы.

Отмечается истощаемость. Некоторые трудности распределения внимания.

Болезненно реагирует на изменения ситуации занятия, но возможно договориться. Привязан к педагогу. Демонстрирует хороший уровень исследовательской активности. С удовольствием расширяет деятельность. Способен завершить цикл.

А.А. Северный: Спасибо. Перейдем к заключению психиатра.

Н.М. Иовчук, психиатр, доктор мед наук: Я внесу некоторые дополнения, касающиеся анамнеза. Еще раз упомяну, что ребенок в возрасте 1 года 2 мес. упал в лестничный пролет на деревянные перила затылком. Не было потери сознания, рвоты. Ребенка стационарировали в детскую клиническую больницу № 9, где он лежал 1 нед. (с 10.03.2009 г. по 1803.2009 г.). Диагноз: Ушиб головного мозга. Закрытый перелом затылочной кости. После выписки вел себя обычно. Но речь не пополнялась новыми словами.

В возрасте 1 г. 6 мес. (4.07.2009 г.) упал с высоты своего роста, ударился затылком. Потери сознания, рвоты не было. К врачу не обращались. Через 10 дней (14.07.2009 г.) упал с прогулочной коляски, ударился головой о цементный пол. Рвоты не было, но появилась выраженная возбудимость, крик, отказ от еды. Снова лежал в больнице им. Сперанского (3 дня). **При поступлении:** состояние средней тяжести. Капризен, возбужден, негативистичен, нарушен сон. **Диагноз:** сотрясение головного мозга. Афтозный стоматит. Гипертензионный синдром.

При обследовании: М-ЭХО – смещения срединных структур головного мозга нет. Краниограмма: травматические костные повреждения не выявлены. Черепные швы без особенностей. Несколько усилен рисунок «пальцевых вдавлений» в задних отделах. **Осмотр окулиста:** диски зрительных нервов розовые, границы четкие, вены расширены, артерии в норме. Очаговых изменений в сетчатке не выявлено. Проведено **лечение:** диакарб, аспаркам, аскорутин, циннаризин, витамин В6, фенибут. Выписан по требованию родителей под наблюдение невропатолога и педиатра по месту жительства.

С этого времени стал раздражителен, первое время плакал не переставая. Совсем не говорил, не появлялось новых слов. Не мог подолгу ни на чем сосредоточиться, быстро прекращал начатую игру. Показывал, чего он хочет мычанием, при смене обстановки, при недовольстве громко кричал, плакал. Очень быстро уставал, и тогда становился особенно плаксивым. Играл со старшими детьми дома в машинки, кубики, мяч. К незнакомым взрослым относился на-

стороженно, не хотел с ними общаться, отворачивался, плакал. Оставался ласковым к родителям. Был подолгу спокойным только при просмотре мультфильмов в течение года, с 2 до 3 лет занимался этим почти постоянно, пытался подражать движениям героев мультиков. Появилась «привычка» крепко сжимать ладонями понравившийся предмет, при этом отмечалось своеобразие позы (с наклоном вперед). Иногда не откликался, не реагировал на зов, как будто ничего не слышал. В эти годы эпизодически наблюдался амбулаторно все в той же 9-й больнице неврологами. **Диагноз:** особенности эмоционально-волевой сферы у ребенка с посттравматическим синдромом. Назначали танакан, нейромультивит, глицин, элькар, магне В6, церебрум композитум. Неоднократно предлагали пройти консультацию генетика, но этого не было сделано.

ЭЭГ от 11 апреля 2011 г.: Ирритативные изменения ритмика коры и подкорковых структур мозга. Патологической активности не зарегистрировано.

В 3 года 9 мес. ребенок пошел в детский сад (логопедический). Привык на удивление легко. Интересовался игрушками, тянулся к детям, пытался с ними играть, но условий игры не понимал, и по-прежнему ничего не говорил. Постепенно в процессе посещения детского сада и работы с логопедом стал говорить отдельные слова, но фразы так и не появилось.

Впервые на приеме психиатра (Н.М. Иовчук) в апреле 2012 г. с жалобами на задержку развития речи и повышенную раздражительность.

На приеме: выраженные черты диспластичности: короткие пальцы, торчащие большие уши, очень большая голова, выдающиеся надбровные дуги, маленькие глаза с элементами эпиканта, неправильный рост волос, зубов. Светлые волосы, голубые глаза. Очень бледный, пониженного питания. Вошел в кабинет с громким криком, отталкивал мать. Пытался ее стукнуть. Постепенно успокоился, занявшись игрой в железную дорогу. Не обращая ни на кого внимания, долго однообразно возит вагоны. В глаза не смотрит, отворачивается, не дает к себе притронуться, на вопросы не отвечает, будто бы их и не слышит. Вздрагивает, кричит при громком звуке из коридора. При попытке переключить на другую игру – крик. Понравившегося ему робота сжимает двумя кистями, монотонно покряхтывает, находясь в своеобразной позе. На вопросы, задаваемые матерью, отвечает отдельными словами, достаточно четко. Назвал цвета, части тела, называет свое имя, пользуется им вместо «я».

Несмотря на все мои диагностические сомнения, были назначены только курсы ноотропов: кортексин, когитум, фенибут, хотя написано – «в перспективе респондент». До последнего времени к психиатру не обращались. Все назначения были выполнены. Ребенок занимался с коррекционным педагогом (И.Е. Авериной), психологом (Д.С. Переверзевой), с логопедом в детском саду. В течение полугода состояние мальчика совершенно изменилось: стал более контактным, общительным с детьми. К взрослым по-прежнему относился настороженно, но на второй-третий раз уже легко с ними контактировал, отвечал на вопросы. Появилась фразовая речь, она продолжает развиваться. Стал более спокойным, меньше плачет, хотя все еще устает. Охотно посещает детский сад. Есть привязанности среди детей и взрослых (специалистов). Основная жалоба мамы – все так же стереотипно сжимает предметы.

На приеме 23.02.2013 г.: те же признаки стигматизации. В кабинет входит легко, без сопротивления. Спокойный, дружелюбный. Смотрит в глаза, улыбается. Мимика живая, адекватная. Реагирует на шутку. Сразу же отвечает на все вопросы короткой фразой. Называет свое имя и имена близких, цвета, части те-

ла, считает. Интересуется игрушками, спрашивает мать об их назначении. Тор-мозим. Назначения оставлены до решения консилиума.

Результаты ЭЭГ-исследования, проведенного кандидатом мед. наук

В.В. Грачевым: ЭЭГ мягко дезорганизована. Индекс медленных волн несколько увеличен во всех отведениях. В затылочных отведениях доминирует слабо организованный зрительный альфа-ритм, в спектре которого преобладают колебания частотой 8,5-9,0 Гц. Колебания альфа-ритма перемежаются отдельными медленными волнами и участками поличастотной активности с преобладанием нерегулярных медленных волн. В центральных отведениях регистрируются повторяющиеся фрагменты ритмических альфа-колебаний частотой 9,0-9,5 Гц, распространяющихся на височные и лобные отведения, реже теменные. Эта активность имеет акцент то по левому, то по правому полушарию (чаще по правому).

В течение записи отмечаются повторяющиеся билатеральные всплески нерегулярных тета-волн небольшой амплитуды с включением альфа-колебаний. Амплитудный максимум приходится на лобно-передневисочные и центральные отведения.

При записи с открытыми глазами после кратковременной десинхронизации наблюдается быстрое восстановление и значительный индекс затылочного альфа-ритма и альфа-активности в центральных, лобных и теменных отведениях; повышенная представленность медленных волн сохраняется.

Прерывистая Ф.С. вызывает реакцию усвоения ритма световых мельканий на частотах стимуляции 5-10 Гц. Реакция на HV-пробу слабая, гипервентиляция приводит к повышению амплитуды ЭЭГ, некоторому нарастанию индекса медленных волн и легкому усилению пароксизмальных проявлений. После окончания пробы в ЭЭГ длительно сохраняется вызванное гипервентиляцией изменение фоновых параметров.

Заключение: в ЭЭГ на фоне легких изменений по органическому типу выявляются признаки несколько сниженного тонуса функциональной активности коры головного мозга и мягкой ирритации подкорковых структур. Очаговых изменений и эпилептической активности не зарегистрировано.

В сравнении с предыдущей ЭЭГ от 11.04.2011 выявляется положительная динамика в виде ослабления корково-подкорковой ирритации и улучшения функционального состояния коры головного мозга.

Психологическое заключение (докладывает кандидат психол. наук Д.С. Переверзева): в ситуации обследования ребенок охотно вступает в контакт со специалистом, старается выполнять предложенные задания, адекватно реагирует на похвалу и замечания как со стороны специалиста, так и со стороны матери. В свободной деятельности демонстрирует познавательную активность, однако она носит упрощенный характер: ребенок переходит от одного предмета к другому, быстро пресыщается, не демонстрирует развернутого игрового или исследовательского поведения. При наличии контроля со стороны взрослого уровень организации деятельности заметно улучшается. Ребенок адекватно реагирует на сенсорные воздействия, ориентировочные реакции носят равномерный, устойчивый характер, признаков гиперактивности, патологической избирательности внимания нет. Ребенок ориентирован на речь, демонстрирует разделенное внимание.

Отмечаются дизэмбриогенетические стигмы (эпикантус, низкий лоб, короткая шея). В семейном анамнезе следует обратить внимание на позднее раз-

витие речи у брата и сестры (после 5 лет, со слов мамы). Ранний анамнез отмечен черепно-мозговыми травмами (первая в возрасте 1,2 лет, вторая в возрасте 1,6 лет).

Результаты обследования с помощью психолого-образовательного профиля (РЕР-3)

Тест РЕР (Psychological-Educational Profile - психолого-образовательный профиль) предназначен для обследования детей с синдромом аутизма или нарушениями коммуникативной сферы в возрасте от 6 месяцев до 7 лет. Данная методика позволяет оценить успешность развития следующих психических функций: когнитивное вербальное/превербальное развитие, понимание речи, экспрессивная речь, тонкая моторика и глазодвигательная координация, крупная моторика, зрительно-моторная имитация. По итогам тестирования приводится соответствие результатов выполнения заданий нормативным показателям, благодаря чему можно установить психический (ментальный) возраст развития по указанным шкалам.

По результатам тестирования можно сделать вывод о наличии задержки психомоторного развития, которая носит в целом равномерный характер. В среднем состояние основных функций соответствует возрасту 34 мес. Наиболее высокие показатели были получены по шкалам: зрительно-моторная имитация (40 мес.), когнитивное вербальное/превербальное развитие (37 мес.). Ограничения по этим шкалам касались трудностей удержания ритмической стороны деятельности, осуществления кроссмодального переноса, копирования геометрических фигур, выполнения задания на произвольную сортировку без показа и указания основания для классификации, повторения последовательностей, состоящих более чем из 3 элементов. Снижение балла по шкале «крупная моторика» связано с недостаточным развитием латерализации функций, нарушением функции равновесия. Были также отмечены нарушения глазодвигательной координации и трудности выполнения тонких моторных действий.

Шкала развития	Возраст развития
Когнитивное вербальное /превербальное развитие	37 мес.
Экспрессивная речь	30 мес.
Понимание речи	33 мес.
Тонкая моторика и глазодвигательная координация	33 мес.
Крупная моторика	31 мес.
Зрительно-моторная имитация	40 мес.

Тест РЕР позволяет также оценить степень патологического отклонения реакций по 4 шкалам: нарушения аффекта, сенсомоторной интеграции, социального и речевого поведения. Признаки умеренного отклонения наблюдаются по всем шкалам. В основном снижение показателей было связано с недостаточностью познавательной активности, отсутствием явной инициативы во взаимодействии и деятельности, эмоциональной скованностью, недостаточной выразительностью позы и мимики, недостаточной развитостью вербальных средств общения, трудностями развертывания сложных форм поведения и деятельности в отсутствии инструкций со стороны взрослого.

Состояние функций программирования, регуляции и контроля деятельности

Отмечается быстрое истощение, снижение времени удержания внимания, снижение объема слухоречевого внимания (до 3-4 элементов). Переключение с одного способа действия на другой доступно, явной избирательности внимания не отмечено. Характерными являются трудности торможения (ингибиции): в конфликтных пробах ребенок вопреки инструкции уподобляет действие стимулу, не удерживает ритмический рисунок в слуховых пробах (не останавливается вовремя). Отмечаются также трудности произвольной организации деятельности при отсутствии инструкций и/или образца. Речь не используется в качестве средства регуляции собственных действий. Мышление наглядно-образное, процесс обобщения затруднен.

Состояние двигательных функций, тактильной и кинестетической чувствительности

Отставание в развитии крупной моторики связано с задержкой латерализации, недостаточностью функции равновесия. Тактильная (пальцевая) и кинестетическая чувствительность без особенностей: ребенок хорошо справляется с заданиями на запоминание и воспроизведение позы, трудности возникают только при необходимости переноса руки (ноги) через среднюю линию. Мелкая моторика рук затруднена. При выполнении действий с маленькими предметами подготовка кисти недостаточная, расстояние между пальцами не соответствует размеру объекта, движения нечеткие. Вместе с тем ребенок без ошибок справляется с пробой на пальцевой гнозис, опознает пальцы рук при одиночном и двойном прикосновении. Глазодвигательная координация затруднена. Ребенок не удерживает взор в боковых положениях, теряет фиксацию при следящих движениях.

Состояние речи, речевого восприятия

Словарный запас снижен, наблюдается недостаточное использование речи, снижение ее регуляторной и коммуникативной функции. При назывании предметных изображений отмечаются ошибки по ассоциативному, контекстному признаку (моряк вместо корабль). Наблюдаются трудности понимания многоступенчатых инструкций, а также высказываний, не связанных с текущей ситуацией. Объем слухоречевого внимания снижен. Трудности выполнения кроссмодального переноса (задание - волшебный мешочек по речевой инструкции без показа) свидетельствуют о задержке формирования целостного образа объекта.

Состояние зрительных функций, зрительного восприятия

Узнавание предметных изображений сохранно, ошибки связаны с трудностью подбора слова, узнавание фрагментированных изображений не затруднено.

Заключение: Таким образом, по результатам обследования можно говорить о задержке психоречевого развития ребенка. Признаков, указывающих на искаженный вариант дизонтогенеза, недостаточно. На первый план выступают нарушения мелкой моторики и праксиса, глазодвигательной координации, исполнительного контроля деятельности, формирования понятийной сферы.

Рекомендации: консультация врача-генетика; индивидуальные занятия с логопедом, коррекционным педагогом; индивидуальные занятия с нейропсихологом (в перспективе); наблюдение невропатолога; наблюдение в динамике.

А.А. Северный: Спасибо. Теперь можно задать вопросы докладчикам.

Г.В. Скобло: Что такое кроссмодальный перенос?

Д.С. Переверзева: Методика заключается в просьбе найти предмет на-

ощупь.

Г.В. Скобло: То есть результаты теста свидетельствуют о затруднении формирования целостного образа?

Д.С. Переверзева: Да.

Коррекционный педагог, канд. пед. наук А.М. Щербакова: Смотрели ли Вы ребенка на нарушение сенсомоторной интеграции?

Д.С. Переверзева: Нет, психологическое исследование в целом показывает это нарушение.

А.М. Щербакова: Психологическое исследование показывает, что трудно организовать движение, деятельность.

Д.С. Переверзева: В основном организации деятельности мешает крайняя истощаемость и снижение объема внимания.

И.Е. Аверина: Между тем на каждом занятии с ребенком внимание становится все лучше и лучше.

А.М. Щербакова: С 2 до 4 лет у ребенка была явная депривация, когда его лишили всех занятий, воспитания, посадив только за телевизор.

А.А. Северный: Как проявился аутистический радикал в результатах психологического исследования?

Д.С. Переверзева: Здесь речь скорее идет не об аутистическом радикале, а о нарушении инициативы, отсутствии возможности выполнения заданий без инструкций.

А.А. Северный: Если больше нет вопросов, пора побеседовать с матерью ребенка.

Беседа с матерью

А.А. Северный: Что о Вашем ребенке говорили в детском саду?

Мать: Говорили, что ему трудно заниматься в группе вместе с другими детьми, поскольку нарушено понимание речи, происходящего.

А.А. Северный: Как мальчик взаимодействует с детьми?

Мать: Тянется, играет. В детском саду есть друзья, вместе играют в кубики, машинки. Дома тоже играет в кубики, строительные машины, самолет, машинки, коробки. Любит попрыгать на диване, кровати.

А.А. Северный: В какое время дня он более активный?

Мать: Вечером, но засыпает хорошо, быстро.

А.А. Северный: У ребенка ведь были травмы?

Мать: У него был закрытый перелом затылочной кости в 1 год 2 мес., но специального режима не назначали.

А.А. Северный: Ребенок изменился после второй травмы?

Мать: Даже после третьей – появились слезы, чрезмерная раздражительность. Изменения были особенно заметны в течение первых 3 мес. после травмы: плаксивость, агрессия, злость, мог даже ударить.

А.А. Северный: Вам всегда были понятны причины его агрессии?

Мать: Сначала в больнице сразу после травмы совсем не были понятны причины раздражения, агрессии, а потом можно было понять причины, но они были совсем незначительными.

А.А. Северный: Как Вы считаете, сейчас мальчик такой же, как был до травмы?

Мать: Все же он стал более возбудимым, чувствительным, но теперь уже не плачет без причины.

А.А. Северный: У мальчика есть какие-то непонятные движения?

Мать показывает, как ребенок сжимает предметы: Это происходит 2-3 раза в день, когда ему что-то очень нравится. Других непонятных движений нет.

А.А. Северный: Он был ласковым до травмы?

Мать: Он всегда был ласков, ласков и сейчас. Хочет, чтобы его обнимали, смотрит в глаза.

А.А. Северный: С какого времени мальчик получает лекарства?

Мать: С апреля прошлого года, но с октября никаких лекарств не давали, так как стал хорошо развиваться. Положительный эффект наблюдался при лечении ноотропами – стал спокойнее, терпимее, стал больше говорить, лучше заниматься.

А.А. Северный: Какой он - жизнерадостный или грустный?

Мать: Жизнерадостный.

Г.В. Скобло: Вы поощряли длительные просмотры мультфильмов?

Мать: К сожалению. Было много своих дел, а он был занят и в это время спокоен. Сейчас смотрит мультфильмы реже, комментирует, предвосхищает события.

Г.В. Скобло: У Вашего старшего сына ведь тоже была задержка речи. Чем они отличаются?

Мать: Старший был всегда спокойным.

Г.В. Скобло: Он боялся «белых халатов»?

Мать: Да, до 4-х лет. Кричал, плакал, тянул за руку, старался увести от кабинета врача. Теперь спокойнее общается со взрослыми, но не с первого раза, сначала насторожен. Стал участвовать в утренниках, несмотря на присутствие взрослых. Танцует, радуется.

Канд. психол. наук Е.В. Филиппова: Когда мальчик был маленьким, вы с ним говорили по-русски?

Мать: Лето мы проводим у родителей на Кавказе, там говорим на родном языке, но с детьми в основном по-русски.

А.А. Северный: Реагирует ли ребенок на погоду?

Мать: Возможно, он реагирует на смену погоды. Может проснуться в плохом настроении, при этом может плакать, если старшие дети включают не ту телевизионную передачу.

А.А. Северный: Можно ли сказать, что ребенок бывает в плохом настроении без причины? Когда это бывает – утром, вечером, зимой, летом.

Мать: Плохое настроение скорее всего у него с утра, а к вечеру более возбужден и весел.

А.А. Северный: Есть ли у мальчика страхи?

Мать: Он боится только резких механических звуков – пылесоса, мясорубки, например.

А.А. Северный: Как он переносит транспорт, резкий свет, жару, качели?

Мать: Никаких проблем в этом нет.

А.А. Северный: Заметили ли вы, что ребенок устает?

Мать: От занятий устает через 10-15 минут, надоедает и уходит, а там, где ему интересно (мультфильмы, игра, возня), не устает совсем. Из-за такой утомляемости мы и занимаемся с ним дома не больше 15 минут подряд.

Г.В. Скобло: Есть ли у вас в семье кровнородственные браки? Вы с мужем из одной местности?

Мать: Да, из одной местности, но кровнородственные браки у нас не приняты.

Г.В. Скобло: За младшего мальчика Вы больше всего переживаете?

Мать: Да, тревоги больше именно за него, потому что он падал, были серьезные травмы, а потом были такие сильные истерики, очень много плакал, хуже, чем другие дети развивался.

Г.В. Скобло: Чем Вы можете объяснить такие частые падения в раннем возрасте?

Мать: Случайностью. Он не был неловким, неуклюжим. Возможно, к этому возрасту у него еще не появилось чувства края.

А.А. Северный: Если больше нет вопросов к матери, давайте позовем ребенка.

Психический статус ребенка во время консилиума

Несмотря на большое количество народа в кабинете, ребенок в сопровождении матери входит туда без сопротивления. Бледен, пониженного питания. Спокойно подходит к ведущему, улыбается в ответ на шутку, коротко отвечает на вопросы. Так, ответил, что он ходит в детский сад, что у него есть два друга, называет их имена. Говорит, что больше всего любит играть «в горки». Получив от ведущего конфетку, тут же убегает к столу, где уже разложены развивающие игрушки, и на протяжении продолжающейся беседы с матерью с увлечением занимается с И.Е. Авериной, смеется, отвечает на ее вопросы, не проявляя утомления или негативизма.

А.А. Северный прощается с ребенком и его матерью и предлагает приступить к разбору настоящего случая.

Заключение ведущего специалиста И.Е. Авериной

Ребенок вызывает затруднение с точки зрения дифференциальной диагностики. На первый взгляд, на сегодняшний день выделяются генетические стигмы и при первом поверхностном контакте с ребенком можно предположить вариант тотального недоразвития на резидуально-органической почве. Кроме того, при первом контакте в апреле 2012 г. в поведении демонстрировал множественные черты из области расстройств аутистического спектра. С декабря по февраль отмечается выраженная динамика развития, которая на сегодняшний день позволяет предположить, что это вариант задержанного развития (примерный возраст развития ребенка 3.5 года) с преобладанием нарушений речи (ОНР 2-3 у ребенка из двуязычной среды) на почве резидуально-органического поражения ЦНС.

В плане коррекционной работы с ребенком: к работе коррекционного педагога и логопеда подключить занятия с кинезиотерапевтом (по состоянию на апрель и декабрь 2012 г. это было преждевременным в силу ограниченности исследовательской активности ребенка и наличием крайне негативистических реакций, связанных с вторжением чужих взрослых. На сегодняшний день ребенок готов к сотрудничеству, и стали возможными занятия с кинезиотерапевтом. Также возможно подключение курса «Томатис» для развития слухового восприятия. Необходимо предложить маме ребенка прохождение курса собственной терапии (для снятия комплекса вины в том числе).

Рекомендованы также консультация генетика, дообследование невролога и курсовое лечение при необходимости (например, ноотропами).

Мы решили представить на консилиуме этого ребенка, так как за время наблюдения отмечалась совершенно разная картина: год тому назад было очевидное аутоподобное поведение, а теперь — только определенная задержка развития. Я думала, что он не войдет в кабинет, если там много народа, или даст про-

тестную реакцию, но он не только вошел, но и какое-то время контактировал с окружающими. Раньше не было никакого контакта с посторонними, поэтому и выглядел при обследовании много хуже, чем есть на самом деле.

Г.В. Скобло: Сейчас выглядел уравновешенным, улыбчивым, а неделю тому назад какое у него было настроение?

И.Е. Аверина: Когда приходит в «ИГРУ», у него последнее время всегда хорошее настроение, но попросила зайти в группу с детьми – отказался, правда, без бурной эмоциональной реакции.

А.А. Северный: Мама чего-то не договаривает?

И.Е. Аверина: Нет, она достаточно откровенна.

А.А. Северный: Просто складывается ощущение, что она испытывает страх сказать что-то, что может стигматизировать ребенка. Хочется знать, насколько отставание равномерно в разных сферах деятельности.

И.Е. Аверина: Самая большая проблема здесь – речевое отставание. Все остальное – на 3,5 года без диссоциированности.

Е.В. Филиппова: Как мальчик играет?

И.Е. Аверина: Появились элементы простой сюжетной игры. Все игры, связанные с эмоциональностью, тактильным контактом, доставляет ребенку удовольствие.

А.А. Северный: Надо понять, есть ли здесь диссоциативность развития.

И.Е. Аверина: На мой взгляд, диссоциативности нет. В сентябре еще можно было поставить умственную отсталость. Теперь мы думаем об отставании минимум на 1,5 года.

Н.М. Иовчук: Признаюсь, что когда я увидела ребенка в первый раз, то была уверена, что это манифест эндогенного заболевания, спровоцированный черепно-мозговой травмой и стационарированием. Тогда респондент я не назначила только потому, что слишком выраженными были органические стигмы. После курсового лечения ноотропами и начала коррекционной работы, а также изменения режима жизни мальчика, когда его, наконец, оторвали от телевизора и ввели в группу детей, началась кардинальная динамика состояния. Сейчас мы видим (и это подтверждается психологическими, дефектологическими, электрофизиологическими исследованиями, заключениями неврологов) выраженные органические стигмы, утомляемость, истощаемость, снижение памяти, внимания, раздражительная слабость, то есть признаки посттравматической энцефалопатии. Задержка психического развития, вероятно, и была обусловлена тяжелой посттравматической энцефалопатией и депривацией, когда он перестал развиваться. Теперь есть вполне реальная надежда, что ребенок к 7–8 годам жизни сможет достичь уровня развития сверстников и учиться в школе.

А.М. Щербакова: Мне кажется, что достаточно тяжелая черепно-мозговая травма в раннем возрасте может вызвать нарушение развития. Почему я говорила о депривации в данном случае? Недавно видела ребенка, который 2 года после ожога просидел в кровати, родители боялись за него и не выпускали, не занимались, и ребенок перестал говорить и развиваться. Как только стали заниматься и расширять кругозор, стал говорить. В рассматриваемом нами случае тоже была депривация на протяжении 2 лет, когда на мальчика практически не обращали внимания, лишив его общения и занятий. Тогда было очевидным аутоподобное поведение и истерики, и это понятно, когда ребенок не может высказаться, договориться, играть, не понимает, что происходит. Сейчас у матери достаточно выражены чувство вины и страх за ребенка. Ей определенно нужна

психологическая помощь.

А.А. Северный: Нельзя не обратить внимания на то, что мальчик на первом году жизни нормативно развивался.

Г.В. Скобло: Меня очень заинтересовал этот ребенок. Хотелось бы вернуться к вопросам генетики. Родители, хотя и не кровные родственники, по их мнению, но из одной местности, вероятно, из изолята, поэтому в семье проявляется гетерозиготный ген – у нашего ребенка, у старшего брата, у деда. Все они блондины, у всех черты интровертированности и задержки развития в детском возрасте. Такие аутистические состояния очень характерны для обменных нарушений. Ребенка необходимо отправить на консультацию к генетикам, хотя они и не выявляют гетерозиготных состояний. Между тем, динамика у ребенка очень хороша. Будет жить полноценно среди нас.

А.М. Щербакова: Мне кажется, что помимо коррекционной психолого-дефектологической работы, была бы полезной для развития эмоциональности кинезиотерапия. Начать стоит с легкой телесной терапии, постепенно увеличивая нагрузку. 2 года испытывал эмоциональный и моторный дефицит, сидя исключительно на мультфильмах. Поэтому коррекционная работа должна строиться по принципу замещающего онтогенеза.

Канд. мед. наук Н.К. Кириллина: Негативизм мальчика имел невротическую природу.

Н.М. Иовчук: Нельзя не заметить, что кроме самой черепно-мозговой травмы стационарирование сыграло роль психотравмы. А наряду с выраженными чертами энцефалопатии несомненно имел место и депрессивный компонент, связанный как с задержкой развития, так и с длительной депривацией.

А.А. Северный: Приступим к заключению. Прежде всего остановимся на психическом статусе ребенка, в котором нет ничего, кроме отставания в психическом развитии и органических стигм. Ребенок контактен, смотрит в глаза, готов к игре. Задержка психического развития равномерная. Но при этом определенно выявляется циркадность: несколько часов после пробуждения у мальчика снижено настроение. Из беседы с матерью и в психическом статусе не отмечается никаких признаков церебрального синдрома (не говоря уже об энцефалопатии). Ирритация по результатам ЭЭГ в возрасте 4 лет может свидетельствовать об аффективной патологии, являться показателем аффективного напряжения. В этом смысле весьма показательна динамика картины ЭЭГ, на которой в нынешнем статусе заметно уменьшились признаки ирритации и незначительно выражены собственно органические нарушения при отчетливых проявлениях общего недоразвития функционального состояния головного мозга.

В течение 1,5 лет у ребенка отмечалось нормативное развитие. Нормально ел, спал, пошел раньше времени, заговорил вовремя, в глаза смотрел, ласкаться любил. Первая травма с переломом затылочной кости и ушибом мозга не дала никакой психической и неврологической клинической симптоматики. Не было никакой реакции и после второго сотрясения мозга. Клинические проявления начались после третьей травмы. Мать описала отчетливую депрессивную клинику – дистимическую депрессию, на фоне которой отмечается резкое отставание в психическом развитии с чертами регресса. Манифестация этого состояния совпала с первым возрастным кризисом (18-месячный возраст – пик возможности манифестации психических расстройств, что мы обнаруживали в свое время, занимаясь психосоматикой, в частности пароксизмальной тахикардией в раннем возрасте). У мальчика в этом же возрасте, по нашему мнению, возникла депрес-

сия с депрессивным аутизмом, отгороженностью, плачем. Депрессия затормозила его развитие, но торможение было более или менее равномерным. Вероятно, ребенок был предрасположен к этому (вспомним особенности отца, деда, брата). Кончилась депрессия, и он стал развиваться, проделав огромную динамику в течение последних 6 месяцев. Давайте будем опираться на ту клинику, которую видим. Он, действительно, стигматизирован, предрасположен, есть врожденный органический фон, который, впрочем, не отменяет депрессии. При этом не выявляется никаких клинических признаков органического поражения ЦНС – ни церебрастенического, ни, тем более, энцефалопатического характера.

Н.М. Иовчук: Какая депрессия? Эндогенная, реактивная, невротическая?

А.А. Северный: Конечно, эндогенная. Из работ детских психиатров, в т. ч. Н.М. Иовчук, известно, что эндогенные аффективные расстройства у детей, как правило, возникают после экзогенной провокации.

Н.М. Иовчук: Я не вижу в семейно-наследственном фоне указаний на аффективную, тем более эндогенную наследственность. Несомненно, был депрессивный компонент в его патологическом состоянии, но он не был основным.

А.А. Северный: А меня удивляет, что Вы тогда не назначили ему антидепрессантов.

Н.М. Иовчук: Как Вы заметили, я тогда не назначила ребенку никаких психотропных препаратов, кроме ноотропов, поскольку слишком уж выраженными были (и, на мой взгляд, есть) признаки органического поражения ЦНС.

Г.В. Скобло: В аффективной принадлежности смущает такая грубая задержка в развитии. Но так или иначе здесь имеют место три основных фактора: стигматизация, черепно-мозговая травма, аффективные расстройства.

А.А. Северный: И все-таки здесь не видно в психическом статусе ни церебрастении, ни энцефалопатии. Если настаивать на органическом поражении, нужно надо найти хоть один достоверный клинический признак органики. Давайте докажем ее существование или ее исключим хотя бы дополнительными исследованиями: компьютерной томографией, ЭЭГ-мониторингом, генетическими исследованиями.

Н.М. Иовчук: Я считаю, мнения принципиально расходятся. Я не верю в такое странное начало депрессии. Давайте, действительно, дообследуем и понаблюдаем ребенка в динамике и посмотрим его через год. Я вообще считаю, что очень были бы полезными катamnестические консилиумы. Но все-таки давайте решим, что делать с ребенком, как его лечить.

А.А. Северный: Думаю, что сейчас ребенка лечить не надо. Необходима только коррекционная работа. У него выраженный психический инфантилизм. Какой (если следовать К.С. Лебединской): конституциональный, соматогенный, психогенный, резидуально-органический?

Н.К. Кириллина: Смешанный.

А.А. Северный: Вы совершенно правы. Если нет тяжелого органического поражения, инфантилизм компенсируется. Здесь на врожденный дизонтогенетический инфантилизм наложилась аффективная фаза. Редуцировалась фаза – осталась задержка психического развития. Как вы думаете, что еще добавить к имеющейся коррекционной работе?

А.М. Щербакова: Психотерапию.

А.А. Северный: На этом, пожалуй, закончим, а через год еще раз посмотрим коллективно мальчика. Всем спасибо.

К ЮБИЛЕЮ АНАТОЛИЯ АЛЕКСЕЕВИЧА СЕВЕРНОГО

Северный Анатолий Алексеевич – психиатр высшей категории, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН, президент Ассоциации детских психиатров и психологов, заместитель главного редактора журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков».

А.А. Северный родился 5 августа 1942 г. в Свердловской области. В 1960 г. окончил среднюю школу № 21 г. Москвы и поступил на лечебный факультет 1 Московского медицинского института им. И.М. Сеченова. Несмотря на то что еще в студенческие годы активно занимался научной работой в области психиатрии, выступал на конференциях и имел публикации, после окончания института в течение многих лет работал практическим психиатром – сначала в Тамбовской областной психиатрической больнице (по распределению), а затем с 1969 г. по 1975 г. – в психиатрической больнице № 4 им. П.Б. Ганнушкина и психиатрической больнице № 1 им. П.П. Кашенко.

С 1975 г. А.А. Северный работает в НИИ психиатрии Академии медицинских наук (позже - Научный центр психического здоровья РАМН) младшим научным сотрудником, старшим научным сотрудником, а с 1993 г. - ведущим научным сотрудником. В 1980 г. защитил кандидатскую диссертацию по проблеме шизоаффективного психоза.

С 1983 г. Анатолий Алексеевич занимается клиническими исследованиями в области детско-подростковой психиатрии. Круг его научных интересов очень велик – это аффективные и шизоаффективные психозы у детей и подростков, пограничная психическая патология в детско-подростковом возрасте, организация помощи детям и подросткам с психическими нарушениями. Анатолий Алексеевич является одним из немногих детских психиатров, которые углубленно на базе соматической клиники (Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ) занимаются исследованием психосоматической патологии у детей и подростков. Им описано явление соматопсихического синергизма, сформулировано и обосновано понятие психовегетативного диатеза. Его статьи в этой области широко известны не только в России, но и за рубежом. Нельзя не отметить, что А.А. Северный является одним из лучших специалистов в области психопатологии детства. Созданные по его инициативе и регулярно проводимые им междисциплинарные консилиумы всякий раз привлекают немалую аудиторию – врачей различного профиля, психологов, дефектологов, педагогов и социальных педагогов, социологов и других специалистов. Анатолий Алексеевич является автором более чем 220 научных публикаций, в том числе 4 монографий (в соавторстве), соавтором и соредактором Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста, автором Проекта реорганизации психиатрической помощи детям и подросткам, разработанного по поручению Государственной думы РФ. Деятельность А.А. Северного широко известна за границей, где он многократно выступал на конгрессах и конференциях (в США, Великобритании, Франции, Швеции, Германии, Болгарии, Польше, Испании). Под научным руководством А.А. Северного защищено не-

сколько кандидатских диссертаций.

В 1992 г. Анатолий Алексеевич с группой специалистов организовал Независимую ассоциацию детских психиатров и психологов (с 1999 г. - Ассоциация детских психиатров и психологов), избран ее Президентом, переизбран на ту же должность в 1995, 1999, 2003, 2006, 2010 гг. В настоящее время АДПП имеет отделения или своих представителей в 15 регионах РФ и 3 государствах (Эстонии, Литве, Киргизии) и насчитывает более 150 членов, является представителем России в IАСАРАР - Международной ассоциации детской и подростковой психиатрии и смежных специальностей – и в ESCAP – Европейском обществе детской и подростковой психиатрии.

Как представитель Ассоциации детских психиатров и психологов участвовал в разработке в Государственной думе РФ Закона РФ по защите прав детей и подростков; в ряде акций по защите прав детей (выступления в Общественной палате при Президенте России, разработка проектов по реформированию службы охраны психического здоровья детей, по социально-юридической защите детей с психическими нарушениями и их семей, Закона РФ по оказанию психиатрической помощи несовершеннолетним и др.); в работе международных конгрессов и конференций, выступал в различных программах радио и телевидения.

А.А. Северный является инициатором и ведущим организатором (совместно с государственными и общественными организациями) серии общероссийских конференций по актуальным психолого-психиатрическим и социально-педагогическим проблемам детства: “Особый ребенок и его окружение” (1993 г.); “Сироты России: проблемы, надежды, будущее” (1993 г.); “Школьная дизадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков” (1995 г.); “Интеллектуальная и творческая одаренность.” (1995 г.); “Социальная дизадаптация: нарушения поведения у детей и подростков” (1996 г.); “Дети России: насилие и защита” (1997 г.); “Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь” (1998 г.). Только благодаря энергии и целеустремленности Анатолия Алексеевича, начиная с 2001 г. Ассоциации детских психиатров и психологов с помощью государственных учреждений удалось организовать четыре международных конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (в Москве в 2001 г. в Минске в 2003 г., в Казани в 2006 г. и в Кирове в 2009 г.). Все сборники тезисов конгрессов лично формировались и редактировались Анатолием Алексеевичем. Надо отметить, что с каждым годом расширяется состав участников, профессиональное и региональное представительство на этих конгрессах, а тематические сборники конгрессов из года в год становятся все более объемными.

Журнал «Вопросы психического здоровья детей и подростков» - единственный в России журнал, посвященный междисциплинарным проблемам детства, создан в 2001 г. также по идее А.А. Северного. С тех пор, несмотря на все организационные и финансовые трудности, журнал выходит регулярно, становится все интереснее и пользуется заслуженным интересом специалистов.

Еще раз поздравляем Анатолия и Алексеевича и желаем ему здоровья, счастья и радости дома, в путешествиях и на работе, неиссякаемой энергии.

Редколлегия

Правление Ассоциации детских психиатров и психологов

Коллеги, ученики, друзья

100 ЛЕТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ИНСТИТУТУ РАО

В 2012 г. исполнилось 100 лет Психологическому институту – уникальному научному и образовательному учреждению, имеющему удивительную биографию и научную судьбу. С Психологическим институтом связано становление по крайней мере трех крупных отечественных научных школ:

- школы Челпанова (интеграция общепсихологического и экспериментально-психологического знания в исследовании психики),
- школы Выготского–Лурия–Леонтьева (культурно-исторический и деятельностный подходы к исследованию психики),
- школы Теплова (систематическое исследование физиологических основ индивидуально-психологических различий – дифференциальная психофизиология).

В развитие этих фундаментальных научных школ в институте оформился ряд крупных научных концепций и направлений, которые принесли мировую славу отечественной психологии, а именно:

- теория онтогенеза познавательных действий (А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконин);
- теория общения в раннем онтогенезе (М.И. Лисина);
- теоретико-экспериментальная модель общих и специальных способностей и одаренности и их природных задатков (Б.М. Теплов, В.Д. Небылицын, Э.А. Голубева);
- теория произвольного запоминания (А.А. Смирнов);
- концепция развития одаренности (В.М. Экземплярский, Б.М. Теплов, Н.С. Лейтес, А.М. Матюшкин);
- теория развития личности в детском возрасте (Л.И. Божович);
- теория развивающего обучения (Д.Б. Эльконин, В.В. Давыдов);
- теория деятельностного опосредствования развития личности и межличностных отношений (А.В. Петровский);
- теория детского развития в ходе обучения (Н.А. Менчинская);
- концепция оперативного отражения (Д.А. Ошанин);
- трансцендентальная психология восприятия (А.И. Миракян);
- концепция психологической регуляции деятельности (О.А. Конопкин);
- концепция социально-психологических нормативов (К.М. Гуревич);
- теория общественно полезной деятельности (Д.И. Фельдштейн).

Приоритетами в деятельности института являются фундаментальные и прикладные исследования современного детства: каков современный ребенок, чем обусловлены особенности его развития, какими средствами оно обеспечивается и как можно строить образование современного ребенка. В Психологическом институте разрабатываются основы детской практической психологии и уникальное направление – преподавание психологии в школе (И.В. Дубровина), основы психодидактики и экпсихология развития (В.И. Панов), концепция личностно-ориентированного образования (И.С. Якиманская), дифференциальный подход к исследованию саморегуляции произвольной активности человека (В.И. Моросанова, А.К. Осницкий), нормативная концепция диагностики индивидуальности (М.К. Акимова), методологические основы психотерапии (Ф.Е. Василюк) и др.

Сотрудниками Института созданы уникальные образовательные программы и учебники нового поколения, основанные на деятельностном подходе и отве-

чающие задачам национальной инициативы «Наша новая школа». Особо следует отметить проводящиеся в этом направлении работы лабораторий Б.Д. Эльконина и учебники нового поколения, созданные сотрудниками лаборатории академика Г.Г. Граник.

В институте разработаны и внедрены в практику образования адресные системы психологического сопровождения различных категорий детей (одаренные дети, дети с нарушениями развития, девиантные, дети-сироты и т. д.). Научные коллективы института являются разработчиками и организаторами широкого внедрения целого ряда программ и технологий обучения и воспитания детей дошкольного и школьного возрастов. Прикладные разработки осуществляются в регионах России и странах ближнего зарубежья на многих экспериментальных площадках. Вклад Психологического института в развитие науки и образования отражает тот факт, что за последние 15 лет более 70 сотрудников института стали лауреатами премий Президента и Правительства РФ области образования.

Важным каналом профессиональной коммуникации, пропаганды и внедрения результатов НИР Психологического института РАО, а также реальным инструментом повышения квалификации специалистов служит широко известный научный журнал «Вопросы психологии», а также ежеквартальные научные журналы «Теоретическая и экспериментальная психология» и «Психологические исследования». Эти журналы входят в перечень изданий, рекомендованных ВАК РФ. При этом сотрудники ПИ РАО возглавляют редколлегии, редакционные советы, являются членами редколлегий более 40 известных отечественных научных журналов, а также ряда зарубежных периодических изданий.

Высокопрофессиональный кадровый, научный и методический ресурс Института стал основательным заделом для выполнения двух важнейших стратегических направлений нового плана фундаментальных исследований РАО на 2013–2017 гг., ответственность за выполнение которых возложена на Психологический институт: «Тенденции и закономерности развития современного ребенка (психического, физиологического и социокультурного)» и «Теоретические основы и практические модели поиска, выявления и развития детской одаренности». Сами названия этих направлений свидетельствуют об их научной и общественной значимости.

Е.О. Смирнова

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. Замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается редколлегией после получения рецензий и ответов автора.

14. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.

15. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи

Подписано в печать 22.04.2013 г.
Формат 60/90 1/16. Печать цифровая.
Гарнитура Times New Roman.
Бумага офсетная № 2.
Тираж 1000 экз.
Отпечатано ООО «Ра-Принт»
Тел. (495) 743-12-12