

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Научно-практический рецензируемый журнал
психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин

ISSN 2305-9133

2016 (16), №3

**«Вопросы психического
здоровья детей и подростков»**
(Научно-практический журнал
психиатрии, психологии,
психотерапии и смежных
дисциплин)

**Учредитель – Ассоциация
детских психиатров
и психологов**

Включен в перечень ВАК

Журнал представлен
в информационной базе РИНЦ
(Российский индекс научного
цитирования)

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

Подписной индекс
в «Пресса России» **29010**

Контакты редакции:
Почтовый адрес: 125009,
Москва, ул. Тверская, д. 12,
стр. 8, оф. 12
Телефон/факс: +7 499 251 4306
E-mail: acpp@inbox.ru

Тираж 500 экз.

Материалы для публикации в
журнале «Вопросы психического
здоровья детей и подростков»
направляются электронной
почтой вложенным файлом в
формате .rtf либо .doc на адрес:
acpp@inbox.ru.

Перепечатка запрещена.
При цитировании ссылка
обязательна.

Свидетельство о регистрации
ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.
© Ассоциация детских
психиатров и психологов. 2016

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместители главного редактора

А.А. Северный, Э.Г. Эйдемиллер

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, Е.О. Смирнова,
В.С. Собкин, Ю.С. Шевченко,
А.М. Щербакова

**Выпуск журнала осуществляется при финансовой
поддержке Института Гармоничного Развития
и Адаптации («ИГРА»)
и организационно-технической поддержке
ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей».**

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

РЕДАКТОРСКОЕ ВСТУПЛЕНИЕ	4
И.В. Добряков, И.М. Никольская ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИЕМОВ АРТ-ТЕРАПИИ В ПРОЦЕССЕ КОНСУЛЬТАЦИИ ПОДРОСТКА С ДЕЛИНКВЕНТЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ.....	8
В.С. Меренкова, Е.И. Николаева АНАЛИЗ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ.....	19
И.Ю. Маргошина ОБРАЗ СЕМЬИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ ИЗ СЕМЕЙ С РАЗНЫМ ТИПОМ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ.....	26
Н.Л. Васильева, Н.Н. Тушенкова ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ МАЛЬЧИКОВ И ДЕВОЧЕК СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	34
Р.Р. Харисова, Д.А. Комолов, Ю.В. Чебакова, С.Н. Ениколопов СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТИЛЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ ЗДОРОВЬЯ.....	42

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

А. Вайткявичене ИДЕНТИФИКАЦИЯ МОТИВОВ ПОВЕДЕНИЯ ЮНОШИ С УМЕРЕННЫМ НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА С ПРИМЕНЕНИЕМ АРТ-ТЕРАПИИ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ А. АДЛЕРА.....	52
М.Ю. Городнова, И.Л. Коломиец ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ: ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПОГРАНИЧНОГО ОПЫТА У ПОДРОСТКОВ.....	63
Л.М. Колпакова ПРОБЛЕМЫ И РЕСУРСЫ АДАПТИВНОСТИ В ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ (СООБЩЕНИЕ 1).....	69

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

А.М. Егорычев ОТЕЧЕСТВЕННАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА В СОЦИАЛЬНОМ РАЗВИТИИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА.....	77
И.А. Колесников, Э. Петраускайте ЭПИГЕНЕТИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СРЕДЫ НА РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА.....	82
О.А. Архиповская ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ В ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	86
Э.Ф. Верховцева РОДИТЕЛЬСКИЕ УСТАНОВКИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	90
И.А. Горьковая ПРОБЛЕМА ОГОВОРА ДЕТЬМИ МУЖЧИН В СОВЕРШЕНИИ ПРОТИВ НИХ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ.....	95

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

А.Э. Тарабанов, Э.Г. Эйдемиллер ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ (OBJECT RELATIONAL GESTALT THERAPY) ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПРИВЯЗАННОСТИ, СФОРМИРОВАВШИХСЯ В ПЕРИОД ДЕТСТВА (ЛЕКЦИЯ).....	100
Д.А. Емелина, И.В. Макаров ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА (ОБЗОР).....	106
В.В. Грачев, Ю.С. Шевченко, Е.А. Зубова НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР).....	113
О.М. Волкова, Г.В. Козловская, М.В. Иванов СИНДРОМ СТРАХОВ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	120

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

ИРИНА МИХАЙЛОВНА НИКОЛЬСКАЯ	128
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ	130

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

EDITORIAL PREAMBLE	4
I.V. Dobriakov, <u>I.M. Nikolskaya</u> USING TECHNIQUES OF ART-THERAPY IN THE CONSULTATION PROCESS OF ADOLESCENTS WITH DELINQUENT SEXUAL BEHAVIOR.....	8
V.S. Merenkova, E.I. Nikolaeva ANALYSIS OF THE PROGNOSTIC FACTORS OF CHILD'S INNER HEALTH PICTURE.....	19
I.Yu. Margoshina THE FAMILY'S IMAGE OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN FROM FAMILIES IN WHICH THE PARENTS HAVE DIFFERENT RELATIONSHIP TO THE CHILD.....	26
N.L. Vasilyeva, N.N. Tushenkova CHARACTERISTICS OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN PRE-SCHOOL AGE BOYS AND GIRLS.....	34
R.R. Kharisova, D.A. Komolov, Y.V. Chebakova, S.N. Enikolopov COMPARATIVE ANALYSIS OF THE PARENTING STYLES IN CHILDREN WITH VARIOUS HEALTH GROUPS.....	42

PREVENTION, THERAPY, CORRECTION, REHABILITATION, MANAGEMENT OF INVESTIGATION AND TREATMENT

A. Vaitkeveciene IDENTIFICATION THE BEHAVIOR MOTIVES OF YOUTH WITH INTELLECTUAL DISABILITIES THROUGH THE ART THERAPY AND ADLER'S INDIVIDUAL PSYCHOLOGY.....	52
M.Yu. Gorodnova, I.L. Kolomic GESTALT THERAPY: A PHENOMENOLOGICAL APPROACH TO THE TREATMENT OF BORDER EXPERIENCES IN ADOLESCENTS.....	63
L.M. Kolpakova THE PROBLEMS AND RESOURCES OF ADAPTABILITY IN DIFFICULT LIFE SITUATIONS.....	69

SHORT COMMUNICATIONS

A.M. Egorychev NATIONAL SOCIAL PEDAGOGICS IN SOCIAL DEVELOPMENT OF RUSSIAN SOCIETY.....	77
I.A. Kolesnikov, E. Petrauskaite EPIGENETIC INFLUENCES OF PERINATAL ENVIRONMENT ON CHILD DEVELOPMENT.....	82
O.A. Arkhipovskaia PERSONALITY TRAITS OF THE PERSON AT ADOLESCENT-YOUTHFUL AGE WITH VISUAL IMPAIRMENT.....	86
E.F. Verkhovtseva PARENTAL ATTITUDE HIV-INFECTED WOMEN WITH YOUNG CHILDREN.....	90
I.A. Gorkovaya PROBLEM OF CHILDREN'S SLANDER: MEN ARE ACCUSED OF THE SEXUAL VIOLENCE AGAINST THEM.....	95

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATHERIALS

A.E. Tarabanov, E.G. Eidemiller GESTALT THERAPY OF OBJECT RELATIONS (OBJECT RELATIONAL GESTALT THERAPY) IN DISORDERS OF ATTACHMENT, FORMED DURING CHILDHOOD (LECTURE).....	100
D.A. Emelina, I.V. Makarov DEVELOPMENTAL DELAY IN CHILDREN WITH RESIDUAL BRAIN DAMAGE (REVIEW).....	106
V.V. Grachev, Yu.S. Shevchenko, E.A. Zubova NEUROPSYCHIATRIC ASPECTS OF ANOREXIA NERVOSA (ANALYTICAL REVIEW. 1th part).....	113
O.M. Volkova, G.V. Kozlovskaya, M.V. Ivanov THE FEAR SYNDROME IN EARLY CHILDHOOD (SCIENTIFIC REVIEW).....	120

OFICIAL MATHERIALS, CRITIQUES, INFORMATION

<u>IRINA MIKHAYLOVNA NIKOL'SKAYA</u>	128
THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS	130

РЕДАКТОРСКОЕ ВСТУПЛЕНИЕ

Уважаемые читатели! Перед Вами номер журнала, который уже не первый раз носит условное название – «петербургского». В этом номере широко представлены научные работы психиатров, психотерапевтов, психологов, педагогов и специалистов по социальной работе из разных регионов РФ.

В былые времена в СССР существовало творческое противостояние московской и петербургской школ психиатрии. Московскую школу психиатров характеризовало тщательное изучение психопатологии психических расстройств, влияния и роли биологических факторов в их синдромогенезе. Петербургская (ленинградская) школа получила название школы психоневрологии. В.М.Бехтерев присвоил наименование «психоневрологический» основанном им Петроградскому университету и институту. Все его последователи, начиная с А.Ф. Лазурского, помимо биологических исследований, проводили исследования психологических особенностей пациентов, их личностного своеобразия, психосоциальных и социальных условий существования. В 1977 г. Дж. Энджел опубликовал статью о биопсихосоциальной модели здоровья и болезни. Однако сказанное выше показывает, что В.М. Бехтерев гораздо раньше предложил подобный подход в исследовании широкого спектра психоневрологических расстройств. Какие преимущества вносит применение психоневрологического, или биопсихосоциального, подхода в изучении клиники и этиопатогенеза психических расстройств?

1. Преодоление биологического редуccionизма. К примеру, у человека, болеющего, туберкулезом, страдают не только ткани и органы. Во-первых, большинство больных функционирует в неблагоприятных социальных условиях. Во-вторых, многие заболевшие имеют склонность к депрессивным реакциям, пониженную самооценку, переживания хронической фрустрированности.

2. Преодоление психологического редуccionизма. В конце 40-х–начале 50-х годов в США психиатры и психотерапевты стали изучать роль семейной дисфункции в этиопатогенезе шизофрении. Были описаны «шизофреногенная мать», «шизофреногенный отец», «шизофреногенная семья». Изначальная гипотеза гласила, что этиологической причиной шизофрении являются «семейное расщепление» и «семейный перекос». Результаты этих исследований оказались созвучными мыслям известного отечественного психиатра П.Б. Ганнушкина, которые он высказывал на клинических разборах еще в 30-х годах XX века: «Часто в семьях больных шизофренией родители представляют собой сочетание стеник+астеник». Более поздние исследователи [Minuchin S.; Воловик В.М.; Эйдемиллер Э.Г.] доказали, что этиологической причиной шизофрении является генная отягощенность, а этиологическим условием – семейная дисфункция, которая получила название «ригидная псевдосолидарная семья» [Эйдемиллер Э.Г., 1976].

3. Интеграционные процессы в психотерапии. Дело в том, что личности, группы, семьи являются открытыми системами, в которых элементы взаимосвязаны (интегрированы). В настоящее время Э.Г. Эйдемиллер и Н.В. Александрова разработали 2 метода психотерапии, которые доказали свою эффективность: краткосрочная аналитическая психодрама; аналитико-системная семейная психотерапия. В основе этих методов лежит интеграция теоретических подходов, которые взаимно и непротиворечиво дополняют друг друга.

Были времена, когда в СССР говорили о том, что более сильные психотерапевты в Москве – это специалисты с психологическим образованием, а в Ленинграде – врачи. В настоящее время психоневрологический, или биопсихосоциаль-

ный, подход в трактовке здоровья и болезни объединяют специалистов Москвы и Санкт-Петербурга, специалистов регионов, ближнего и дальнего зарубежья и в целом всего мира. При этом сохраняется конструктивный спор между специалистами в области психиатрии, психотерапии и психологии.

Немалую роль в интеграции научных и практических усилий в психоневрологии сыграли ассоциации врачей и психологов и издаваемые ими журналы. Ассоциация детских психиатров и психологов (АДПП) была основана в 1992 г. как профессиональная общественная организация несколькими детскими психиатрами из ведущих научно-клинических учреждений. Причиной создания АДПП была неудовлетворенность ее инициаторов состоянием помощи психически больным детям, детской психиатрической науки в России. В АДПП представлен широкий спектр специалистов - психиатров, психологов, педагогов, социальных работников и др. Т. о., АДПП решает одну из главных задач - объединять всех профессионалов, заинтересованных в сохранении и формировании психического здоровья будущего поколения страны.

Первым президентом Санкт-Петербургского филиала АДПП был известный психиатр и клинический психолог, психотерапевт, доктор мед. наук Виктор Ефимович Каган, прославившийся первой в СССР монографией «Аутизм у детей». Далее президентом филиала стал заместитель главного врача ЦВЛ «Детская психиатрия им. С.С. Мнухина», удачно сочетающий в себе таланты организатора, клинического психолога и психиатра, доктор мед. наук Игорь Константинович Шац.

В настоящее время президентом Санкт-Петербургского филиала является Эдмонд Георгиевич Эйдемиллер, доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Автор 150 публикаций и 5 монографий, один из основоположников в нашей стране семейной психотерапии и онтогенетически-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии, автор психологических методик исследования – «Аутоидентификация и идентификация по словесно-характерологическим портретам», опросник «Анализ семейных взаимоотношений» и проективный тест «Возраст. Пол. Роль», автор концепции «Патологизирующее семейное наследование» и классификации типов патологизирующего семейного воспитания. Основные области исследований: психосоматические отношения, когнитивные стили и сценарии, уровень и структура проявлений агрессивности у детей. Сотрудники кафедры, являющиеся членами СПб филиала АДПП, проводят научные исследования и осуществляют обучение методам и моделям психотерапии, основанным на интеграции следующих концепций:

1. Психоанализ З. Фрейда и А. Фрейда.
2. Психология отношений В.Н. Мясищева.
3. Системный подход/синергетика.
4. Новейшие версии психологии поля.
5. Нарративный подход.

До вступления в АДПП Э.Г. Эйдемиллер предпринял попытку создания междисциплинарной Санкт-Петербургской ассоциации «Психическое здоровье детей и подростков». Созданию этой ассоциации способствовали заслуженный врач РФ Людмила Павловна Рубина, в прошлом главный психиатр Санкт-Петербурга, главный врач ЦВЛ «Детская психиатрия», а также главный детский психиатр Северо-Западного федерального округа, доктор мед. наук И.В. Макаров, известные психологи. Со стороны педагогов мы столкнулись с неприятием цели создания ассоциации и негативным отношением к интеграции усилий представителей меди-

цинских, психологических и педагогических специальностей. В связи со сложившейся ситуацией Э.Г. Эйдемиллер обратился к президенту АДПП А.А. Северному, который предложил Э.Г. Эйдемиллеру вступить в АДПП и возглавить СПб филиал.

Заседания СПб филиала проходят один раз в квартал по утвержденному плану. Выступали такие врачи и психологи, как: д.п.н., профессор Р.М. Грановская, д.п.н., профессор Н.Л. Васильева, д.п.н., профессор И.А. Горьковая, бывший главный врач Городской психиатрической больницы № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова В.Г. Агишев, заведующий отделением психиатрии подросткового возраста СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева М.В. Писевич, к.м.н., сотрудник СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева С.Э. Медведев и многие другие.

Регулярное участие в ежегодной Международной научной конференции «Мнухинские чтения» принимают президент АДПП, заместитель главного редактора журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков» А.А. Северный, главный редактор Н.М. Иовчук и заместитель главного редактора Э.Г. Эйдемиллер. На протяжении 5 лет Э.Г. Эйдемиллер проводит ежемесячные заседания баллинтговской группы в классическом варианте М. Баллинта и в собственной модификации с использованием ролевых игр.

К сожалению, в настоящее время многие детские психиатры и медицинские психологи, особенно молодые, не проявляют интереса к деятельности СПб филиала АДПП. На практических занятиях повышения квалификации кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова обращает на себя внимание отсутствие интереса у слушателей к прочтению современной литературы, в частности, они не читают интереснейшие публикации журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков».

Уважаемые коллеги, приглашаем специалистов в области психоневрологии к широкому сотрудничеству и пополнению рядов АДПП и ее Петербургского филиала.

Э.Г. Эйдемиллер, председатель Санкт-Петербургского филиала АДПП, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

И.М. Никольская, почетный президент Санкт-Петербургского филиала АДПП, доктор психол. наук, профессор кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

И.Л. Коломиец, исполнительный директор Санкт-Петербургского филиала АДПП, кандидат психол. наук, ассистент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

Тел.: (812) 303-50-00, доб. 2385, 2386; эл. почта: eidemiller_mapo@mail.ru
 Сайт кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии:
www.eidemiller-maps.ru
 Сайт СЗГМУ им. И.И. Мечникова: www.szgmu.ru
 Сайт АДПП: www.acpp.ru
 Сайт журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков»:
www.psychildhealth.ru



И.В. Добряков, И.М. Никольская

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИЕМОВ АРТ-ТЕРАПИИ
В ПРОЦЕССЕ КОНСУЛЬТАЦИИ ПОДРОСТКА**

С ДЕЛИНКВЕНТНЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

**ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный университет им.
И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург).**

Резюме. Демонстрируются возможности и обсуждаются преимущества использования двух методических приемов (совместное сочинение сказок-метафор, отражающих пережитые ситуации; серийные рисунки и рассказы) на примере конкретного случая консультации подростка с делинквентным сексуальным поведением.

Ключевые слова: экспертиза, делинквентность, сексуальность подростка, методика сочинения сказок-метафор, методика серийных рисунков и рассказов.

В пубертатном периоде у юношей и девушек происходит завершение построения границ психики и тела, и души, формируется новое представление о себе. Значительную роль в этом играет появление вторичных половых признаков и физиологической гиперсексуальности. Личная жизнь ребенка, его переживания собственной идентичности, принятия социумом (открытые ранее многим, прежде всего родителям) постепенно становятся все более тайными, интимными. Индивидуализация тела приводит к новым культурным запретам, к новой индивидуальной стыдливости [4]. Становление телесных границ определяет субъект-объектное членение: по одну сторону границы есть «Я», по другую – иное [15]. Тело взрослого юноши или девушки при нормальном развитии семейных отношений никогда более не будет обнажаться в присутствии родственников противоположного пола. Стыд охраняет «внутреннее священное пространство», является основным мотивом, побуждающим людей не проявлять открыто свою сексуальность, искать уединения для сексуальных отношений [17].

Во время пубертатного периода происходит своеобразная проверка качества и зрелости сформированных к юношескому возрасту своду моральных ценностей и правил. Наряду с биологическим («природным», «первичным») телом формируется «социальное» («культурное», «вторичное») тело. Оно во многом ограничивает проявления «биологического» созданными культурой «рамками приличия» [1, 8, 15]. Характерное для подростков обостренное чувство независимости нередко сочетается с недостаточным принятием социальных обязательств. Этому способствуют неправильное воспитание, неблагоприятные условия развития, приводящие к дефициту впечатлений, положительных эмоций. Стремление восполнить этот дефицит является одной из основных причин девиантных поступков, не соответствующих принятым в обществе правовым и/или нравственным, социально-культурным нормам. Девиантные поступки совершаются ситуативно-импульсивно или осознанно. Импульсивные девиантные поведенческие реакции неожиданны для самого подростка, могут удивлять и пугать его. При осознанных – они не противоречат сложившимся у подростка представлениям о норме и справедливости. В настоящее время свои девиантные поступки подростки нередко оправдывают, ссылаясь на «социальную несправедливость» («почему у меня нет

такого телефона, как у всех? чем я хуже?»), на «права ребенка». Девиантное поведение либо корректируется адекватными реакциями неодобрения окружающими, референтной группой, либо закрепляется в условиях, когда стремления девиантного удовлетворения потребностей не встречает серьезных препятствий. Если девиантные формы поведения характерны для окружающей подростка среды, они не воспринимаются как ненормативные, а ненормативная активность может служить адаптации в девиантной среде.

Девиантные сексуальные проявления характеризуются нарушением запретов и предписаний, выражающих представления о нормативном стандарте, регулирующим сексуальное поведение здорового человека. В настоящее время, характеризующееся либерализацией сексуальной морали, эти стандарты пересматриваются, и это осложняет течение пубертатного периода у современного подростка [2]. Ц.П. Короленко объясняет происходящее разрушением традиционных механизмов регулирования отношений мужчин и женщин в постмодернистском обществе, связывая это с ослаблением социального контроля. Стирание границ моделей мужского и женского поведения приводит к сексуальному экспериментированию без четкой моно- или гетеросексуальной ориентации [5, 6]. При этом количество сексуальных связей увеличивается, но они носят поверхностный характер, не удовлетворяя потребности в понимании, в сопереживании, в ощущении себя уникальным и единственным для партнера, дающих уверенность в витальной безопасности. Манипулятивный секс без эмоциональной вовлеченности, без эротики приводит лишь к снятию физиологического напряжения. Когда все табу, ограничивающие доступность секса, исчезают, сам по себе он оказывается пустым и несущественным действием [7]. При этом тревога не только не снижается, но, как правило, растет. А обратная сторона тревоги – агрессия, порождающая девиантные поступки.

Одной из форм девиантного поведения является делинквентное (лат. *delictum* – проступок), характеризующееся повторяющимися устойчивыми агрессивными деструктивными проступками, попирающими права других людей, нарушающими социальные нормы или правила [9, 10]. Подростки с делинквентным поведением рискуют преступить закон. Такие правонарушения расцениваются как антисоциальные и подлежат уголовному преследованию. Лиц моложе 18 лет, совершающие подобные действия, называют делинквентами. Сексуальные делинквентные действия в виде развратных действий, сексуального насилия нередко совершаются подростками. Они не способны контролировать свою сексуальность, не сформировали представления о закрытости как своих, так и чужих телесных границ. Отырыв подростка от семьи, пребывание в закрытом в закрытом учреждении интернатного типа при формально организованной учебно-воспитательной работе, недостаточном контроле способствуют возникновению как девиантных, так и делинквентных форм поведения, в том числе и сексуального. Мероприятия, направленные на профилактику этого, не разработаны. Выявление отклонений сексуального поведения затруднено, но если это происходит, далеко не всегда сотрудники учреждения знают, как правильно на них реагировать, какие санкции возможны, как изменить ситуацию. В связи с этим, а также опасениями нежелательно общественного резонанса, факты сексуального девиантного поведения воспитанников нередко замалчиваются.

Консультирование совершивших сексуальные девиантные проступки или подозреваемых в этом подростков, склонных, опасаясь наказания, отрицать их, затруднено. Трудности касаются как создания доверительных отношений, так и диа-

гностики. Помочь их преодолению может использование арт-терапевтических методик [14]. Их применение в консультативно-лечебных целях позволяет [13, 16]:

- облегчить установление доверительного контакта консультанта с подростком, отвлечь его, снизить тревогу, связанную с ситуацией консультирования;
- дать относительно безопасный, социально приемлемый выход отрицательным эмоциям для разрядки напряжения и агрессии;
- получить относительно долговечный информативный материал для интерпретаций и диагностических заключений.

В качестве примера использования арт-терапевтических методик в процессе консультации подростка с сексуальным делинквентным поведением приводится ученик А. На момент консультации ему было 15 лет, он учился в 8 классе. Консультация проводилась по запросу директора детского дома в связи с угрозой уголовного преследования. Из анамнеза известно, что мальчик до 3 лет проживал матерью, страдающей алкоголизмом. После лишения ее родительских прав с 3 до 15 лет находился в закрытых учреждениях. Известно, что в течение июня-августа 2011 г. регулярно под угрозой насилия совершал развратные действия по отношению к малолетним и несовершеннолетним воспитанникам детского дома обоего пола (целовал, демонстрировал свои половые органы, заставлял их гладить, делать себе массаж, минет). Также воровал, отбирал вещи и деньги воспитанников, угрожая физической расправой.

Беседа с врачом-психотерапевтом. Во время беседы насторожен, вначале дает только односложные ответы на вопросы, сексуальные действия в отношении воспитанников категорически отрицает. Постепенно отношения с консультантом становятся более доверительными. Эмоциональный фон тревожный, но в течение беседы меняется, соответствуя ее содержанию. Расстроен угрозой уголовного преследования, вызывающей удивление и чувство несправедливости («Все так делают»). Речь последовательная, на вопросы отвечает по существу, словарный запас скуден. Нарушений мышления не обнаруживает, логические связи устанавливает верно. Присутствует чувство дистанции. Мотивация сложных волевых актов преимущественно инфантильно-гедонистическая, реже – утилитарно-эгоцентрическая. Продуктивной психопатологической симптоматики не обнаруживает.

Помнит, как ходил в детский сад, был застенчив, не любил участвовать в праздничных концертах, отказывался выступать. Нравилось играть в футбол, смотреть мультфильмы, особенно «Ну, погоди!». Дружил с таким же стеснительным мальчиком. Теплые отношения сложились с воспитательницей. Пребывание в детском доме оценивает как «нормальное», хотя «плакал часто». Вспоминает, что воспитанник Александр обижал, бил, заставлял приседать много раз. Наказывали воспитатели: ставили в угол, лишали прогулки, заводили в изолированное помещение, заставляли снять штаны и «секли ремнем». Боялся оставаться один в комнате, темноты, маньяков, которые «могут убить». Беспокоили страшные сновидения. Отмечались проявления энуреза и энкопреза. Грыз ногти. Периодически возникали тики (подергивал головой, плечами). С 7 лет пошел в обычную школу, посещал ее с удовольствием. Продолжал грызть ногти, видеть кошмарные сновидения (один в лесу с динозаврами). Энурез и энкопрез прекратились примерно в конце 2 класса. В свободное время много играл в компьютерные игры, в футбол. Мечтал стать футболистом («полузащитником») или учителем физкультуры. Дружил с ребятами старше себя. Нравилась девочка Юля. В младших классах иногда бывали конфликты с учителями. Чем старше становился, тем чаще они происходили. Получал удовольствие, ставя учителя в неловкое положение. Не нравилось соблюдать режим. Протестуя,

мог нагрубить, «психануть», наорать, не выполнять распоряжений, самовольно покинуть класс, после чего в детском доме подвергался телесным наказаниям. В 4 классе «за плохое поведение» попал в психиатрическую больницу. После выписки был переведен в «специнтернат». «Новенького» ребята не принимали (издевались, часто били и т. п.). Сожалел, что он парень, а не девушка, так как «девочек меньше били». Потом «нашел общий язык, привык». Когда чего-то хотел, нередко добивался своего, начиная «психовать» (орал, мог обругать учителя матом, разбросать стулья). Считал, что ребята за это уважали. После окончания 6 класса вернулся в детский дом. Возвращению был рад. Утверждает, что воспитатели попросили его «навести порядок», следить за дисциплиной. Выполняя поручение, часто применял силу. Признает, что иногда бил детей жестоко, с этим связывает неоднократные обращения персонала в полицию. В связи с этими инцидентами был направлен в реабилитационный центр. Утверждает, что не помнит, как отбирал деньги и вещи, воровал, неохотно соглашается, что это могло быть.

В 2010 г. после долгого перерыва неожиданно для А. состоялась его встреча с матерью. Она жила «доме для матерей» 6 мес. с маленьким сыном Максимом. Навещал мать ежедневно, помогал заботиться о брате. Иногда встречался там с 13-летней сестрой Машей и с 17-летним братом Андреем. Скучает по ним, хотя и считает сестру «психованной» Иногда приезжал отчим – отец Максима. Они с матерью выпивали. Осуждал мать за это, так как она кормила грудью. После отъезда матери удалось три раза съездить к ней в гости. Отмечает, что приезды сына ее не радовали, однако она купила ему один раз мороженное и шоколадку.

На вопрос о сексуальном насилии Антон рассказал, что в детском саду Александр под угрозой расправы заставлял «брать член в рот и сосать». Испытывал при этом сильный страх и отвращение, после долго не мог заснуть, плакал. Жаловаться боялся. На вопрос врача о собственных сексуальных действиях сообщает, что в детском доме у него были неоднократные половые акты с подругой Дашей до тех пор, пока она не попала в больницу «из-за болезни глаз». Утверждает, что это происходило по обоюдному согласию («по любви»). По поводу совершенного им сексуального насилия неохотно сообщает, что однажды в детском доме девочку Надю, «больную на голову», заставил поднять футболку и показать обнаженную грудь. При расспросах о контактах с мальчиками отмалчивается, потом говорит: «Все так делают». От дальнейшего обсуждения этой темы уклоняется.

В процессе беседы психологические защиты пациента приводят к тому, что далеко не обо всех своих проблемах он говорит откровенно. Консультант может столкнуться как с сознательной ложью, так и с неосознанным вытеснением и введением в заблуждение [19]. С целью преодоления этих трудностей решено было использовать авторские арт-терапевтические технологии, интегрирующие идеи психодинамического, когнитивного и нарративного подходов. Используемое в работе нарративное повествование, (а также изопродукция – в методе И.М. Никольской) направлялось специалистом таким образом, чтобы выявить события прошлого, ретроспективно пережить их, осмыслить, дать оценку. Это способствовало исследованию поведенческих стереотипов, особенностей личности, эмоционально-волевой сферы. Приводим копии протоколов исследований.

Когнитивно-метафорическая нарративная реструктуризация травматического опыта, путем совместного сочинения сказки на темы, отражающие пережитые ситуации (Добряков И.В.) [3, 18]

Врач: *В одной стране на хуторе жили муж и жена, было у них два сына. Пошли они однажды в лес и заблудились.*

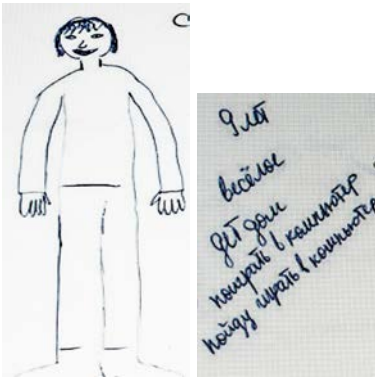
А.: ...они пытались найти свой дом. Потом встретили прохожего дедушку и спросили: «Где тут ближайшая деревня?». Дедушка: «Если заплатите, тогда скажу!». Они: «У нас нечем заплатить, в кармане только ключи от дома и все» Ну, этот дедушка махнул рукой: «Идите прямо, может, там и увидите деревню. Но, если хотите точно узнать, каждый по очереди возьмите у меня в рот... (этого не пишите, шутка). Ну, они не согласились и пошли дальше, а дедушка тоже пошел. Шли они и вдруг увидели домик, постучали. Ну, и выходит женщина молодая, красивая: «Что вам? Как могу вам помочь?» Они тоже спросили: «А вам не надо помочь?» Она: «Есть у меня работа. Нате топор, нарубите мне палок». Ну, эти два брата Петр и Вася нарубили, принесли молодой женщине палок. Она их отблагодарила, накормила супом. Они спросили: «Вы этот лес хорошо знаете?». Она: «Да, хорошо. Чем могу еще помочь?». Они: «Вы могли бы нам помочь найти наш дом?». Она: «Помогу, только расскажите про себя. Кто вы такие? Кто ваши родители?». Они: «Мы два парня-брата, у нас закончилась еда. Мы решили пойти на прогулку, помочь кому-нибудь, чтобы достать покушать». Она: «Может, родители вас потеряли и ищут? Может, вам нужно помочь их найти?». Они: «Да, с удовольствием!». Она накинула пальто, и пошли они искать своих родителей. Шли и вдруг увидели домик и вспомнили, что это ихний. Они поблагодарили молодую женщину, попрощались и зашли в домик. И вдруг – сидят там их родители. Два брата разрадовались, пошли, ну, общаться с родителями. По родителям не было видно, что они рады. Два брата сразу поняли, что родители не рады увидеть сыновей, им было все равно на своих детей. Два брата спросили у них: «Где вы все это время были?». Они: «Какая вам разница!». Ну, и два брата поняли, что нет толку общаться с родителями. И вдруг заговорила мама: «Нам негде жить!» Ну, и два брата оставили ей ключи от дома и пошли обратно к молодой женщине. Пришли к ней: «Мы нашли своих родителей, но родители нас совсем не знали и не узнавали, и им негде жить. Мы им оставили свой дом». Вася говорит: «Мы не можем у вас остаться пожить? Будем вам помогать...» Женщина (Людмила) согласилась и сказала: «У меня в доме есть условие – режим! В доме должен быть порядок! Должны сами присматривать за собой, за своей гигиеной!» Вася говорит: «Мы любим чистоту и порядок!». Ну, и прошел месяц. Вдруг у Васи возникла мысль – он Люде предложил быть с ним... ну, вместе. Людмила долго думала, ну и вдруг сказала: «Можем попробовать!» А Петр сказал: «И со мной попробуй!» Начали два брата спорить, ругаться, кому же Людмила достанется. Но она решила сделать соревнование. Она спрятала в доме свой ботинок и сказала: «Кто первый найдет, с тем и буду!». А ботинок спрятала за диван. Петя нашел. Она, ну, согласилась быть с Петей вместе. А два брата стали врагами. Вася ушел жить к родителям, а Петя остался с Людмилой. Но они не дрались. Все!

Серийные рисунки и рассказы (Никольская И.М.) [11, 12]

Автопортрет

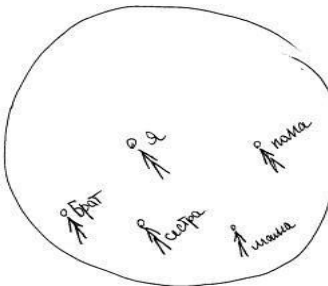
Диалог по рисунку «Автопортрет»

П.: Как тебя здесь, на рисунке, зовут? – А. (пишет). П.: Сколько тебе здесь, на рисунке, лет? – А.: 9 лет. П.: Ты где здесь, на рисунке, находишься? – А.: В детском доме. П.: Когда ты в детском доме, у тебя какое настроение? – А.: Веселое. П.: Когда ты в детском доме, когда у тебя такое веселое настроение, ты о чем думаешь? – А.: Поиграть в компьютер. П.: И что ты сделаешь? – А.: Пойду играть в компьютер.



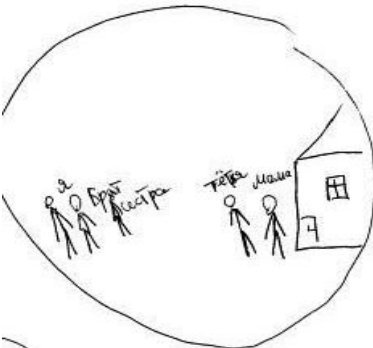
Семейная социограмма

П. (рисует круг): *Представь, что это твоя семья, ты маленький и живешь в семье. Нарисуй в этом круге себя и других членов семьи в виде маленьких кружков.* А. изображает себя, брата, сестру, папу, маму, потом кружочки превращает в фигурки. Себя изображает наибольшим по размеру кружком, помещает слева в центральной части социограммы, несколько выше других. Мать – наименьшим по размеру кружком, помещает ее в правой нижней части социограммы, ниже всех других членов семьи. Фигурка матери от него дальше фигурок всех других родственников.



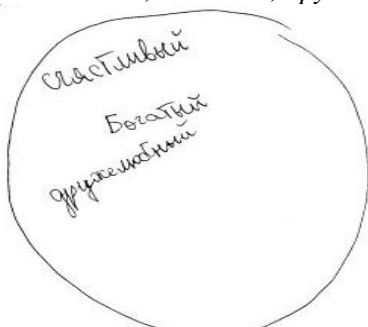
Говорит, что ему на рисунке 3 года, что его мама недавно приезжала с маленьким ребенком в детский дом. Сейчас она живет с отчимом. Где родной отец, он не знает. Он тоже «этим летом» навещал маму.

П. (рисует еще один круг): *Нарисуй в этом круге, как ты этим летом приезжал в семью.* А. рисует себя, брата, сестру, тетю и маму. Дети помещены в центральной левой части социограммы, тетя и мама – возле своего дома в правой части социограммы. И на второй социограмме мать находится дальше от А., чем все другие родственники.



П. (рисует третий круг): *Здесь нарисуй идеальную семью, в которой ты бы хотел жить.*

А. затрудняется выполнить задание. Но потом пишет в круге три определения: *«счастливый, богатый, дружелюбный».*

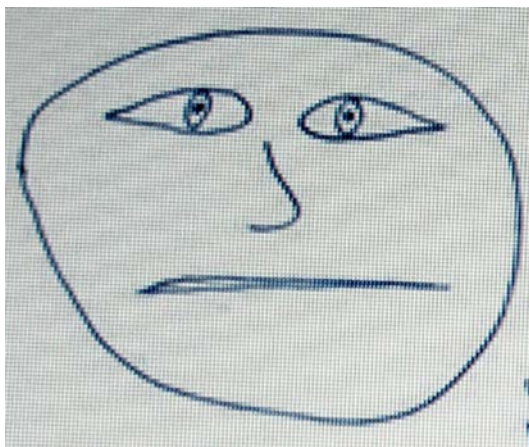


П.: *Ты бы хотел быть счастливым, богатым, дружелюбным?* – А.: Да. П.: *Теперь представь, что ты волшебник и у тебя есть волшебная палочка. Нарисуй картинку: «Если бы у меня была волшебная палочка, я бы превратился...»*

Рисунок вызывает затруднение, тогда П. предлагает просто записать желания.

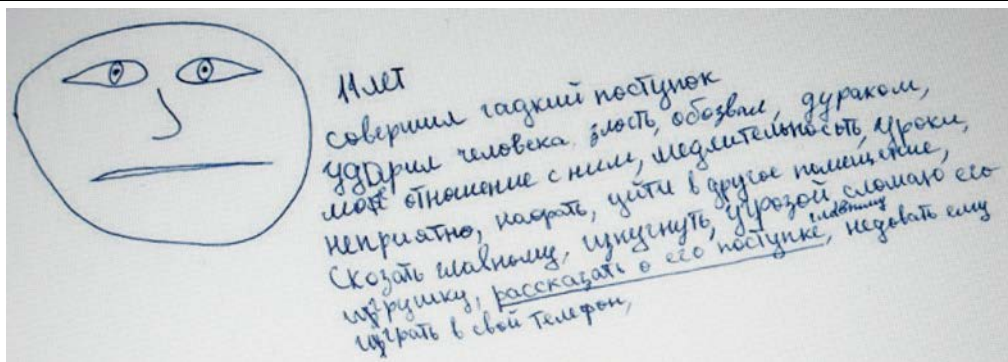
А. (пишет на листе бумаги): *В богатого человека.* – П.: *Что бы ты еще наколдовал?* – А.: *Много денег.* – П.: *Еще что?* – А.: *Большой дом.* – П.: *Еще?* – А.: *Хорошая работа.* – П.: *Хорошая - какая?* – А. (пишет): *Директ...* (зачеркивает и пишет рядом) ... *президент страны.* По просьбе психолога уточняет, что ему нравится в президенте страны: спортсмен, баскетбол, его интересы, бизнес, много женщин, много комнат.

П.: *Рисуй теперь «Я переживаю».* А. (нарисовал свое лицо).

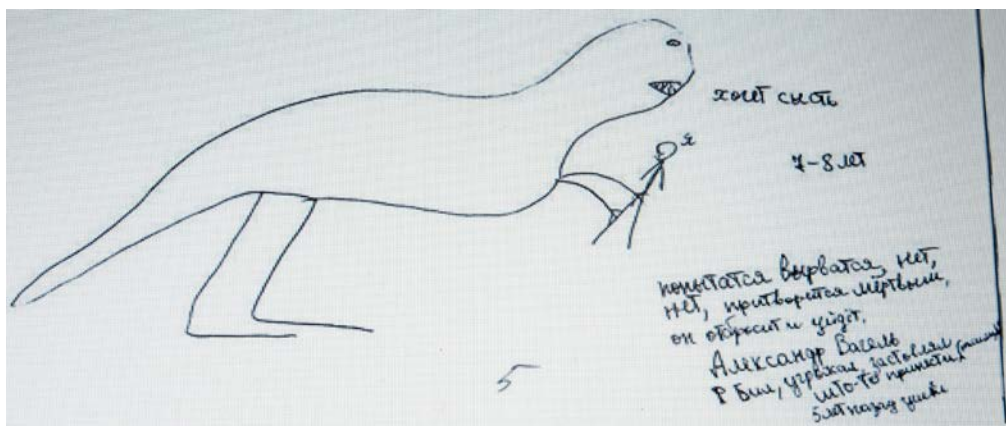


П.: *Сколько тебе здесь, на картинке лет?* – А.: 11. – П.: *Что тебя заставляет переживать?* – А.: *Гадкий поступок.* – П.: *Какой поступок?* – А.: *Ударил человека.* – П.: *Что заставило ударить человека?* – А.: *Злость.* – П.: *Что заставило чувствовать злость?* – А.: *Обозвал дураком.* – П.: *Что его заставило обозвать тебя дураком?* – А.: *Мое отношение с ним.* – П.: *Какие чувства, когда ты это вспоминаешь?* – А.: *Неприятно.* – П.: *Что хочется сделать?* – А.: *Наорать.* – П.: *Что надо сделать, чтобы не ударить, не наорать?* – А.: *Уйти в другое помещение.* – П.: *Еще, что можно сделать?* – А.: *Испугать угрозой, что сломаю его игрушку. Рассказать о его поступке главному, не давать ему играть в свой телефон.* – П.: *Подчеркни самый лучший способ, что можно сделать.*

А. (подчеркивает): *«рассказать о его поступке главному».*



П.: Рисуи: Сон, который меня взволновал. Этот сон мог тебе сниться недавно, мог давно, когда ты был маленьким. Главное, что этот сон вызвал сильные чувства, может быть, даже повторялся. И потому ты его запомнил. А. (уточняет): Страшный? – П.: Рисуи страшный. А. рисует огромного динозавра, который держит в лапах фигурку человека. П. (указывая на фигурку): Это кто? – А. (пишет): Я. – П.: Сколько тебе здесь лет? – А.: 7-8 лет. – П.: Что динозавр хочет сделать? – А.: Хочет съесть. – П.: Что тебе надо сделать, чтобы спастись от динозавра? – А.: Попытаться вырваться. – П.: Еще что? – А.: Сказать – нет, нет. – П.: Что еще? – А.: Притвориться мертвым. – П.: Что тогда динозавр сделает? – А.: Он отбросит и уйдет. – П.: Когда динозавр снится, ты кого вспоминаешь? – А.: Александр. – П.: Что с тобой делал Александр? – А.: Бил, угрожал, заставлял что-то принести (насилие). – П.: Где сейчас Александр? – А.: 5 лет назад ушел.



П.: Теперь задание – «Я об этом не хочу вспоминать»
 А. (пишет): То, что я совершил с другими. – П.: Что ты совершил с другими?
 – А. (пишет): Бил, угрожал, заставлял. Делал то, что Александр делал со мной.

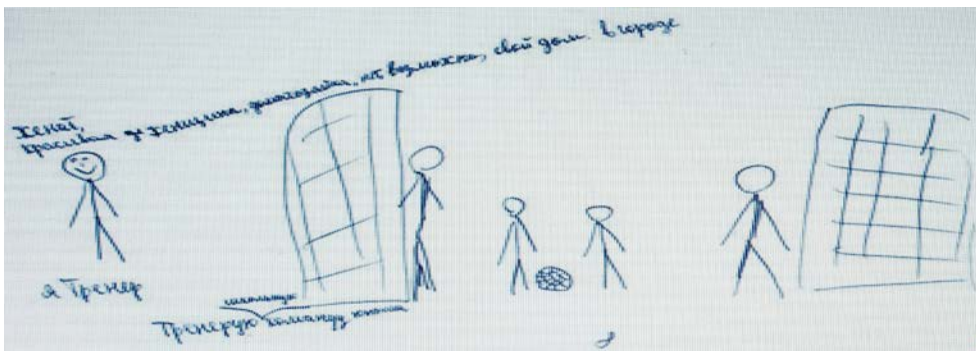
То что я совершил с другими...

Бил, угрожал, заставлял. Делал то что Александр делал со мной

П.: Теперь рисуи: Я такой довольный, я такой счастливый.
 А. (пишет): Пройти суд удачно, чтоб никуда не садили б. Жить спокойно. Жить свою жизнь, увлекаться спортом, работать учителем по спорту, закончить школу и училище.

Пройти суд удачно, чтобы куда не зашло.
Жить спокойно, жить свою жизнь, увлекаться спортом, работать,
учителем по спорту, закончить школу и учиться

П.: Очень хорошо. Последнее задание: «Мне 25 лет, я взрослый и работаю на своей работе». А. рисует футбольное поле с фигурками людей.



П.: Ты кто? – А.: Тренер. – П.: Что делаешь? – А.: Тренирую школьную команду юношей. – П.: Ты женат? – А.: Женат. – П.: Какая у тебя жена? – А.: Красивая женщина. – П.: Она кто? – А.: Домохозяйка. – П.: У вас дети есть? – А.: Нет. – П.: Будут? – А.: Возможно. – П.: У вас квартира, дом? – А.: Свой дом. – П.: Вы где живете? – А.: В городе.

Заключение. Содержание сочиненной сказки отражает гиперсексуальность А., несформированность моральных норм. Отмечается стремление получать помощь от старших (дедушка, родители) и неудачность этих попыток. Описанные в сказке отношения с родителями показывают их несостоятельность: равнодушие матери к детям, неспособность родителей стать опорой братьям, так как родителям самим негде жить. Стремление братьев решить проблемы родителей отражает инверсию родительско-детских отношений.

Содержание рисунков и комментариев к ним выявляет инфантильность (дает себе на рисунке себя 9 лет), фиксацию на времени травмы (7-10 лет, когда длительно подвергался насилию). Отмечается активно-агрессивная реакция на фрустрацию (идентификация с агрессором) как следствие перенесенного длительного насилия и страха смерти – утраты Я. Можно констатировать переживание вины на фоне осознания грядущего наказания (суда). Опыта близких семейных отношений не имеет (при знакомстве говорит, что с родственниками не общается, где отец – не знает, мать – самая отдаленная фигура). Отсюда – неспособность сформировать идеальный образ семьи. Семья – это он сам с положительными качествами (счастливый, богатый, дружелюбный). Выражены тенденция к поиску социальной поддержки у старших, доминирование материальных ценностей. Настроенность на работу с детьми в будущем может свидетельствовать о риске повторения опыта насилия.

У А. отмечаются длительные, стойкие нарушения поведения: открытое непослушание, сопровождающееся бурными вспышками ярости («психует»), грубость в отношениях со взрослыми; хулиганство, частые драки с детьми, случаи издевательств, вымогательства, насилия, в том числе сексуального. Это позволяет оценить поведение как социально неприемлемое делинквентное, хотя частично одобряемое и даже стимулируемое окружением («за вспышки гнева, грубость по отношению к старшим уважают», воспитатель поручает «поднять дисциплину»).

Диагноз: F91.2 — социализированное расстройство поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ананьев В.А. Психология здоровья: определение цели и задачи // Репродуктивное здоровье общества: сб. научных трудов. – СПб.: «ИПТП», 2006. – С. 1-13.
2. Добряков И.В. Либерализация сексуальной морали в России: новые проблемы // Семейная психология и семейная терапия. - 2000, № 3. – С. 86-95.
3. Добряков И.В., Никольская И.М. Краткосрочная кризисная психотерапия детей с посттравматическими стрессовыми расстройствами в рамках модели реабилитации «Добрякова–Никольской» // Журн. неврол. и психиатр. - 2009. Т. 109, № 12. – С. 29-33.
4. Кон И.С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1988. – 320 с.
5. Кон И.С. Человеческие сексуальности на рубеже XXI века // Вопросы философии. – 2001, № 8. – С. 29-41.
6. Короленко Ц.П., Шпикс Т.А. Психология сексуальной флюидности в культуре постмодернизма. – Новосибирск: СНИ, 2012. – 78 с.
7. Лем С. (Lem St., 1991) Секс и культура // Психосексология : Хрестоматия / сост. К.В. Сельченко. – Мн.: Харвест, 1998. – С. 178-209.
8. Лоуэн А. (Lowen A.) Любовь и оргазм / Пер. с англ. – М.: АСТ; Институт общегуманитарных исследований, 1998. – 432 с.
9. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10 – М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. – 407 с.
10. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие — СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
11. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков. Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб.: Речь, 2016. – 56 с.
12. Никольская И.М., Добряков И.В. Арт-терапия и ее использование в краткосрочной кризисной психологической помощи семье, пострадавшей в террористическом акте в Беслане // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2015, № 3. – С. 21-30.
13. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. – М.: Просвещение, 1993. – 368 с.
14. Сучкова Н. Отражение и преодоление насилия в процессе индивидуальной арт-терапии, проводимой в Доме ребенка // Исцеляющее искусство: междунар. журн. арт-терапии. – 2007, Т. 10, № 4. – С. 4-25.
15. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
16. Эйдемиллер Э.Г., Никольская И.М., Беляков Н.А. Арт-терапия – терапия искусством и творческим самовыражением // Немедикаментозная терапия: руководство для врачей. Т. 1. - СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2005. - С. 149–232.
17. Якоби М. (Jacoby V., 1991) Стыд и истоки самоуважения. – М.: Институт аналитической психологии, 2001. – 256 с.

1. Anan'ev V.A. Psihologija zdorov'ja: opredelenie celi i zadachi // Re-produktivnoe zdorov'e obshhestva: sb. nauchnyh trudov. – SPb.: «IPTP», 2006. – S. 1-13.
2. Dobrjakov I.V. Liberalizacija seksual'noj morali v Rossii: novye problemy // Semejnaja psihologija i semejnaja terapija. - 2000, № 3. – S. 86-95.
3. Dobrjakov I.V., Nikol'skaja I.M. Kratkosrochnaja krizisnaja psihoterapija detej s posttravmatichesкими stressovymi rasstrojstvami v ramkah modeli rehabilitacii «Dobryakova–Nicol'skoj» // Zhurn. nevrol. i psihiatr. - 2009. T. 109, № 12. – S. 29-33.
4. Kon I.S. Vvedenie v seksologiju. – M.: Medicina, 1988. – 320 s.

5. Kon I.S. Chelovecheskie seksual'nosti na rubezhe XXI veka // Voprosy filosofii. – 2001, № 8. – S. 29-41.
6. Korolenko C.P., Shpiks T.A. Psihologija seksual'noj fljuidnosti v kul'ture post-modernizma. – Novosibirsk: SNI, 2012. – 78 s.
7. Lem S. (Lem St., 1991) Seks i kul'tura // Psihoseksologija : Hrestomatija / sost. K.V. Sel'chenok. – Mn.: Harvest, 1998. – S. 178-209.
8. Loujen A. (Lowen A.) Ljubov' i orgazm / Per. s angl. – M.: AST; Institut obshchegumanitarnyh issledovanij, 1998. – 432 s.
9. Mnogoosevaja klassifikacija psihicheskikh rassstrojstv v detskom i podroستkovom vozraste. Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rassstrojstv u detej i podroستkov v sootvetstvii s MKB-10 – M.: Smysl; SPb.: Rech', 2003. – 407 s.
10. Mendelevich V.D. Psihologija deviantnogo povedenija. Uchebnoe posobie — SPb.: Rech', 2005. – 445 s.
11. Nikol'skaja I.M. Metod serijnyh risunkov i rasskazov v psihologicheskoj diagnostike i konsul'tirovanii detej i podroستkov. Izd. 2-e, ispr. i dop. – SPb.: Rech', 2016. – 56 s.
12. Nikol'skaja I.M., Dobryakov I.V. Art-terapija i ee ispol'zovanie v kratkosrochnoj krizisnoj psihologicheskoj pomoshhi sem'e, postradavshej v terroristicheskome akte v Beslane // Mediko-biologicheskie i social'no-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnyh situacijah. – 2015, № 3. – S. 21-30.
13. Rudestam K. Gruppovaja psihoterapija. Psihokorrekcionnye grupy: teorija i praktika. – M.: Prosveshhenie, 1993. – 368 s.
14. Suchkova N. Otrazhenie i preodolenie nasilija v processe individual'noj art-terapii, provodimoj v Dome rebenka // Isclenjajushhee iskusstvo: mezhdunar. zhurn. art-terapii. – 2007, T. 10, № 4. – S. 4-25.
15. Thostov A.Sh. Psihologija telesnosti. – M.: Smysl, 2002. – 287 s.
16. Jejdemiller Je.G., Nikol'skaja I.M., Beljakov N.A. Art-terapija – terapija iskusstvom i tvorcheskimi samovyrazhenijami // Nemedikamentoznaja terapija: rukovodstvo dlja vrachej. T. 1. – SPb.: Izdatel'skij dom SPb MAPO, 2005. – S. 149–232.
17. Jakobi M. (Jacoby V., 1991) Styd i istoki samouvazhenija. – M.: Institut analiticheskoj psihologii, 2001. – 256 s.
18. Dobryakov I. Short-term integrative psychotherapy in children with post-traumatic stress disorders (PTSD): The experience of Beslan, Chechen Republic, and Kur-guzstan // Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2012. Vol. 60, N 5S. S. 137.
19. Dobryakov I., Nikolskaya I. Crisis psychotherapy in children with post-traumatic stress disorder: method of cognitive-metaphorical reconstruction of traumatic experiences in drawings. // In: Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder. – Springer International Publishing, Switzerland, 2016. – P. 1349-1365.

I.V. Dobriakov, I.M. Nikolskaya

USING TECHNIQUES OF ART-THERAPY IN THE CONSULTATION PROCESS OF ADOLESCENTS WITH DELINQUENT SEXUAL BEHAVIOR

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Saint-Petersburg).

Summary. Demonstration of the possibilities and discussing of the advantages of using two methodological approaches (joint work of tale- metaphors that reflect the situation experienced; serial pictures and stories) in the case study consultation with delinquent teenager sexual behavior.

Keywords: examination, delinquency, sexuality undergrowth on, composing technique of metaphor-tales, the technique of serial drawings and stories.

**АНАЛИЗ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ**

¹Елецкий государственный университет (Елец), ²Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

Резюме. В работе предпринята попытка описания психофизиологических маркеров ментальной модели здоровья. С этой целью были обследованы 82 младших школьника (средний возраст $9,1 \pm 0,5$ лет). Были оценены внутренняя картина здоровья ребенка и характеристики простой и сложной сенсомоторных реакций. Была записана вариабельность кардиоритма ребенка в двух ситуациях: в фоне и при припоминании ситуаций поощрения и наказания в семье. Данные свидетельствуют о том, что раннее формирование представления ребенка о его ответственности за собственное здоровье реально влияет на особенности регуляции сердечного ритма в эмоциональной ситуации и способность ориентироваться в потоке сенсорных сигналов.

Ключевые слова: прогноз, внутренняя картина здоровья, вариабельность кардиоритма, простая и сложная сенсомоторные реакции, дети

На фоне неуклонного уменьшения численности детей отмечаются неудовлетворительные показатели состояния их здоровья [3]. Можно выделить две проблемы в этой области. Первая заключается в том, что ухудшение здоровья детей обусловлено устойчивой тенденцией ухудшения здоровья женщин, ростом патологии беременности и родов. При этом предопределяется высокая заболеваемость детей и всего населения в последующие годы, поскольку происходит «накопление груза патологии в поколениях» [1]. Возникает замкнутый цикл: больная женщина – больной плод – больной ребенок – больной подросток – больные родители.

Вторая проблема связана с тем, что на протяжении всего жизненного цикла ребенка происходит интенсивное ухудшение его здоровья [1]. При этом значительная часть видов поведения, оказывающих влияние на здоровье, обуславливается мотивами, никак не связанными со здоровьем. Поведение в сфере здоровья является в большей степени результатом общепринятой деятельности, не требующей приложения особых усилий и обусловленной существующими в обществе социальными нормами. И именно такое поведение имеет более устойчивый характер по сравнению с моделями поведения, в основе которых лежит сознательная мотивация индивида. Все это существенно осложняет изучение поведенческих показателей здоровья и факторов, их обуславливающих [1].

Здоровье связано и с определенными ментальными конструкциями, направляющими поведение индивида. Среди ментальных конструктов, способных повлиять на поведение индивида и тем самым на его здоровье, самым перспективным представляется внутренняя картина здоровья (ВКЗ) [5]. Это представление человека о себе как о здоровом субъекте, знание тех методов, которые позволяют поддерживать его, и мотивация к осуществлению этих методов. Согласно представлениям Ю.Н. Некрасовой, эффективная ВКЗ может повышать порог заболеваемости человека [7].

Современный подход к формированию здоровья состоит в том, что здоровье напрямую определяется спецификой самой ранней жизни ребенка: особенностью его питания до рождения и в первые годы после него, наличием или отсутствием

стрессовых воздействий [9-13] и качеством ухода за ним [4]. Факторы раннего влияния формируют не только физиологические особенности ребенка, но и его внутреннюю ментальную модель, которая в том числе описывает представление ребенка о его здоровье и причинах его наличия или отсутствия [7].

Это предполагает необходимость описания ментальной модели здоровья. Создание модели невозможно на основании только психологических методик, поскольку многие из них опираются на самоописание. Известно, что многие люди, точно зная, что нужно делать, чтобы сохранить здоровье, тем не менее не прилагают для этого никаких усилий. Именно поэтому необходимо описание объективных психофизиологических параметров, свидетельствующих о наличии той или иной ментальной модели здоровья.

В работе нами была предпринята попытка описания психофизиологических маркеров (сенсомоторной интеграции, ориентации в структуре потока сенсорных сигналов, центральной регуляции сердечного ритма в разных состояниях) ментальной модели здоровья. С этой целью были обследованы 82 младших школьника с помощью комплекса психофизиологических методик, направленных на диагностику внутренней картины здоровья, как конструкта ментальной картины здоровья.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 82 младших школьника одной из школ г. Липецка (средний возраст составил $9,1 \pm 0,5$ лет), из них 39 девочек и 43 мальчика. Исследование проводилось в несколько этапов.

Для изучения уровня ВКЗ школьников использовалась экспресс-диагностика ребенка [8]. В рамках обследования ребенку задавались вопросы о том, что ребенок чувствует, когда он здоров, что нужно делать, чтобы быть здоровым и что он реально делает для этого. Ответ, содержащий представление ребенка о здоровом образе жизни как необходимости постоянно двигаться, заниматься спортом, правильно питаться, позволяет судить о сформированности ВКЗ (более 12 баллов). Если ребенок в своих суждениях связывает здоровый образ жизни с употреблением лекарственных препаратов и/или посещением врачей, то это свидетельствует о несформированности ВКЗ (не более 8 баллов). Промежуточные баллы от 8 до 12 указывают на то, что ВКЗ находится в стадии формирования.

На следующем этапе оценивалась вариабельность кардиоритма младших школьников с помощью компьютерной программы «Омега-М», которая позволяет провести статистическую обработку вариабельности сердечного ритма человека. Программно-аппаратный комплекс «Омега-М» предназначен для анализа вариабельности кардиоритма в широкой полосе частот с использованием отведения рука-рука, что позволяло проводить запись кардиограммы в условиях, приближенных к привычным [4]. Особенность исследования состояла в том, что проводился спектральный анализ сердечного ритма младших школьников при припоминании и вербальном воспроизведении воспоминаний, связанных с наказанием/поощрением детей родителями. Это позволило, оценивая соотношения волн высокой и низкой частоты, описать взаимодействие разных звеньев вегетативной нервной системы, уровень напряжения систем регуляции или истощение регуляторных механизмов. Для регистрации вариабельности кардиоритмов электроды накладывали на руки испытуемых в области запястий, контактной площадкой с внутренней стороны. Дети младшего школьного возраста находились в состоянии покоя, в положении сидя. Исследование состояло из двух частей, каждая из которых равнялась длительности 300 R-R интервалов (что является достаточным для вычисления волн высокой и низкой частот при спектральном анализе). В первой (фоновой) части производилась запись 300 R-R интервалов в состоянии спокойно-

го бодрствования. Во второй части младшим школьникам предлагалось припомнить неприятные ситуации, связанные с наказанием их родителями, и приятные ситуации, связанные с их поощрением.

Обработка данных. В процессе спектрального анализа ритма сердца младших школьников были высчитаны следующие показатели: Мода – наиболее часто встречающееся значение R-R интервалов (указывает на доминирующий уровень функционирования синусного узла); Амплитуда моды – отношение количества R-R интервалов со значениями, равными моде, к общему количеству R-R интервалов в процентах. Данный показатель отражает степень ригидности ритма, увеличение амплитуды Моды свидетельствует о преобладании симпатических влияний на синусовый узел и значительной ригидности ритма; вариационный размах – вычисляется как разница между максимальным и минимальным значениями R-R интервалов, рассматривается как парасимпатический показатель. Чем он выше, тем сильнее выражено влияния блуждающего нерва на ритм сердца. Нормальные значения вариационного размаха – от 0.15 до 0.45; СКО – среднеквадратическое отклонение; волны высокой частоты (HF – High Frequency) – 0.15–0.40 Гц; считается, что они отражают парасимпатические влияния вегетативной нервной системы; низкие частоты (Low Frequency – LF) – 0.04–0.15 Гц; считается, что они отражают влияние как парасимпатического, так и симпатического отделов вегетативной нервной системы [4]. Соотношение симпатических и парасимпатических влияний характеризуется с помощью отношения мощностей LF/HF. При повышении тонуса симпатического отдела данный показатель значительно возрастает, при ваготонии уменьшается. Общая мощность спектра частот составляет менее 0.40 Гц. Данный показатель является интегральным и отражает воздействие и симпатического, и парасимпатического отделов автономной нервной системы. При этом усиление симпатических воздействий приводит к уменьшению общей мощности спектра, а активация блуждающего нерва приводит к обратному воздействию. Данный показатель эквивалентен среднеквадратическому отклонению и вариационному размаху.

Далее мы оценивали параметры как простой, так и сложной сенсомоторной реакции с помощью методики РеБОС 1.[2]. При этом простая сенсомоторная реакция рассматривалась нами как максимально быстрая ответная реакция человека на заранее известный раздражитель заранее известным способом (в нашем экспериментальном исследовании это нажатие пробела при каждом появлении круга в первой серии выполнения методики). Сложная сенсомоторная реакция – это усложнение реакции, направленное на анализ тормозных процессов в центральной нервной системе, связанное с требованием не нажимать на круги определенного цвета. Результатом рефлексометрии является сравнение нелинейных показателей:

- индекса Херста Ну по времени между появлениями стимулов на экране (на разных компьютерах с Windows различных версий появление стимулов на экране происходит с точностью ± 15 мс от заданного, поэтому измерение времени фактического появления стимулов входит в процедуры простой и сложной сенсомоторной реакции);

- индекса Херста Нх по отметкам времени нажатия испытуемым на «пробел».

Рефлексометрические измерения проводились и обрабатывались по методике РеБОС (автор Е.Г. Вергунов) в программной реализации И.С. Черникова (версия программы 2.1). Процедура простой сенсомоторной реакции выполнялась по серии, состоящей из двух одинаковых частей, с помощью которых оценивалась способность испытуемого обучиться в первой части серии и точнее реагировать на стимулы во второй части. Анализ данных, полученных в ходе регистрации сенсо-

моторной реакции, производился по следующим параметрам: пропуски стимула; ошибки (испытуемый нарушает инструкцию в сложной сенсомоторной реакции, нажимая на запрещенный стимул). В каждой половине серии оценивался показатель Δ как результат вычитания N_x от N_0 , взятый по модулю, который показывает, насколько действия испытуемого по времени отклоняются от реального времени подачи стимулов.

Поскольку каждая серия состояла из двух повторяющихся потоков сигналов, возникла возможность оценить способность человека неосознанно заметить эту закономерность и предвидеть появление следующего стимула. Эту способность предвидеть можно было оценить, сравнивая величины $\Delta 1$ первой половины серии и $\Delta 2$ второй половины серии. Результатом сравнения стал параметр Ω , оценивающий разницу между $\Delta 1$ и $\Delta 2$. Если величина $\Delta 2$ была меньше $\Delta 1$, значит, человек смог неосознанно обнаружить тот факт, что вторая половина серии являлась полным повторением первой, а потому более точно воспроизводил фрактальную последовательность появления стимулов во второй части серии, чем в первой.

Оценка обозначенных выше параметров производилась исходя из исследования их способности к прогнозированию появления стимула (далее данный параметр будет обозначен нами, как «распознал» или «не распознал»). Статистический анализ данных осуществлялся с помощью программы IBM SPSS Statistics (версия 22).

Результаты и их обсуждение. Анализ данных, полученных в ходе экспериментального исследования, позволил выделить у детей три уровня ВКЗ: сформированная, частично сформированная и несформированная (см. рис.1). В нашем исследовании доминирующим уровнем ВКЗ у детей оказался последний, что соответствовало наличию у ребенка несформированной ВКЗ (65%).

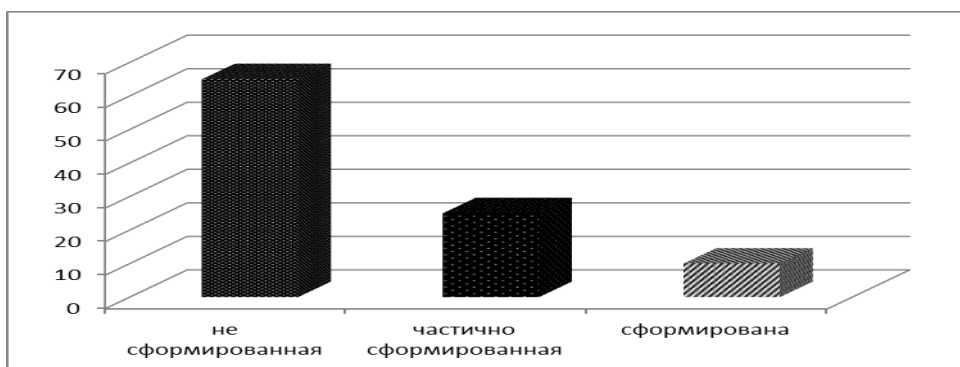


Рисунок 1. Распределение младших школьников по группам сформированности ВКЗ

Был произведен сравнительный анализ вариаций кардиоритма младших школьников в состоянии спокойного бодрствования и в процессе припоминания ситуаций наказания/поощрения детей родителями. В табл. 1 представлены только те показатели, по которым были получены значимые различия между фоном и обсуждением с ребенком эмоциональной для него ситуации в семье. Можно видеть, что в эмоциональной ситуации у детей резко возрастает активность симпатической нервной системы: уменьшается размах R-R интервалов и растет уровень медленных волн на ЭКГ, что отражает симпатическую активацию.

Таблица 1.

Значение параметров variability кардиоритма испытуемых в процессе двух записей (среднее и стандартное отклонение)

Переменные	Фоновая запись кардиоритма	Припоминание ситуаций, связанных с наказанием /поощрением детей
Размах R-R интервалов	637,14±91,49	608,57±86,20*
LF	931,91±795,01	1134,17±857,88*
HF	1247,57±1302,97	763,03±762,22*
LF/HF	1,17±,768	2,5±1,85**

Прим.: * – различия между показателями у испытуемых по критерию для двух связанных выборок Вилкоксона (знач. 0,0001); ** – различия между показателями у испытуемых по критерию для двух связанных выборок Вилкоксона (знач. 0,015).

Далее был проведен регрессионный анализ с целью выявления влияния независимых переменных, в качестве которых рассматривались параметры кардиоритма, на зависимую переменную «ВКЗ» (табл. 2).

Таблица 2.

Параметры регрессионного анализа (зависимая переменная «ВКЗ»)

Независимая переменная	Зависимая переменная	R ²	β	P
LF HF(Φ)	ВКЗ	0,054	0,274	0,047

Прим.: (Φ) – фоновая запись кардиоритма.

Данные регрессионного анализа показали, что на сформированность ВКЗ у младших школьников влияет соотношение симпатических и парасимпатических влияний (LF|HF) в фоне. Другие параметры variability кардиоритма не обнаружили связь с показателем ВКЗ.

Далее был проведен регрессионный анализ, в котором независимыми переменными были параметры простой и сложной сенсомоторной реакции, а зависимой переменной – ВКЗ ребенка. Оказалось, что на ВКЗ ребенка влияет только один параметр - способность предсказать структуру потока сенсорного сигнала в простой сенсомоторной реакции (табл. 3). Дети данного возраста всегда плохо выполняют дифференцировочные задачи, поэтому ни один из параметров сложной сенсомоторной реакции не отразился в ВКЗ.

Таблица 3.

Параметры регрессионного анализа (зависимая переменная «ВКЗ»)

Независимая переменная	Зависимая переменная	R ²	B	P
Эффективность предсказания в простой сенсомоторной реакции	ВКЗ	0,130	0,361	0,006

Далее нами была предпринята попытка выявить взаимосвязь variability кардиоритма младших школьников со способностью ориентироваться в структуре сенсорного потока. С этой целью был осуществлен регрессионный анализ (табл. 4), в котором независимыми переменными были способность к распознаванию структуры потока сенсорных стимулов, а зависимыми – параметры variability кардиоритма. Оказалось, что эффективность предсказания определяется симпатической мобилизацией как в фоновой записи, так и в экспериментальной. То есть чем выраженнее способность ребенка к мобилизации в сложной ситуации, тем точнее он предсказывает сенсорные стимулы.

Параметры регрессионного анализа				
Независимая переменная	Зависимые переменные	R ²	B	P
Эффективность предсказания в простой сенсомоторной реакции	LF(Φ)	0,068	0,261	0,052
	LF(Э)	0,081	0,313	0,019
	HF(Φ)	0,062	0,249	0,064
	LF HF(Φ)	0,075	0,275	0,041
Эффективность предсказания в сложной сенсомоторной реакции	пропуски	0,079	-0,281	0,036
	LF HF(Э)	0,065	-0,255	0,057

Прим.: (Φ) – фоновая запись кардиоритма; Н/П – припоминание ситуаций, связанных с наказанием/поощрением детей родителями.

Таким образом, эффективность предсказания структуры сенсорного потока в простой сенсомоторной реакции связана с характером симпатических и парасимпатических влияний как в фоне, так и в процессе эмоционального обсуждения ребенка. Эффективность предсказания структуры сенсорного потока в сложной сенсомоторной реакции обуславливает снижение числа пропусков реакций при выполнении дифференцировочного задания и превышение симпатических влияний над парасимпатическими при обсуждении с ребенком эмоциональной ситуации.

В нашем исследовании мы пытались выяснить, как сформированная внутренняя ментальная модель здоровья ребенка влияет на психофизиологические характеристики, которые в дальнейшем могут предопределить психосоматические изменения, если ребенок длительно будет находиться в стрессовой ситуации. Наши данные свидетельствуют о том, что раннее формирование представления ребенка о его ответственности за собственное здоровье реально влияет на особенности регуляции сердечного ритма в эмоциональной ситуации и его способность ориентироваться в потоке сенсорных сигналов.

Доказано, что наличие у ребенка сформированной ВКЗ обеспечивает как улучшение предсказания структуры сенсорного потока, так и эффективность симпатической активации в эмоциональной ситуации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айдаркин Е.К., Шербина Д.Н. Нейрофизиологические механизмы оценки перцептивного времени и их роль в сенсомоторной интеграции // Валеология. – 2006. – № 3. – С. 72-82.
2. Баранов А.А., Квчма В.Р., Скоблина Н.А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН; 2008. – 216 с.
3. Вергунов Е.Г., Николаева Е.И. Метафора янусовидной деятельности. Часть 2: поиск невербальной метафоры для оценки креативности // Вестник психофизиологии. – 2014. – № 3. – С. 57-72.
4. Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. – М.: Изд-во Ин-та социологии РАН, 2002. – 240 с.
5. Ильин Е.П. Психомоторная организация человека. – СПб: Питер, 2003. – 382 с.
6. Меренкова В.С., Николаева Е.И. Влияние анамнеза матери на здоровье детей первого и второго года жизни // Психология образования в поликультурном пространстве. – 2010. – Т. 3, № 3. – С. 53-60.
7. Некрасова Ю.Б. Групповая эмоционально-стрессовая психотерапия в коррекции психических состояний заикающихся // Вопросы психологии. – 1984. – № 2. – С. 75–82.
8. Николаева Е.И., Вергунов Е.Г. Школьная успеваемость и специфика реакций подростков на стохастический сигнал // Психология человека в современном мире. Мат. Всерос. юбилейной научной конференции, посвященной 120-летию со дня рождения С.Л. Рубинштейна / Ред. А.Л. Журавлев, И.А. Джидарьян, В.А. Барабанщиков, В.В. Селиванов, Д.В. Ушаков. – М.: Изд-во ИПРАН, 2009. – С. 366-373.
9. Николаева Е.И., Федорук В.И., Захарина Е.Ю. Технологии здоровьесбере-

жения и здоровьесформирования в условиях детского сада. – СПб.: Детство-Пресс, 2014. – 240 с.

1. Ajdarkin E.K., Shherbina D.N. Nejrofiziologicheskie mehanizmy ocenki perceptivnogo vremeni i ih rol' v sensomotornoj integracii // Valeologija. – 2006. – № 3. – S. 72-82.

2. Baranov A.A., Kuchma V.R., Skoblina N.A. Fizicheskoe razvitie detej i podrostkov na rubezhe tysjacheletij. – M.: Nauchnyj centr zdorov'ja detej RAMN; 2008. – 216 s.

3. Vergunov E.G., Nikolaeva E.I. Metafora janusovidnoj dejatel'nosti. Chast' 2: poisk neverbal'noj metafory dlja ocenki kreativnosti // Vestnik psihofiziologii. – 2014. – № 3. – S. 57-72.

4. Zhuravleva I.V. Zdorov'e podrostkov: sociologicheskij analiz. – M.: Izd-vo In-ta sociologii RAN, 2002. – 240 s.

5. Il'in E.P. Psihomotornaja organizacija cheloveka. – SPb: Piter, 2003. – 382 s.

6. Merenkova V.S., Nikolaeva E.I. Vlijanie anamneza materi na zdorov'e detej pervogo i vtorogo goda zhizni // Psihologija obrazovanija v polikul'turnom prostranstve. – 2010. – T. 3, № 3. – S. 53-60.

7. Nekrasova Ju.B. Gruppovaja jemocional'no-stressovaja psihoterapija v korrekcii psihicheskikh sostojanij zaikajushhihsja // Voprosy psihologii. – 1984. – № 2. – S.75–82.

8. Nikolaeva E.I., Vergunov E.G. Shkol'naja uspevaemost' i specifika reakcij podrostkov na stohasticheskij signal // Psihologija cheloveka v sovremennom mire. Mat. Vseros. jubilejnoj nauchnoj konferencii, posvjashhennoj 120-letiju so dnja rozhdenija S.L. Rubinshtejna / Red. A.L. Zhuravlev, I.A. Dzhidar'jan, V.A. Barabanshnikov, V.V. Selivanov, D.V. Ushakov. – M. : Izd-vo IPRAN, 2009. – S. 366-373.

9. Nikolaeva E.I., Fedoruk V.I., Zaharina E.Ju. Tehnologii zdoro-vesberezhenija i zdorov'eformirovanija v uslovijah detskogo sada. – SPb.: Detstvo-Press, 2014. – 240 s.

10. Barker D.J., Osmond C. 1986. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales // Lancet. – 1986. – V. 1. – P. 1077–1081.

11. Eriksson J.G., Sandboge S., Salonen M., Kajantie E., Osmond C. Maternal weight in pregnancy and offspring body composition in late adulthood: findings from the Helsinki Birth Cohort Study (HBCS) // Ann. Med. - 2015. V. 47. – P. 94–99.

12. Eryigit M. S, Baumann N., Jaekel J., Bartmann P., Wolke D. Neuro-cognitive performance of very preterm or very low birth weight adults at 26 years // J. Child Psychol. Psychiatry. – 2015. V. 56. P. 857–864.

13. Gage S.H., Munafo M.R., Smith G.D. Causal inference in developmental origins of health and disease (DOHaD) Research // Annu. Rev. Psychol. – 2016. V.67. P. 567–585.

14. Van Lieshout R.J., Boylan K. Increased depressive symptoms in female but not male adolescents born at low birth weight in the offspring of a national cohort // Can. J. Psychiatry. 2010.- V. 55.- P. 422–430.

V.S. Merenkova¹, E.I. Nikolaeva²

ANALYSIS OF THE PROGNOSTIC FACTORS OF CHILD'S INNER HEALTH PICTURE

¹Eletz State University (Eletz), ²Herzen State Pedagogical University, Saint-Petersburg State University (Saint-Petersburg).

Summary. In the paper the attempt to describe the psychophysiological markers (sensorimotor integration, orientation in the structure of the sensory stream, the central regulation of cardiac rhythm in different states) of the mental health model were made. 82 primary school children (mean age 9.1±0.5 years). The inner picture of the child's health and simple and complex sensorimotor reactions were described. The heart rate variability of the children was recorded. The data suggest that early formation of the child's view of his responsibility for their own health actually influences to the characteristics of cardiac rhythm regulation in emotional situation and his ability to predict the sensory stream.

Keywords: forecast, internal picture of health, heart rate variability, simple and complex sensorimotor reaction, children.

**ОБРАЗ СЕМЬИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ ИЗ СЕМЕЙ
С РАЗНЫМ ТИПОМ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ**
Северо-Западный государственный медицинский университет им.
И.И. Мечникова (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье приводятся результаты сравнительного анализа образа семьи у младших школьников из семей с конструктивным и деструктивным родительским отношением к ребенку. Дается характеристика эмоционального, когнитивного, поведенческого компонентов образа семьи, а также факторам содержания представлений о семье по каждой группе респондентов.

Ключевые слова: тип родительского отношения к ребенку, отношение к семье, образ семьи.

Введение. Согласно современным представлениям о роли и значении семьи она должна удовлетворять потребности детей в принятии, признании, защите, эмоциональной поддержке, уважении. Семья как система способствует формированию у ребенка определенного образа семьи. Образ семьи – модель мировосприятия, включающая когнитивные, эмоциональные, поведенческие компоненты отношения ребенка к семье, ее членам, семейным ролям и особенностям взаимоотношений. Образ семьи представляет собой результат отражения в индивидуальном сознании реального опыта семейного взаимодействия, где родительское отношение к ребенку во многом будет определять то, как сам ребенок будет оценивать семейный образ [1, 2, 3, 4]. Родительское отношение включает в себя субъективно-оценочное, сознательно-избирательное представление о ребенке, определяющее характер восприятия родителями ребенка. В положительном контексте выделяют конструктивное отношение, при котором родитель поддерживает и принимает ребенка. Деструктивное родительское отношение, наоборот, сопряжено с отрицательными чувствами, установками к ребенку.

Система оценок семьи закладывается у ребенка в дошкольном возрасте и оказывает влияние на его развитие на протяжении всей жизни [5]. В этом плане младший школьный возраст не является «начальным» этапом формирования образа семьи, но это возраст наибольшей личностной активности ребенка. Ресурсы данного возрастного периода могут быть использованы в ситуации изменения образа семьи у ребенка в позитивную сторону, что может повлечь за собой изменения и в системе родительского отношения к ребенку.

Цель исследования — изучить специфику образа семьи у младших школьников из семей с деструктивным и конструктивным родительским отношением к ребенку.

Задачи исследования: 1. Изучить и сравнить особенности образа семьи, включая отношения к семье, оценки семьи у младших школьников из семей с деструктивным и конструктивным родительским отношением к ребенку. 2. Выявить факторы, связанные с отношением к семье у младших школьников из семей с деструктивным и конструктивным родительским отношением к ребенку.

Материалы и методы исследования. Методики исследования: опросник родительского отношения (ОРО) А.Я. Варги и В.В. Столина; беседа с детьми на тему «Что такое семья?»; кинетический рисунок семьи» Р.С. Бернс, С.Х. Кауфман; тест «Цветик-восьмицветик» С.В. Валиевой.

При статистической обработке результатов использовались перевод в проценты; контент-анализ; анализ средних величин, угловое преобразование Фишера,

критерий Ману-Уитни; факторный анализ.

С целью формирования групп сравнения, состоящих из детей младшего школьного возраста, первоначально была проведена диагностика родителей из 53 полных семей при помощи опросника ОРО. Из них были отобраны 30 полных семей, разделенных по критерию «тип родительского отношения к ребенку».

1 группа – 15 семей, где у обоих родителей по результатам диагностики выявлено деструктивное отношение к ребенку; 2 группа – 15 семей, где у обоих родителей такого отношения не выявлено (конструктивное отношение к ребенку).

15 детей младшего школьного возраста, которых воспитывали родители с деструктивным отношением к ребенку, составили первую группу сравнения. 15 детей младшего школьного возраста, которых воспитывали родители с конструктивным отношением к ребенку, составили вторую группу сравнения. Средний возраст детей в обеих группах - 9 лет. Пол детей в настоящем исследовании не учитывался.

Результаты и обсуждение. Результаты беседы с детьми по теме «Моя семья» обработаны при помощи метода контент - анализа. Ответы на вопрос: «Что такое семья?» были распределены по трем группам эмоциональных оценок (табл. 1).

Таблица 1.

Эмоциональная окраска ответов младших школьников на вопрос «Что такое семья»

Группы сравнения	Положительная оценка (%±ДИ)	Отрицательная оценка (%±ДИ)	Нейтральная оценка (%±ДИ)
1	13±15,8	13±15,8	74±20,57
2	39 ±22,9	0	61±22,9
Критерий Фишера	1.703	-	0,778 $p \leq 0,05$

Данные табл. 1 показывают, что эмоционально-нейтральные образы семьи преобладают в ответах школьников обеих группах. Примеры таких ответов: «Семья- это мама, папа, бабушка, еще дедушка», «Семья- это родственники», «Семья может быть с одним братом».

Меньшая доля ответов (13%) у детей 1 группы связана с положительной оценкой семьи. У младших школьников 2 группы такая доля (40%) выражена статистически значимо больше (при $p \leq 0,05$). Примеры положительных оценок: «Семья- это когда все дружат и любят друг друга»; «Семья – это счастье».

В 1 группе также мало выражены отрицательные оценки семьи (13%), а во 2 группе таких оценок нет. Примеры отрицательных оценок образа семьи: «Семья- это, наверное, хорошо, но не моя»; «В семье не должны ссориться, а папа меня ругает».

В табл. 2 представлено распределение ответов младших школьников на вопрос: «Какая твоя семья?» по трем критериям.

Таблица 2.

Распределение долей ответов младших школьников на вопрос: «Какая твоя семья?»

Группы сравнения	Положительная оценка (%±ДИ)	Отрицательная оценка (%±ДИ)	Нейтральная оценка (%±ДИ)
1	14±17,6	65±24,1	21±20,6
2	98±5,04	-	2 ±7,08
Критерий Фишера	5,124 $p \leq 0,01$		4,723 $p \leq 0,01$

По данным табл. 2, в 1 группе доминируют отрицательные оценки своей семьи

(65%). Например: «Моя семья скучная»; «Моя семья не очень дружная»; «Моя семья не обращает на меня внимания» и т. п. У школьников 2 группы статистически значимо (при $p \leq 0,01$) доминируют положительные оценки своей семьи (98%). Примеры ответов: «Моя семья веселая»; «Моя семья дружная»; «Моя семья заботливая».

На вопрос о существовании традиций в семье большинство младших школьников 1 группы ($60\% \pm 24,8$) ответило отрицательно, а большинство младших школьников 2 группы ($83\% \pm 19,01$) - положительно. 27% детей 1 группы не могли определиться с ответом, существуют или нет традиции в их семье. Различия об уровне знаний о традициях в семье между сравниваемыми группами достоверны (при $p \leq 0,01$) в пользу младших школьников из семей с конструктивным родительским отношением к ребенку.

В табл. 3 представлена частота распределения ответов на вопрос: «Как ты думаешь, для чего человеку нужна семья?».

Таблица 3.

Частота различных вариантов ответов на вопрос «Как ты думаешь, для чего человеку нужна семья?» (%)

Группы сравнения	Реализация взаимной любви дружбы (% $\pm$ ДИ)	Защита, помощь в трудную минуту (% $\pm$ ДИ)	Решение экономических вопросов (% $\pm$ ДИ)	Репродуктивные цели	Следование социальным нормам (% $\pm$ ДИ)	Затрудняюсь ответить
1	13 $\pm$ 15,8	7 $\pm$ 11,9	26 $\pm$ 20,6	21 $\pm$ 19,1	26 $\pm$ 20,6	7 $\pm$ 11,9
2	39 $\pm$ 22,9	39 $\pm$ 22,9	0	0	28 $\pm$ 21,05	0
Критерий Фишера	1,703 $p \leq 0,05$	2,31 $p \leq 0,01$	-	-	0,43	-

В 1 группе в 26% случаев присутствуют ответы о том, что семья создается для решения экономических вопросов: «Семья нужна, чтобы муж и жена могли вместе заниматься бизнесом»; «Чтобы можно было покупать нужные вещи, так как не все работают»; «Чтобы можно было ипотеку платить». С такой же частотой встречаются ответы, характеризующие необходимость создания семьи для соответствия социальным нормам (26%). Примеры таких ответов: «Все имеют семьи», «Так принято». В 21% случаев дети этой группы указывали на важность репродуктивной функции семьи: «Семья нужна, чтобы дети рождались»; «Для продолжения рода». Меньшая доля их ответов (7%) была связана с определением необходимости создания семьи для защиты. Еще 7% не смогли ответить на этот вопрос.

Среди младших школьников 2 группы доминируют ответы, в которых семья создается для любви и дружбы (39%), а также для защиты (39%). Примеры таких ответов: «Когда люди любят друг друга, они создают семью»; «В семье можно дружить»; «Семья нужна, так как она может тебя защитить». Остальные ответы (28%) школьников данной группы определяют создание семьи как следование социальным нормам. Ответы о необходимости создания семьи для решения экономических и репродуктивных задач здесь не выявлены.

Статистически значимые различия в ответах на вопрос о причинах создания

семьи прослеживаются по ответам, что создание семьи нужно для любви и дружбы ($p \leq 0,05$), а также для защиты ($p \leq 0,01$), и эти ответы больше выражены у школьников из семей с конструктивным отношением к ребенку.

В табл. 4 отражены средние значения выраженности симптомокомплексов теста «Кинетический рисунок семьи» у школьников сравниваемых групп.

Таблица 4.

Средние показатели выраженности симптомокомплексов самочувствия в семейной ситуации у младших школьников

Группы	Благоприятная семейная ситуация (макс. балл =1,3) $m \pm \sigma$	Тревожность (макс. балл 3) $m \pm \sigma$	Конфликтность (макс. балл=1,7) $m \pm \sigma$	Чувство неполноценности (макс. балл=1,2) $m \pm \sigma$	Враждебность (макс. балл=1) $m \pm \sigma$
1	0,3±0,01	3±0,09	1,4±0,02	1,18±0,03	0,8±0,02
2	1,2±0,02	1,2±0,02	1±0,03	0,6±0,02	0,2±0,02
Критерий Ману-Уитни (U)	0	0	7	6	0
Значимость различий p	0	0	0	0	0

У младших школьников 1 группы наиболее выражены тревожность и чувство неполноценности в семейных отношениях, у школьников 2 группы - тревожность в семейных отношениях наряду с определением их как благоприятных. При сравнении результатов выявлены значимые различия по всем представленным симптомокомплексам: у детей 1 группы больше выражены тревожность, конфликтность, чувство неполноценности, враждебность в оценках семейных отношений, а детьми 2 группы семейные отношения чаще расцениваются как благоприятные.

Цветовые предпочтения в оценках семьи по методике «Цветик-восьмицветик» показали, что у младших школьников 1 группы ведущими при оценке всей семьи стали цвета: голубой, фиолетовый, серый (по 26%). Это показывает, что образ семьи ими воспринимается как отстраненный, где есть скрытые конфликты, предвзятое, придирчивое отношение. Себя в семье большая доля младших школьников этой группы (43%) ассоциируют с зеленым цветом, что можно проинтерпретировать как способ нахождения спокойствия и защиты в самом себе, в своих собственных ресурсах. Большую долю цветовых выборов в оценке матери в семье получил голубой цвет (42%), что можно интерпретировать как стремление детей не конфликтовать или избегать конфликтов с матерью. Ведущие места в восприятии отца занимают фиолетовый (25%) и серый (25%) цвета. Выбор данных цветов можно интерпретировать как негативное отношение к отцу, который воспринимается и как игнорирующая фигура, и как человек, который может выражать агрессию в адрес ребенка.

У младших школьников 2 группы ведущим в цветовой оценке всей семьи в целом стал зеленый цвет (46%), что свидетельствует, что семья воспринимается как источник удовлетворенности и покоя. Ведущий цветовой выбор при оценке себя, матери и отца в семье в данной группе пришелся на желтый цвет (43%) Это может указывать, что младшие школьники довольны своей ролью, а также отношениями с родителями в семье; для них важны признание, теплые отношения со

стороны матери и отца, которых они положительно воспринимают.

Для уточнения компонентного состава содержания отношения к семье у младших школьников сравниваемых групп был выбран метод факторного анализа (табл. 5, 6). При анализе результатов школьников 1 группы были выделены три фактора, нагрузка по каждому из них составила более 60%, что свидетельствует о достоверности полученных данных.

Таблица 5.

Факторная матрица исследованных показателей в 1 группе (деструктивное родительское отношение к ребенку)

Показатели	I (61%)	II (78%)	III (86%)
Семья-положительная оценка	0,933	0,31	0,115
Своя семья - положительная оценка	0,933	0,31	0,115
Есть семейные традиции	0,931	0,31	0,115
Ничего не знаю о традициях семьи	0,412	0,88	0,04
Создание семьи по любви	0,933	0,31	0,115
Создание семьи чтобы иметь защиту и опору	0,751	0,152	0,108
Создание семьи для экономического благополучия	0,412	0,88	0,04
Создание семьи для продолжения рода (репродуктивная функция)	0,546	0,432	0,053
Создание семьи так как социальный стереотип в обществе	0,412	0,88	0,04
Благоприятная атмосфера в семье	-0,373	0,257	0,145
Тревожность семейной ситуации	0,099	-0,012	0,174
Конфликтность во взаимоотношениях в семье	0,023	0,063	-0,754
Ощущение неполноценности в семейном взаимодействии	-0,057	0,419	-0,55
Враждебность по отношению к семье	-0,343	-0,39	0,067
Цветовой положительный выбор в оценке семьи	0,451	0,152	0,108
Цветовой положительный выбор в оценке роли матери	0,274	0,048	0,778
Цветовой положительный выбор в оценке собственной роли в семье	0,095	0,453	0,858
Цветовой положительный выбор в оценке роли отца	0,931	0,31	0,115

В первый фактор вошли показатели: «положительная оценка понятия семья» (0,933); «положительная оценка образа собственной семьи» (0,931); «наличие семейных традиций» (0,931); «любовь как причина создания семьи» (0,931), «положительный цветовой выбор в оценке роли отца» (0,931). Условно по данным доминирующим характеристикам этот фактор мы назвали фактором «эмоциональных оценок семьи».

Второй фактор составили показатели: «незнание семейных традиций» (0,88); «социальный стереотип как причина создания семьи (0,88); «повышение экономического благополучия как причина создания семьи» (0,88). Условно по данным доминирующим характеристикам этот фактор мы назвали фактором «стереотипов создания семьи».

Третий фактор составили такие переменные, как: «положительный цветовой

выбор своей роли в семье» (0,858); «цветовой положительный выбор в оценке роли матери (0,778); «конфликтность во взаимоотношениях в семье» (-0,754). Условно по данным доминирующим характеристикам этот фактор мы назвали фактором «функций и ролей в семье». Результаты факторного анализа показателей школьников 2 группы отражены в табл. 6.

Таблица 6.

Факторная матрица показателей младших школьников 2 группы (конструктивное родительское отношение к ребенку)

Показатели	I (72%)	II (94%)
Семья - положительная оценка	0,979	0,412
Своя семья - положительная оценка	0,433	0,412
Есть семейные традиции	0,331	0,977
Ничего не знаю о традициях семьи	0,4272	0,457
Создание семьи по любви	0,976	0,332
Создание семьи, чтобы иметь защиту и опору	0,972	0,0452
Создание семьи для экономического благополучия	0,412	0,327
Создание семьи для продолжения рода (репродуктивная функция)	0,523	0,432
Создание семьи так как социальный стереотип в обществе	0,432	0,974
Благоприятная атмосфера в семье	-0,373	0,412
Тревожность семейной ситуации	0,067	-0,012
Конфликтность во взаимоотношениях в семье	0,323	0,063
Ощущение неполноценности в семейном взаимодействии	-0,357	0,418
Враждебность по отношению к семье	-0,343	-0,39
Цветовой положительный выбор в оценке семьи	0,451	0,324
Цветовой положительный выбор в оценке роли матери	0,263	0,243
Цветовой положительный выбор в оценке собственной роли в семье	0,295	0,231
Цветовой положительный выбор в оценке роли отца	0,427	0,314

В результате анализа полученных данных выделены два фактора. Факторная нагрузка по каждому из факторов составила более 60%, что свидетельствует о достоверности полученных данных.

В первый фактор вошли показатели: «положительная оценка понятия семья» (0,976); «любовь как причина создания семьи (0,976); «защита как причина создания семьи» (0,972). Такой фактор можно условно назвать фактором «мотивации создания семьи».

Во второй фактор вошли переменные: «наличие семейных традиций» (0,977) и «социальный стереотип как причина создания семьи» (-0,974). Данный фактор условно можно назвать фактором «семейных традиций», поскольку традиции и стереотипы связаны друг с другом.

Показатели диагностического исследования нами были распределены по 3-м компонентам, входящим в состав образа семьи: эмоциональный, когнитивный и поведенческий.

В табл. 7 отражены доли ответов-выборов у младших школьников сравниваемых групп, которые мы отнесли к трем компонентам оценки образа семьи.

Таблица 7.

Распределение долей ответов - представлений о семье по компонентам структуры образа семьи у младших школьников групп сравнения

Группы сравнения	Эмоциональный компонент образа семьи (%±ДИ) (Эмоциональные оценки понятий «семья», «собственная семья», благоприятная ситуация в семейных отношениях, тревожность, враждебность по отношению к семье, цветовые выборы)	Когнитивный компонент образа семьи (%±ДИ) (Когнитивные оценки понятий «семья», «собственная семья», причин создания семьи)	Поведенческий компонент образа семьи (%±ДИ) (Поведенческий компонент оценки понятий «семья», «собственная семья», причин создания семьи, конфликтность в семейных отношениях)
1 группа	13±15,8	74±20,57	13±15,8
2 группа	13±15,8	61±22,9	26±20,6
Критерий Фишера	0	0,8	0,9

Данные табл. 7 показывают, что у младших школьников обеих групп наиболее выражен когнитивный компонент представления о семье. Он представлен количественными и номинативными характеристиками семьи, то есть в ответах отражаются знания детей о составе семьи, семейных ролях, традициях. Например: «Семья - это мама, папа, я, мой брат»; «Мы по выходным ездим в гипермаркет»). Два других компонента оценки семьи у младших школьников обеих групп менее выражены.

Значимые различия по выраженности компонентов представлений об образе семьи между сравниваемыми группами не выявлены.

Выводы:

1. Для младших школьников 1 группы из семей с деструктивным родительским отношением к ребенку характерно следующее:

1.1. Общие оценки семьи носят эмоционально-нейтральный характер; причины создания семьи дети видят в социальных стереотипах и в улучшении экономического благополучия.

1.2. Собственная семья имеет негативные эмоциональные оценки; образ семьи воспринимается как отстраненный, где есть скрытые конфликты, предвзятое, придирчивое отношение к ребенку со стороны родителей. Отмечается отсутствие традиций, выражены тревожность и чувство неполноценности в семейных отношениях. К своей роли в семье младшие школьники относятся положительно, мать воспринимают как отстраненную фигуру, а отца - как источник враждебности.

1.3. В образе семьи преобладают когнитивные оценки. В семейных оценках выявлены три фактора: 1) фактор «эмоциональных оценок семьи»; 2) фактор «стереотипов создания семьи»; 3) фактор «функций и ролей в семье».

2. Для младших школьников 2 группы из семей с конструктивным родительским отношением к ребенку характерно следующее:

2.1. Общие оценки семьи носят эмоционально-нейтральный характер; в качестве причин создания семьи упоминают любовь, дружбу, защиту.

2.2. Собственная семья воспринимается детьми положительно; атмосфера в семье определяется как благоприятная; семья служит источником удовлетворенности и покоя; дети знают семейные традиции; довольны своей ролью в семье, а также отношениями с родителями. Для них важны признание и теплые отношения со стороны как матери, так и отца, их фигуры дети положительно воспринимают.

2.3. В образе семьи преобладают когнитивные оценки. В семейных оценках выявлены два фактора: 1) фактор «мотивации создания семьи»; 2) фактор «семей-

ных традиций»

3. Результаты исследования обнаруживают негативные аспекты образа семьи у младших школьников из семей с деструктивным родительским отношением к ребенку: нет положительного отношения к семье, низко оценивается собственная роль в семье, присутствуют тревожность и конфликтность в отношениях с родительскими фигурами. Эти проблемные зоны могут стать базой для разработки профилактических мероприятий по формированию позитивного образа семьи у данной группы младших школьников. Выявленные во второй группе детей такие факторы отношения к семье, как «мотивации создания семьи» и «семейные традиции», можно использовать в качестве ресурсных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варга А. Я., Драбкина Т.С. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс.– СПб.: Речь, 2001. – 144 с.
2. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования: учебное пособие. – М.: Гардарики, 2012. – 320 с.
3. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. – 319 с.
4. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2006. – 352 с.
5. Шведовская А.А., Загвоздкина Т.Ю. Образ семьи у детей старшего дошкольного возраста, воспитывающихся в семьях различного социально-экономического статуса // Психологические проблемы современной семьи: материалы VI Международной научной конференции. Москва–Звенигород, 30 сентября–4 октября 2015 г. Сборник / ред. О.А. Карабанова, Е.И. Захарова, С.М. Чурбанова, Н.Н. Васягина. – М.: Из-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 2015 – С. 334–350.

1. Varga A. Ja., Drabkina T.S. Sistemnaja semejnaja psihoterapija. Krat-kij lekcionnyj kurs.– Spb.: Rech', 2001. – 144 s.
2. Karabanova O.A. Psihologija semejnyh odnoszenij i osnovy semejnogo konsul'tirovanija: uchebnoe posobie. – M.: Gardariki, 2012. – 320 s.
3. Ovcharova R.V. Psihologicheskoe soprovozhdenie roditel'stva. – M.: Izd-vo Instituta psihoterapii, 2003. – 319 s.
4. Jejdemiller Je.G., Dobrjakov I.V., Nikol'skaja I.M. Semejnyj diagnoz i semejnaja psihoterapija. – Spb.: Rech', 2006. – 352 s.
5. Shvedovskaja A.A., Zagvozdkina T.Ju. Obraz sem'i u detej starshego doskol'nogo vozrasta, vospityvajushhihsja v sem'jah razlichnogo social'no-jekonomicheskogo statusa // Psihologicheskie problemy sovremennoj sem'i: materialy VI Mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii. Moskva–Zvenigorod, 30 sentjabrja–4 oktjabrja 2015 g. Sbornik / red. O.A. Karabanova, E.I. Zaharova, S.M. Churbanova, N.N. Vasjagina. – M.: Iz-vo MGU im. M.V. Lomonosova, 2015 – S. 334–350.

I.Yu. Margoshina

THE FAMILY'S IMAGE OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN FROM FAMILIES IN WHICH THE PARENTS HAVE DIFFERENT RELATIONSHIP TO THE CHILD

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (St. Petersburg).

Summary. The article describes the results of a comparative analysis of family's image of primary school children from families in which parents have constructive and destructive relationship to the child. Analysis family's image includes three components: emotional, cognitive, behavioral. Analysis of factors notions of family, which are in each group of respondents.

Keywords: type of parental relationship to the child, related to family, family's image.

Н.Л. Васильева, Н.Н. Тушенкова

**ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ
МАЛЬЧИКОВ И ДЕВОЧЕК СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**
Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье представлены результаты исследования социально-психологической адаптации детей старшего дошкольного возраста. Подробно рассмотрены особенности социально-психологической адаптации мальчиков и девочек. Приведены новые сведения о взаимодействии психологических факторов в системе социально-психологической адаптации.

Ключевые слова: социально-психологическая адаптация, старший дошкольный возраст, факторы психологического развития.

Социально-психологическая адаптация детей – важная теоретическая и практическая область исследований в психологии. Существует большая потребность в психологическом сопровождении детей, проявляющих признаки социальной дезадаптации. При проведении такой работы в образовательных учреждениях наибольшее внимание уделяется интеллектуальному и моральному развитию, развитию произвольного поведения, памяти, навыков совместной деятельности [5; 8]. В то же время отмечается, что именно эти аспекты развития наибольшим образом взаимосвязаны с успешностью социальной адаптации детей. На данный момент существует большое количество монографий, статей и исследовательских работ, посвященных проблеме социально-психологической адаптации [9; 10; 15; 16]. Собрано большое количество сведений о том, какие аспекты психического развития и окружения ребенка связаны с успешностью его социального функционирования. Проведенные исследования показывают разнообразие факторов, влияющих на способности ребенка адаптироваться.

Цель настоящего исследования – сравнить особенности социально-психологической адаптации мальчиков и девочек старшего дошкольного возраста.

Теоретической моделью исследования послужила концепция Л.С. Выготского о непрерывности развития высших психических функций. Согласно этой концепции, источником развития личности ребенка является как созревание психических структур, так и социальная среда. Л.С. Выготский сформулировал понятие «социальная ситуация развития» [6]. Еще одной теоретической основой исследования является концепция «линий развития», разработанная А. Фрейд [11; 14]. В ней полно и системно представлено многообразие развивающихся функций, их преемственность.

Для исследования характеристик социально-психологической адаптации использовались следующие методики. Эмоциональное состояние детей изучалось с помощью проективной методики «несуществующее животное» [4]. Рисунки детей были проанализированы экспертами, которые установили наличие или отсутствие признаков агрессивности, депрессивности и тревожности. Уровень когнитивного развития оценивался с помощью методики прогрессивных матриц Равена (серии А и В). Определялось, насколько испытуемые способны выстраивать линейные и структурные связи между объектами [12]. Произвольное поведение детей исследовалось с помощью методики «Изучение произвольного поведения», которая отражает качественную и количественную характеристики способности детей к саморегуляции [7]. Для изучения качества отношений («мать», «отец», «я») использовалась методика ЦТО - Цветовой тест отношений [1]. В результате устанавлива-

лось благополучное или неблагополучное переживание ребенка, связанное с каждым из трех объектов. Для оценки степени сформированности поло-ролевой идентификации применялась методика исследования поло-ролевой идентификации Н.Л. Белопольской [3]. Исследование эмоционального благополучия/неблагополучия, связанного с важными аспектами раннего воспитания, проводилось с помощью проективной методики САТ (детский апперцепционный тест) [2]. Анализировалось наличие или отсутствие признаков тревоги, беспокойства, психологических защит, свидетельствующих о наличии конфликта, в описании детьми картинок на темы вскармливания и приучения к туалету. Для исследования особенностей социально-психологической адаптации использовался опросник Т. Ахенбаха в модификации Н.Н. Тушенковой [13], форма для родителей детей 6-18 лет. Описание родителем поведения ребенка оценивались по 10 шкалам: 1) тревожность/депрессивность; 2) отстраненность/депрессивность; 3) соматические жалобы; 4) социальные проблемы; 5) отклонения мышления; 6) трудности с вниманием; 7) девиантное поведение; 8) агрессивное поведение; 9) другие проблемы; 10) эмоциональные проблемы. Кроме того, мы учитывали общий показатель дизадаптивности, включающий в себя все проявления дизадаптивности.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни; параметрического критерия Стьюдента, с использованием программы SPSS 17.0.

В исследовании приняли участие 178 детей (91 девочка и 87 мальчиков) и их родители. Возраст детей находился в промежутке от 5 лет 8 мес. до 7 лет 3 мес. Все они посещали подготовительные группы дошкольных образовательных учреждений и не имели серьезных физических или психических отклонений в развитии. Исследование проводилось на базе ДОУ №№ 12, 25, 22, 41, 60, «Кудесница» г. Санкт-Петербурга, а также ДОУ №№ 102 и 66 г. Воронежа.

Были получены следующие **результаты**.

В табл. 1 представлены результаты исследования **эмоционального состояния**.

Таблица 1.

Распространенность признаков агрессивности, депрессивности и тревожности у мальчиков и девочек

Пол	Признак	Наличие признака		Отсутствие признака	
		Кол-во детей	%	Кол-во детей	%
Девочки	Агрессивность	7	7,69	84	92,31
	Депрессивность	17	18,68	74	81,32
	Тревожность	25	27,47	66	72,53
Мальчики	Агрессивность	17	19,54	70	80,46
	Депрессивность	34	39,08	53	60,92
	Тревожность	21	24,14	66	75,86

Данные таблицы показывают, что агрессивность у мальчиков значимо выше, чем у девочек (19,54% и 7,69%; $p=0.05$). Депрессивность у мальчиков также обнаруживается значимо чаще, чем у девочек (39,08% и 18,68%; $p=0.01$).

В целом эмоциональное состояние девочек с учетом всех трех признаков является более благополучным по сравнению с группой мальчиков ($p=0.01$).

Результаты исследования **когнитивного развития** представлены в табл. 2. По данным таблицы, большинство исследованных детей имеет средний уровень развития линейного (серия А) и структурного (серия В) мышления. Значимых различий между девочками и мальчиками не выявлено.

Таблица 2.

Уровень развития когнитивного мышления в группах девочек и мальчиков

Пол	Серия	Высокий уровень		Средний уровень		Низкий уровень	
		Кол-во детей	%	Кол-во детей	%	Кол-во детей	%
Мальчики	Серия А	28	32,18	54	62,07	5	5,75
	Серия В	12	13,79	47	54,02	28	32,18
Девочки	Серия А	28	30,77	54	59,34	7	7,69
	Серия В	9	9,89	58	63,73	24	26,37

Результаты исследования **отношений** представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Качество отношений к матери, отцу и себе у мальчиков и девочек

Пол	Объект отношения	Позитивные отношения		Негативные отношения	
		Кол-во детей	%	Кол-во детей	%
Мальчики	«мать»	47	54,02	40	45,98
	«отец»	43	49,43	41	50,57
	«я»	54	62,07	33	37,93
Девочки	«мать»	64	70,33	27	29,69
	«отец»	38	41,76	53	48,24
	«я»	61	67,03	30	32,97

Данные о качестве отношений (мать, отец, я) показывают, что наибольшее количество детей (50,57% мальчиков и 48,24% девочек) имеет негативное отношение к отцу. 45,98% мальчиков и 29,69% девочек имеют негативное отношение к матери. 37,93% мальчиков и 32,97% девочек имеют негативное отношение к себе.

Результаты исследования **поло-ролевой идентификации** представлены в табл. 4.

Таблица 4.

Поло-ролевая идентификация у мальчиков и девочек

Пол	Неадекватная		Адекватная	
	Кол-во детей	%	Кол-во детей	%
Мальчики	15	17,24	72	82,76
Девочки	9	9,89	82	90,11

Таблица свидетельствует о том, что 82,76% мальчиков и 90,11% девочек оценивают себя адекватно в поло-ролевом аспекте. 17,24% мальчиков и 9,89% девочек имеют несоответствующий реальности образ своего пола, возраста и социальной роли.

Результаты исследования **эмоционального благополучия**, связанного с важными аспектами раннего воспитания (вскармливание и приучение к туалету) представлены в табл. 5. 97,70% мальчиков и 91,20% девочек переживают эмоциональное неблагополучие в связи с приучением к туалету. 26,44% мальчиков и 18,68% девочек продемонстрировали эмоциональное неблагополучие, связанное с темой раннего вскармливания.

Таблица 5.

Эмоциональное благополучие/неблагополучие, связанное с аспектами раннего воспитания

Пол	Аспекты воспитания	Неблагополучие		Благополучие	
		Кол-во детей	%	Кол-во детей	%
Мальчики	Вскармливание	23	26,44	64	73,56
	приучение к туалету	85	97,70	2	2,30
Девочки	Вскармливание	17	18,68	74	81,32
	приучение к туалету	83	91,20	8	8,80

Результаты исследования особенностей **социально-психологической адаптации** с помощью методики Т. Ахенбаха представлены в табл. 6.1 и 6.2. Чем выше уровень оценки по шкале, тем более выражен указанный признак.

Таблица 6.1.

Социально-психологическая адаптация мальчиков

Шкалы методики Т. Ахенбаха	Низкий уровень (успешная адаптация)		Средний уровень		Высокий уровень (дизадаптация)	
	Кол-во детей	%	Кол-во детей	%	Кол-во детей	%
Тревожность/депрессивность	35	40,23	36	41,38	16	18,39
Отстраненность/депрессивность	33	37,93	35	40,23	19	21,84
Соматические жалобы	21	24,14	48	55,17	18	20,69
Социальные проблемы	24	27,59	38	43,68	25	28,74
Отклонения мышления	31	35,63	41	50,57	15	17,24
Трудности с вниманием	23	26,44	38	43,68	26	29,88
Девиянтное поведение	32	36,78	31	35,63	24	27,59
Агрессивное поведение	29	33,33	29	33,33	29	33,33
Другие проблемы	37	42,53	24	27,59	26	29,88
Эмоциональные проблемы	40	45,98	23	26,44	24	27,59
Общий показатель	27	31,03	37	42,53	23	26,44

Таблица 6.2

Социально-психологическая адаптация девочек

Шкалы методики Т. Ахенбаха	Низкий уровень (успешная адаптация)		Средний уровень		Высокий уровень (дизадаптация)	
	Кол-во детей	%	Кол-во детей	%	Кол-во детей	%
Тревожность/депрессивность	28	30,77	39	42,86	24	26,37
Отстраненность/депрессивность	35	38,46	32	35,16	24	26,37
Соматические жалобы	41	45,05	26	28,57	24	26,37
Социальные проблемы	32	35,16	31	34,07	28	30,77
Отклонения мышления	34	37,36	38	41,76	19	20,88
Трудности с вниманием	26	28,57	36	39,56	29	31,87
Девиянтное поведение	41	45,05	24	26,37	26	28,57
Агрессивное поведение	32	35,16	34	37,36	25	27,47
Другие проблемы	36	39,56	32	35,16	23	25,27
Эмоциональные проблемы	29	31,87	42	46,15	20	21,99
Общий показатель	30	32,97	38	41,76	23	25,27

Из этих данных видно, что 26,44% мальчиков и 25,27% девочек имеют высокий уровень «общего показателя дизадаптивности». Эти дети испытывают большие сложности в том, чтобы адаптироваться в социальной среде. 42,53% мальчиков и 41,76% девочек имеют средний уровень оценки показателя по этой шкале. Только 31,03% мальчиков и 32,97% девочек имеют низкий уровень «общего показателя дизадаптивности», что свидетельствует об их успешной адаптации.

Обсуждение полученных результатов. Результаты исследования свидетельствуют о том, что в поле характеристик социально-психологической адаптации у мальчиков и у девочек дошкольного возраста есть как сходства, так и отличия.

Не отличаются следующие аспекты развития:

Когнитивное развитие. И мальчики, и девочки показали сходный уровень. Большинство детей имеет средний уровень развития как линейного (серия А), так и структурного (серия В) мышления. Вместе с тем, линейное мышление развито несколько лучше, чем структурное, что закономерно для дошкольного возраста.

Отношение к родителям и к себе. Большое количество детей (50,57% мальчиков и 48,24% девочек) имеет негативное отношение к отцу. 45,98% мальчиков и 29,69% девочек имеют негативное отношение к матери. 37,93% мальчиков и 32,97% девочек имеют негативное отношение к себе. Такие цифры дают основания думать, что в данном возрастном периоде отношения к родителям у детей неоднозначны и конфликтны. Это подтверждает представления, существующие в психоанализе, что дети в дошкольном возрасте осваивают новый аспект отношений: я-мать-отец (триангуляцию), который является трудным и конфликтным.

Поло-ролевая идентификация. 82,76% мальчиков и 90,11% девочек оценивают себя адекватно в поло-ролевом аспекте. Однако 17,24% мальчиков и 9,89% девочек имеют несоответствующий реальности образ своего пола, возраста и социальной роли. Эти дети ассоциируют себя с образом человека другого пола и/или возраста. В их представлениях система социальных ролей, связанных с полом и возрастом, сформирована не полностью, или не сформирована. Современный подход к формированию поло-ролевой идентификации является мягким и ненавязчивым. Мы считаем, что столь высокий процент детей, демонстрирующих проблемы гендерной идентичности, говорит о необходимости определенной и четкой воспитательной работы в этой области.

Эмоциональное благополучие/неблагополучие, связанное с аспектами раннего воспитания. 97,70% мальчиков и 91,20% девочек переживают эмоциональное неблагополучие в связи с приучением к туалету. Столь большое количество детей обоего пола, испытывающих неблагополучие, может говорить в пользу того, что мы имеем дело не столько с межличностным конфликтом (жесткость родительских способов приучения к туалету), сколько с внутренним конфликтом у детей, связанным с требованиями родителей (социума) по отношению к телесным проявлениям ребенка. Полученные результаты показывают, что этот конфликт в дошкольном возрасте все еще активен.

Также 26,44% мальчиков и 18,68% девочек продемонстрировали эмоциональное неблагополучие, связанное с темой раннего вскармливания. Здесь имеется значительно меньшее количество детей, испытывающих неблагополучие. Одним из объяснений может быть то, что раннее вскармливание находилось в центре жизненного опыта ребенка раньше по времени, чем приучение к туалету. Возможно, однако, что внутренний конфликт, связанный с этой темой, отсутствует, поскольку желания и родителей (социума), и ребенка однонаправлены (а не разнонаправлены, как в ситуации с приучением к туалету).

Показатели социально-психологической адаптации. И в группе мальчиков, и в группе девочек показатели социально-психологической адаптации сходны: в обеих группах есть примерно равное количество детей с низким (26,44 % мальчиков и 25,27% девочек), средним (42,53% мальчиков и 41,76% девочек) и высоким (31,03% мальчиков и 32,97% девочек) уровнями адаптации.

Выявленные **различия** касаются, прежде всего, **характеристик эмоциональной сферы.**

Тот факт, что у мальчиков по сравнению с девочками обнаружены значимо более высокие показатели агрессивности (19,54% и 7,69%; $p=0.05$), может быть связан с естественными отличиями поведения и с особенностями воспитания, связанными с полом ребенка. Вместе с тем не исключено, что весомый вклад в агрессивное поведение мальчиков вносит эмоциональное напряжение, которое они испытывают при решении возрастных задач (освоение триангуляционных отношений, поло-ролевая идентификация). С этой же причиной может быть связана большая, по сравнению с девочками, депрессивность у мальчиков (39,08% и 18,68%; $p=0.01$).

Полученный результат, что эмоциональное состояние девочек с учетом всех трех исследованных признаков является более благополучным по сравнению с группой мальчиков ($p=0.01$), дает повод думать, что мальчики в старшем дошкольном возрасте с эмоциональной точки зрения более уязвимы. На данном примере можно наблюдать конкретные проявления неравномерности психического развития мальчиков и девочек.

Мы считаем, что полученные результаты свидетельствуют о том, что решение возрастных задач дошкольного возраста у мальчиков сопровождается более интенсивным, чем у девочек, эмоциональным ответом. Более того, хорошее развитие произвольного поведения совпадает у мальчиков старшего дошкольного возраста с повышенной тревожностью, наличием эмоциональных проблем. Значит, можно говорить о том, что мальчики в данном возрасте, в отличие от девочек, эмоционально не готовы демонстрировать тот уровень произвольности в поведении, который от них зачастую требуют. Мальчики достигают социального одобрения, развивают способность вести себя в соответствии с требованиями за счет своего эмоционального благополучия. Этот же вывод подтверждается и теми результатами, что мальчики, поведение которых не отклоняется от установленных норм и правил, отличаются повышенной тревожностью, испытывают большее эмоциональное напряжение, чем те мальчики, которые эти нормы нарушают.

Заключение. Таким образом, исследованные мальчики и девочки старшего дошкольного возраста имеют сходный уровень показателей по следующим параметрам: когнитивное развитие, отношение к родителям и к себе, степень поло-ролевой идентификации, эмоциональное благополучие/неблагополучие, связанное с аспектами раннего воспитания (кормление и приучение к туалету), уровень социально-психологической адаптации. Однако эмоциональные переживания, которые сопутствуют процессам психологического развития, у мальчиков и девочек отличаются. Девочки испытывают меньшее эмоциональное напряжение по сравнению с мальчиками; у мальчиков чаще наблюдаются проявления агрессивности и депрессивности.

Выявленные в настоящем исследовании особенности социально-психологической адаптации у мальчиков и девочек могут использоваться в системе сопровождения развития для оказания помощи детям старшего дошкольного возраста.

Данное исследование будет продолжено проведением корреляционного анализа и выявлением связей успешной социально-психологической адаптации с уже обозначенными факторами внутренней жизни ребенка, такими как ощущения от раннего опыта, характер отношений с матерью и отцом, наличие/отсутствие тревожности и депрессивности, адекватность/неадекватность поло-ролевой идентификации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бажин Е.Ф., Эткинд А.М. Цветовой тест отношений. Методические рекомендации. - Л.: Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1985. - 18 с.
2. Беллак Л. Проективная психология. - М.: Психотерапия, 2010. - 416 с.
3. Белопольская Н.Л. Половозрастная идентификация. Методика исследования детского самосознания: Руководство. - М.: Когито-Центр, 2002. - 24 с.
4. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты. Иллюстрированное руководство. - М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. - 160 с.
5. Воробьева О.А. Социальная адаптация младших школьников с отклонениями в поведении средствами игровой деятельности: автореф. дис. ... канд. пед. наук. - Курск: Курск. гос. ун-т, 2005. - 25 с.
6. Выготский Л.С. Психология развития человека. - М.: Смысл; Эксмо, 2005. — 1136 с.
7. Головей Л.А., Рыбалко Е.Ф. Практикум по возрастной психологии. - СПб.: Речь, 2008. - 694 с.
8. Гуров В.Н. Социальная работа дошкольных образовательных учреждений с семьей. - М.: Пед. о-во России, 2003. - 159 с.
9. Сергин Ю.Д. Социальная адаптация детей-сирот средствами музыкального искусства. - Тамбов: Изд-во ТГУ, 2003. - 185 с.
10. Слушкина Е. А. Социальная адаптация детей старшего дошкольного возраста средствами народной педагогики: автореф. дис. ... канд. пед. наук. - Екатеринбург: Урал. гос. пед. ун-т, 2007. - 23 с.
11. Фрейд А., Фрейд З. Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов. - СПб.: Б&К: Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2000. - 386 с.
12. Ясюкова Л. А. Методика определения готовности к школе: Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе. - СПб.: Речь, 2007.- 179 с.

1. Bazhin E.F., Jetkind A.M. Cvetovoj test otnoshenij. Metodicheskie rekomendacii. - L.: Nauchno-issledovatel'skij psihonevrologicheskij institut im. V.M. Behтерева, 1985. - 18 s.
2. Bellak L. Proektivnaja psihologija. - M.: Psihoterapija, 2010. - 416 s.
3. Belopol'skaja N.L. Polovozrastnaja identifikacija. Metodika issledovanija detskogo samosoznaniya: Rukovodstvo. - M.: Kogito-Centr, 2002. - 24 s.
4. Venger A.L. Psihologicheskie risunochnye testy. Illjustrirovannoe rukovodstvo. - M.: VLADOS-PRESS, 2003. - 160 s.
5. Vorob'eva O.A. Social'naja adaptacija mladshih shkol'nikov s otklonenijami v povedenii sredstvami igrovoj dejatel'nosti: avtoref. dis. ... kand. ped. nauk. - Kursk: Kurs. gos. un-t, 2005. - 25 s.
6. Vygotskij L.S. Psihologija razvitija cheloveka. - M.: Smysl; Jeksmo, 2005. — 1136 s.
7. Golovej L.A., Rybalko E.F. Praktikum po vozrastnoj psihologii. - SPb.: Rech', 2008. - 694 s.

8. Gurov V.N. Social'naja rabota doshkol'nyh obrazovatel'nyh uchrezhdenij s sem'ej. - M.: Ped. o-vo Rossii, 2003. – 159 s.
9. Sergin Ju.D. Social'naja adaptacija detej-sirot sredstvami muzykal'nogo iskusstva. – Tambov: Izd-vo TGU, 2003. – 185 s.
10. Slushkina E. A. Social'naja adaptacija detej starshego doshkol'nogo vozrasta sredstvami narodnoj pedagogiki: avtoref. dis. ... kand. ped. nauk. –Ekaterinburg: Ural. gos. ped. un-t, 2007. – 23 s.
11. Frejd A., Frejd Z. Detskaja seksual'nost' i psihoanaliz detskih nevrozov. - SPb.: B&K: Vost.-Evrop. in-t psihoanaliza, 2000. - 386 s.
12. Jasjukova L. A. Metodika opredelenija gotovnosti k shkole: Prognoz i profil-aktika problem obuchenija v nachal'noj shkole. – SPb.: Rech', 2007.- 179 s.
13. Achenbach T.M. Manual for the Child Behavior Checklist. – Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991.
14. Malberg N. T., Raphael-Leff J. The Anna Freud Tradition. Lines of development: Evolution of Theory and Practice over the Decades. Karnac books Ltd London, 2012.
15. Split J.L., van Lier P.A.S., Leflot G., Onghena P. Children's Social Self-Concept and Internalizing Problems: the Influence of Peers and Teachers // Child Development. – 2014. – Vol. 85 (3).
16. Ziol K.M., McKenna C.C. Early Childhood Housing Instability and School Readiness // Child Development. - 2014. - Vol. 85(1).

N.L. Vasilyeva, N.N. Tushenkova

CHARACTERISTICS OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN PRE-SCHOOL AGE BOYS AND GIRLS

Saint-Petersburg State University (St. Petersburg).

Summary. The paper presents results of empirical study of social and psychological adaptation in pre-school age children. Developmental aspects linked to the adaptation figures in the greatest are identified. Characteristics of social and psychological adaptation in boys and girls are considered in detail. New data concerning psychological factors interconnection in the system of social adaptation is given.

Keywords: social and psychological adaptation, pre-school age, factors of psychological development.

Р.Р. Харисова¹, Д.А. Комолов², Ю.В. Чебакова¹, С.Н. Ениколопов³
**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТИЛЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО
ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ ЗДОРОВЬЯ**
¹НОЧУ ВО Московский институт психоанализа, ²ГБОУ ВПО Российский
национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пиро-
гова (Москва), ³ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

Резюме. В статье рассматриваются стили родительского воспитания у матерей детей различных групп здоровья – первой, второй и третьей. Обсуждаются связи паттернов родительского отношения со спецификой функциональных и морфологических нарушений детей, а также уровнем их компенсаторных возможностей в контексте становления их телесного «Я». В результате проведенного исследования с использованием методики «Анализ семейного воспитания» Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса, показаны различия паттернов родительского отношения у детей разных групп здоровья.

Ключевые слова: стиль родительского воспитания, группы здоровья, младший школьный возраст, гиперпротекция.

Как в отечественной, так и в зарубежной психологической научной литературе широко представлены исследования специфики родительского отношения и его влияния на особенности становления соматического и психического статуса ребенка. Большинство исследователей признается существенная роль родителей (и специфики их отношения к детям) в стимуляции или подавлении адаптационных ресурсов и положительного психоэмоционального тонаса детей с той или иной патологией развития [24; 11; 36]. Исследования особенностей семей с детьми с хроническими заболеваниями представлены, с одной стороны, изучением характера родительской адаптации и стрессоустойчивости, что признается важным фактором, обуславливающим динамику, течение и прогноз заболевания ребенка [24; 30; и др.], с другой – рассмотрением стилей детско-родительских отношений при той или иной патологии у детей и их взаимосвязи с тяжестью и формой заболевания [3; 6; 20; и др.]. В частности, особенности типов родительского отношения исследуются в семьях с детьми с соматической и психосоматической патологией, например, с онкопатологией [3], после хирургической операции при врожденном пороке сердца «синего типа» [29], при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей и подростков [6], аллергических заболеваниях [10], бронхиальной астме [26] и, в целом, при психосоматических расстройствах у детей [22]. Подобный ряд исследований проводится и на моделях семей, воспитывающих детей с неврологическими и психическими заболеваниями; в частности, анализируются динамика когнитивной и эмоциональной составляющей материнской позиции, а также паттерны детско-родительских отношений в семьях с ребенком с детским церебральным параличом [25; 28; 31], с задержками психического развития [18], аутизмом [15].

При этом ряд авторов отмечает, что нарушения психологического функционирования семей (например, представленного актуализацией нарциссического внутриличностного конфликта – желания соответствия ребенка нормативам и стандартам и необходимостью принятия больного ребенка [11]), а соответственно и дисгармоничность родительского отношения в семьях с больным ребенком распространены вне зависимости от типа патологии у детей [2; и др.]. В целом анализ литературы по обсуждаемой проблеме показал, что особенности детско-родительских отношений могут выступать неспецифическим фактором снижения

или интенсификации резистентности к различного рода заболеваниям, а также опосредовать особенности структуры телесной репрезентации у детей. Хотя данные относительно патогномичности типов детско-родительских отношений оказываются неоднозначными. Так, в ряде исследований выявляются существенные различия, связанные с превалированием дисгармоничного стиля в семьях с больными детьми и подростками, в других указывается на относительную сопоставимость типов отношений в семьях больных и здоровых детей (к примеру, симбиотические отношения [9]). В рамках рассмотрения телесного и психологического функционирования детей при нормальном онтогенезе также отмечается взаимосвязь данного параметра с особенностями родительского отношения. К примеру, увеличение недовольства родителей телесным обликом детей по мере их взросления [39] сопоставимо с нарастанием уровня неудовлетворенности телом у самих детей [34]. Еще одно аналогичное исследование показало, что удовлетворенность собой у девочек связана с комментариями матери о весе дочери, жалобами матери о собственном весе, попытками снижения веса у матери и у отца [38].

Хотя однозначное эмпирическое подтверждение негативного влияния фактора родительского отношения на дисфункциональность соматического и психического статуса ребенка трудно получить в экспериментальном исследовании (в том числе, в связи с необходимостью учета большого разнообразия факторов, детерминирующих процесс становления телесности), ряд авторов указывает на подтверждение наличия коммуникативного послания в телесных феноменах, адресованных ближайшему окружению у соматически больных детей, свидетельствующих о семейной дисфункции и дисбалансе структуры детско-родительских и межродительских отношений [1; 13]. Однако, на наш взгляд, полученные эмпирические данные относительно подобных феноменов требуют дополнительных исследований, поскольку не учитывают уровень компенсаторных возможностей детей, проводятся на выборке условно-здоровых детей, обучающихся в школе, что не позволяет однозначно утверждать об отсутствии у них той или иной патологии (например, в стадии компенсации). Приведенные исследования влияния родительского отношения также не дают представлений о его специфике, поскольку свидетельствуют скорее об их общей дисфункциональности, нежели очерчивают его особенности, отличающие уровень и качество патогенного (детерминирующего расстройство у ребенка) и относительно нормативного взаимодействия.

Для анализа специфики детско-родительских отношений можно рассмотреть семьи, воспитывающие детей с различными группами здоровья, учитывая как распространенность и превалирование детей со второй и третьей группами здоровья в общеобразовательных учреждениях [7; 19; 17; 23; 27], так и значимый практический потенциал, представленный необходимостью разработки реабилитационных мероприятий, осуществляемых в рамках системы здравоохранения и образования с учетом групп здоровья [4; 8; и др.]. Обоснование возможности проведения сравнительного анализа паттернов родительского отношения с различными группами здоровья связано с особым телесным опытом, создаваемым в ситуации болезни и презентированным различными функциональными возможностями детей. Еще одним важным параметром, необходимым для выявления специфики соматического и психического благополучия ребенка в зависимости от типа родительского отношения выступает необходимость тщательного контроля экспериментальных групп, что возможно лишь при учете не только наличия или отсутствия хронического заболевания, но и функциональных нарушений органов и систем у ребенка.

Таким образом, фактор детско-родительских отношений может быть рассмотрен не только на примере патологических процессов, а также с позиции трех групп здоровья. Подобная модель позволяет провести сравнение особенностей детско-родительских отношений в рамках психосоматической нормы – первой группы здоровья (ГЗ-1), часто болеющих детей, детей с преимущественно функциональными расстройствами – второй группы здоровья (ГЗ-2) и респондентов с хронической соматической патологией – третьей группы здоровья (ГЗ-3). Рассмотрение не только родителей здоровых детей в сравнении с больными, но и включение респондентов, воспитывающих детей с пограничным соматическим и психическим статусом (ГЗ-2), позволяет изучить фактор стиля воспитания с позиции сравнительного анализа семейных отношений в зависимости от функциональных или морфологических нарушений детей, а также их компенсаторных возможностей. В соответствии с данной теоретической предпосылкой можно предположить, что существует взаимосвязь паттернов родительского воспитания со структурой дефекта ребенка, наличия у него преимущественно функциональной или морфологической патологии.

Таким образом, **целью** настоящего исследования является сравнительный анализ паттернов родительского воспитания детей младшего школьного возраста трех групп здоровья.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 60 матерей в возрасте от 27 до 40 лет, чьи дети младшего школьного возраста (7-8 лет) имеют первую, вторую и третью группы здоровья (по 20 человек в каждой группе).

Для изучения специфики воспитательных паттернов была использована методика «Анализ семейного воспитания» (АСВ), разработанная Э.Г. Эйдемиллером и В.В. Юстицким [32], состоящая из 130 вопросов, предполагающих утвердительный или отрицательный ответ. Оценка стиля воспитания в данной методике производится по 11 шкалам, которые отражают характеристики паттернов родительского воспитания, среди них – «гиперпротекция» (Г+), «гипопротекция» (Г-), «потворствование» (У+), «игнорирование потребностей» (У-), «чрезмерность требований (обязанностей)» (Т+), «недостаточный уровень требований» (Т-), «высокий уровень запретов» (З+), «недостаточность требований и запретов» (З-), «выраженность санкций» (С+), «недостаточность санкций» (С-), «неустойчивость паттернов воспитания» (Н). Дополнительные шкалы методики отражают аспект включенности в систему воспитания личностных особенностей матерей: «расширение родительских чувств» (РРЧ), «проекция детских качеств» (ПДК), «воспитательная неуверенность» (ВН), «фобия утраты ребенка» (ФУ), «неразвитость родительских чувств» (НРЧ), «проекция негативных качеств» (ПНК), «перенос межличностного конфликта родителей в сферу воспитания» (ВК), «предпочтение женских качеств» (ПЖК), «предпочтение в ребенке мужских качеств» (ПМК).

Результаты и обсуждение. Средние значения показателей стилей родительского воспитания по методике АСВ в зависимости от группы здоровья ребенка представлены на рис. 1 по основным шкалам и рис. 2 по дополнительным шкалам.

Результаты методики АСВ в целом по различным параметрам имеют «ступенчатую» структуру, при которой ГЗ-2 всегда обнаруживает показатели между значениями ГЗ-1 и ГЗ-3. Так, увеличение показателей от ГЗ-1 к ГЗ-3, зарегистрированы по шкалам: Г+, У+, Т-, З+, С-, РРЧ, ПДК, ВН. Уменьшение же значений от ГЗ-1 к ГЗ-3 отмечены по параметрам: Г-, У-, З-, С+, ВК. Вероятно, данный комплекс паттернов и обнаруженные линейные зависимости параметров шкал связаны со спецификой компенсаторных и функциональных нарушений ребенка, а также уровня тя-

жести его соматического и психического статуса (отражаемых группами здоровья), сопоставимых с общей тенденцией родителей к большей инфантилизации больного ребенка [9]. Полученные результаты также возможно проинтерпретировать в рамках теории семейных отношений, позволяющей рассматривать симптом ребенка как симптом семейной системы, в котором болезнь выступает своеобразным стабилизатором внутрисемейных отношений родителей [5; 33; 35; 37].

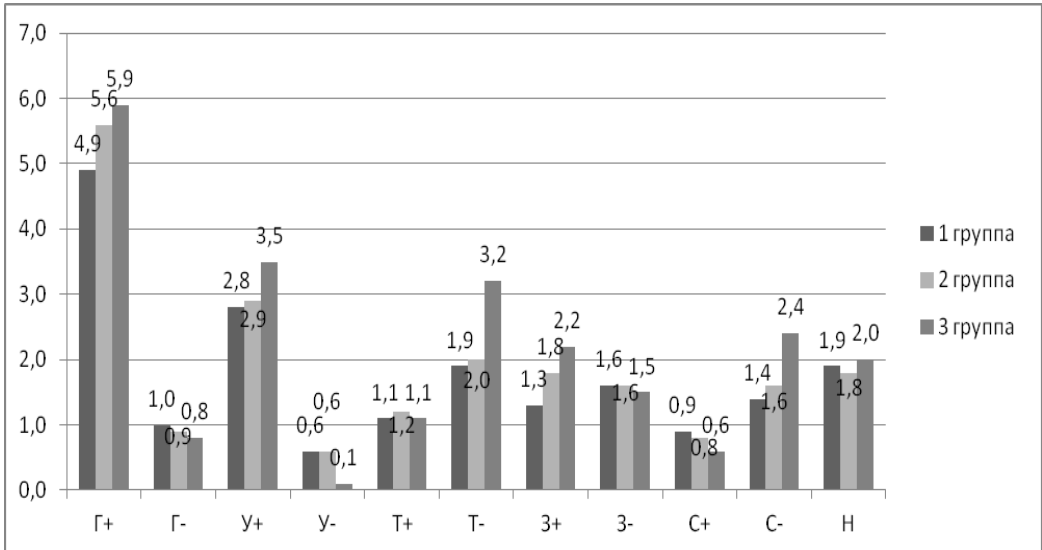


Рисунок 1. Усредненные значения показателей основных шкал АСВ у родителей детей трех групп здоровья.

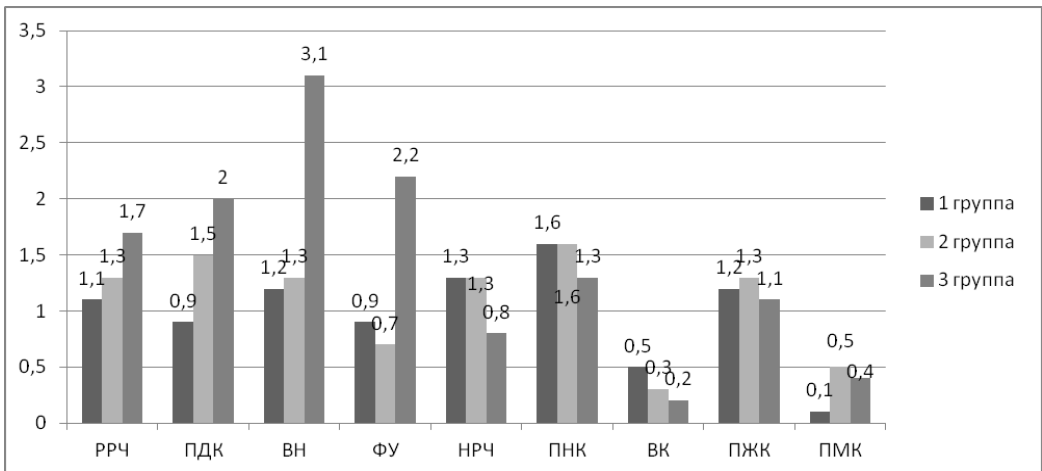


Рисунок 2. Усредненные значения показателей дополнительных шкал АСВ у родителей детей трех групп здоровья.

Несмотря на наличие некоторых общих стилевых родительских тенденций в отношении детей с большими или меньшими компенсаторными и функциональными возможностями, исследование выявило специфические различия в паттернах воспитания детей разных групп здоровья.

В отношении специфики стилей воспитания между родителями групп ГЗ-1 и ГЗ-2 можно отметить, что, различия минимальны и статистически не обнаружи-

ваются, а также в целом согласуются с данными общности паттернов семейных отношений в группе нормы и часто болеющих детей в исследовании Ж.Г. Дусказиевой [9]. На наш взгляд, однако, интересным представляется тенденция, связанная со снижением средних значений показателей по шкалам ФУ и Н, а также возрастанием показателей ПЖК и ПМК у родителей детей ГЗ-2, что не вписывается в относительно устойчивую линейную характеристику паттернов отношений родителей детей трех групп здоровья. Подобные характеристики паттернов родительского отношения к данной группе детей могут презентировать больший уровень бессознательного эмоционального отвержения детей ГЗ-2 в связи с отсутствием у них объективизированных в морфологической структуре (например, явной соматической патологии) телесных дефектов [9], что может затруднять эмпатическое принятие функциональных нарушений. Повышенные значения проекции женских и мужских качеств могут отражать актуализированные в связи с нарушениями детей внутриличностные гендерные конфликты родителей, презентующие объективно разворачиваемую картину психического и соматического статуса детей, например, ситуации респираторно заболевания как вариант «слабости», «пассивности» (женская составляющая) и ситуация полного здоровья как вариант «силы», «активности» (мужская составляющая).

Статистически подтвержденные различия получены между показателями матерей детей ГЗ-2 и ГЗ-3 по шкале ВН ($p=0,02$); матери детей ГЗ-3 демонстрируют более высокие показатели по указанной шкале по сравнению с матерями детей ГЗ-2. При этом, близкие значения в ГЗ-2 и ГЗ-3 получены по шкалам Г+, Г-, З+, ПДК, что свидетельствует о склонности родителей детей ГЗ-2 и ГЗ-3 к повышенному уровню гиперпротекции и запретов, а также инфантилизации, вероятно, связанной с наличием соматического неблагополучия детей в той или иной степени. Показатели по указанным параметрам выше в ГЗ-3. Подобный паттерн, характеризующийся сохранением симбиотических отношений с ребенком за счет гиперопеки и инфантилизации при культивировании ограничительного поведения, согласуется с данными исследований других авторов [3; 14; 10; 26; 31; 29; 30; и др.]. Примечательно, что, по данным настоящего исследования, в ГЗ-2 и ГЗ-3 был выявлен паттерн гиперопеки с высоким уровнем запретов, хотя, например, в ряде приведенных для сравнительного анализа исследованиях гиперопека сочеталась с недостаточностью запретов [3; 14].

По результатам исследования методики АСВ в целом ГЗ-3 имеет больше отличий по параметрам, чем ГЗ-2 и ГЗ-1, паттерны родительского воспитания в которых, как указывалось выше, более схожи. Статистически значимые различия выявлены при сравнении показателей матерей детей ГЗ-1 и ГЗ-3 по шкалам: Г+ ($p=0,03$), Т- ($p=0,03$), ПДК ($p=0,03$), ВН ($p=0,02$), ФУ ($p=0,04$). У матерей детей ГЗ-3 показатели по указанным шкалам выше. Также были получены различия по шкалам: НРЧ ($p=0,03$) и Г- ($p=0,03$), однако у матерей детей ГЗ-3 показатель по указанным шкалам ниже, чем у матерей детей ГЗ-1.

Проанализируем отличительные особенности паттернов детско-родительского отношения в ГЗ-3.

Специфичными характеристиками стиля родительского воспитания в ГЗ-3 являются У+, Т- и С-, ВН, ФУ. Таким образом, в сочетании с характеристиками, выделенными выше, стиль родительского воспитания в ГЗ-3 имеет большую внутреннюю конфликтность: гиперопека с высоким уровнем запретов сочетается с низким уровнем требований и санкций, потворствованием потребностям ребенка с его инфантилизацией на фоне воспитательной неуверенности и фобии утраты. Коммуникации приобретают двойственный, дезориентирующий характер, а сами запреты принимают статус формально предъявляемых. По мнению Э.Г. Эйдемиллера и В.В.

Юстицкиса, высокие показатели по шкале У+ могут быть связаны со «слабостью» и исключительностью детей данной группы, с точки зрения их матерей [32].

Выводы. Анализируя результаты, полученные в ходе проведения методики АСВ, следует отметить, что с учетом данных по основным (Г+, У+, З+, Т-, С-) шкалам и дополнительным (РРЧ, ПДК, ВН, ФУ) шкалам матери детей ГЗ-3 демонстрируют тенденция к стилю воспитания по типу доминирующей гиперпротекции. Подобного рода тенденция заметно менее выражена у матерей детей ГЗ-2 и отсутствует у матерей ГЗ-1. При этом стилевые характеристики родительского воспитания у матерей детей ГЗ-1 и ГЗ-2 более близки друг к другу по сравнению с паттернами родителей детей ГЗ-3, что может быть опосредовано спецификой патологии (соматической и психической) детей ГЗ-2 по отношению ГЗ-3, демонстрирующих больший компенсаторный потенциал имеющихся нарушений. Выявленные отличительные особенности стилей родительского воспитания у матерей детей ГЗ-2 могут свидетельствовать о специфике отношения родителей к соматически и/или психически «ослабленному» ребенку, в структуре дефекта которого не обнаруживаются объективизированных телесных дефицитов, как, например, у детей ГЗ-3.

В заключение следует отметить, что полученные результаты стилей родительского воспитания у матерей трех групп здоровья очерчивают также специфику и характер психологических различий данных детей друг от друга. Подобная связь особенностей паттерна отношений и характеристик функциональных и морфологических расстройств детей позволяет предположить перспективность дальнейших исследований, связанную с анализом и рассмотрением специфических взаимосвязей между особенностями телесного «Я» детей трех групп здоровья и стилей родительского воспитания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия. – СПб.: Речь, 2000. – 238 с.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. Издание второе, исправленное. – М.: Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА, 2000. – 320 с.
3. Аралова М.П., Асмаян К.С. Поливеченко М.Г. Психологическое исследование родительского отношения к дошкольникам в стадии ремиссии острого лимфобластного лейкоза // Мат-лы Первой Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онкологии». - М.: GlaxoWelcome., 1997. - С. 105-107.
4. Баранов А.А. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева // Вестник РАМН. – 2009. – № 5. – С. 6–11.
5. Варга А. Системная семейная психотерапия // Журнал практической психологии и психоанализа. 2000. № 2. URL: <https://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2017> (дата обращения: 05.06.2016).
6. Вахрушева И.А. Отношение к болезни у подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта : дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2004. – 215 с.
7. Грудина Н.А. Технология формирования здоровья и здорового образа жизни у дошкольников // Мат-лы Всеросс. науч.-практ. конф.: В 2 Ч. – Чита: Изд-во ЗабГПУ, – 2005. – С. 23-28.
8. Гусева С.В. Здоровье школьников, имеющих вторую группу здоровья и эффективность их летнего оздоровления : дис. ... канд. психол. наук. – Пермь, 2006. – 170 с.
9. Дусказиева Ж.Г. Особенности материнского отношения к соматически ослабленным мальчикам // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. - № 1(31). – 2015. – С.145-147.

-
10. Елиашвили М.Н. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья: дис. ... канд. психол. наук. – М., 2012. – 170 с.
 11. Зерницкий О.Б. Исследование взаимосвязи родительского отношения с психоэмоциональными состояниями детей с тяжелыми соматическими заболеваниями: дис. ... канд. психол. наук. – М., 2005. – 179 с.
 12. Котова Е.В. Особенности родительского отношения к соматически больным детям старшего дошкольного возраста (на примере часто болеющих детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата): дис. ... канд. психол. наук. – Казань, 2003. – 179 с.
 13. Коваленко Н.А. Эмоциональный и телесный опыт ребенка с бронхиальной астмой: дис. ... канд. психол. наук. – М., 1998. – 227 с.
 14. Лифинцева А.А. Особенности социально-психологической адаптации к школе детей с хроническими соматическими заболеваниями: дис. ... канд. психол. наук. – М., 2005. – 171 с.
 15. Куташов В.А., Квасова В.В. Родительно-детские отношения в семьях с детьми с расстройствами аутистического спектра // Молодой ученый. — 2016. — № 3. — С. 279-283.
 16. Макеев Н.И. Особенности отношения подростков 15-17 лет к собственному здоровью // Российский педиатрический журнал. – 2009. – № 5. – С. 45-47.
 17. Мандзяк Т.В. Состояние здоровья детей в зонах экологического неблагополучия / Т.В. Мандзяк, В.В. Долгих, В.В. Рычкова, Н.И. Моторова, Н.В. Ефимова // Мат-лы Всеросс. науч.-практ. конф.: В 2 Ч. – Чита: Изд-во ЗабГПУ, 2005. – С. 130-134.
 18. Маркина А.Ю., Герасимова О.Ю., Семченко Л.Н. Детско-родительские отношения в семьях детей с задержкой психического развития // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2015. № 3 (10). – С. 19-22. URL: <http://www.smus74.ru/content/vypusk-3-10-2015> (дата обращения 05.04.2016)
 19. Маханева М.Д. Воспитание здорового ребенка. – М.: АРКТИ, 2000. – 30 с.
 20. Мохов В.А. Особенности детско-родительских отношений в семьях с тяжелобольными детьми / В.А. Мохов, М.А. Крештапова, О.С. Шибкова, О.Н. Дианова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 6. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 27.05.2016).
 21. Мухетдинова А.Р. Функциональные особенности сердечно-сосудистой системы младших школьников разных групп здоровья : дис. ... канд. биол. наук. – Казань, 2000. – 133 с.
 22. Нестеренко О.Б. Мультимодальные характеристики «структурного аттрактора болезни» у подростков : дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2005. – 245 с.
 23. Нижегородцева, Н.В., Шадринов В.Д. Психолого-педагогическая готовность ребенка к школе. – М.: ВЛАДОС, 2001. – 256 с.
 24. Писаренко Н.А. Психологическая адаптация семьи ребенка с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. – 1998. – № 3. – С. 35-43.
 25. Романова О.Л. Психологическое исследование особенностей материнской позиции женщин, дети которых страдают церебральным параличом // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1988 – Вып. 9. – С. 87-110.
 26. Русякова Е.Е. Психологические особенности личности подростков, страдающих бронхиальной астмой и методы психокоррекции: дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2004 – 264 с.
 27. Спатаева М.Х. Методика дифференцированного подхода в физическом воспитании детей старшего дошкольного возраста II и III групп здоровья: дис. ...
-

канд. пед. наук. – Омск, 2006. – 191 с.

28. Скворцов И.А. Психологические особенности родителей при неврологической инвалидности ребенка / И.А. Скворцов, Т.Н. Осипенко, Н.П. Дедов, Л.А. Ночевка, Е.Ю. Жуланова, Ю.Л. Орлова // Альманах «Исцеление». – М., 1995. – Вып. 2 – С. 397-422.

29. Султанова, А. С. Особенности самосознания и отношения к болезни детей, перенесших хирургическую коррекцию врожденного порока сердца «синего типа» / А.С. Султанова, А.Н. Васина, Т.Г. Горячева, И.В. Кокшенев // Мат-лы Первой Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онкологии», Москва, 4-6 июня 1997. – М., 1997. – С. 178.

30. Урядницкая Н.А. Роль родителей в психологической адаптации детей с онкопатологией / Н.А. Урядницкая, М.А. Бялик, Е.И. Моисеенко, В.В. Николаева // Вопросы онкологии. – 1997. – Т. 43. – № 4. – С. 461-464.

31. Шаповаленко И.В. Тяжелое заболевание ребенка: горестные переживания / И.В. Шаповаленко, Т.Б. Миронова // Практична психологія та соціальна робота // Науково-практичний та освітньо-методичний журнал. – 2004. – № 6. – С. 68-75.

32. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. – М., 1996. – С. 6-19.

33. Эйдемиллер Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учеб. пособие для врачей и психологов / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. – СПб.: Речь, 2003. – 332 с.

1. Ammon G. Psihosomaticheskaja terapija. – SPb.: Rech', 2000. – 238 s.

2. Antropov Ju.F., Shevchenko Ju.S. Psihosomaticheskie rasstrojstva i patologicheskie privychnye dejstva u detej i podrostkov. Izdanie vtoroe, ispravlennoe. – M.: Izdatel'stvo Instituta Psihoterapii, Izdatel'stvo NGMA, 2000. – 320 s.

3. Aralova M.P., Asmanjan K.S. Polivechenko M.G. Psihologicheskoe issledovanie roditel'skogo otnoshenija k doskol'nikam v stadii remissii ostrogo limfoblastnogo lejkoza // Mat-ly Pervoj Vserossijskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem «Social'nye i psihologicheskie problemy detskoj onkologii». – M.: GlaxoWelcome., 1997. – S. 105-107.

4. Baranov A.A. Sostojanie zdorov'ja sovremennyh detej i podrostkov i rol' mediko-social'nyh faktorov v ego formirovanii / A.A. Baranov, V.R. Kuchma, L.M. Suhareva // Vestnik RAMN. – 2009. – № 5. – S. 6–11.

5. Varga A. Sistemnaja semejnaja psihoterapija // Zhurnal prakticheskoi psihologii i psihoanaliza. 2000. № 2. URL: <https://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2017> (data obrashhenija: 05.06.2016).

6. Vahrusheva I.A. Otnoshenie k bolezni u podrostkov s zabolevanijami zheludochno-kishechnogo trakta : dis. ... kand. psihol. nauk. – SPb., 2004. – 215 s.

7. Grudinina N.A. Tehnologija formirovanija zdorov'ja i zdorovogo obraza zhizni u doskol'nikov // Mat-ly Vseross. nauch.-prakt. konf.: V 2 Ch. – Chita: Izd-vo ZabGPU, – 2005. – S. 23-28.

8. Guseva S.V. Zdorov'e shkol'nikov, imejushhih vtoruju gruppu zdorov'ja i jeffektivnost' ih letnego ozdorovlenija : dis. ... kand. psihol. nauk. – Perm', 2006. – 170 s.

9. Duskazieva Zh.G. Osobennosti materinskogo otnoshenija k somaticheski oslablennym mal'chikam // Vestnik Krasnojarskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. V.P. Astaf'eva. – № 1(31). – 2015. – S.145-147.

10. Eliashvili M.N. Osobennosti detsko-roditel'skih otnoshenij v sem'jah, vospityvajushhih detej s ogranichenymi vozmozhnostjami zdorov'ja: dis. ... kand. psihol. nauk. – М., 2012. – 170 s.

11. Zernickij O.B. Issledovanie vzaimosvjazi roditel'skogo odnoshe-nija s psichojemocional'nymi sostojanijami detej s tjazhelymi somaticheskimi zabolevanijami: dis. ... kand. psihol. nauk. – M., 2005. – 179 s.
12. Kotova E.V. Osobennosti roditel'skogo otnoshenija k somaticheski bol'nym detjam starshego doshkol'nogo vozrasta (na primere chasto bolejušhijh detej i detej s narushenijami oporno-dvigatel'nogo apparata): dis. ... kand. psihol. nauk. – Kazan', 2003. – 179 s.
13. Kovalenko N.A. Jemocional'nyj i telesnyj opyt rebenka s bronhial'noj astmoj: dis. ... kand. psihol. nauk. – M., 1998. – 227 s.
14. Lifinceva A.A. Osobennosti social'no-psihologicheskoy adaptacii k shkole detej s hronicheskimi somaticheskimi zabolevanijami: dis. ... kand. psihol. nauk. – M., 2005. – 171 s.
15. Kutashov V.A., Kvasova V.V. Roditel'sko-detskie otnoshenija v sem'jah s det'mi s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Molodoj uchenyj. — 2016. — № 3. — S. 279-283.
16. Makeev N.I. Osobennosti otnoshenija podrostkov 15-17 let k sob-stvennomu zdorov'ju // Rossijskij pediatričeskij žurnal. – 2009. – № 5. – S. 45-47.
17. Mandzjak T.V. Sostojanie zdorov'ja detej v zonah jekologicheskogo neblagopoluchija / T.V. Mandzjak, V.V. Dolgih, V.B. Rychkova, N.I. Motorova, N.V. Efimova // Mat-ly Vseross. nauch.-prakt. konf.: V 2 Ch. – Chita: Izd-vo ZabGPU, 2005. – S. 130-134.
18. Markina A.Ju., Gerasimova O.Ju., Semchenko L.N. Detsko-roditel'skie otnoshenija v sem'jah detej s zaderzhkoj psihicheskogo razvitija // Vestnik Soveta molodyh uchjonyh i specialistov Cheljabinskoy oblasti. 2015. № 3 (10). – S. 19-22. URL: <http://www.smus74.ru/content/vypusk-3-10-2015> (data obrashhenija 05.04.2016)
19. Mahaneva M.D. Vospitanie zdorovogo rebenka. – M.: ARKTI, 2000. – 30 s.
20. Mohov V.A. Osobennosti detsko-roditel'skih otnoshenij v sem'jah s tjazhelebol'nymi det'mi / V.A. Mohov, M.A. Kreshtapova, O.S. Shibkova, O.N. Dianova // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. žurn. – 2011. – № 6. URL: <http://medpsy.ru> (data obrashhenija: 27.05.2016).
21. Muhetdinova A.R. Funkcional'nye osobennosti serdečno-sosudistoj sistemy mladših škol'nikov raznyh grupp zdorov'ja : dis. ... kand. biol. nauk. – Kazan', 2000. – 133 s.
22. Nesterenko O.B. Mul'timodal'nye harakteristiki «strukturnogo attraktora bolezni» u podrostkov : dis. ... kand. psihol. nauk. – SPb., 2005. – 245 s.
23. Nizhegorodceva, N.V., Shadrinov V.D. Psihologo-pedagogičeskaja gotovnost' rebenka k shkole. – M.: VLADOS, 2001. – 256 s.
24. Pisarenko N.A. Psihologičeskaja adaptacija sem'i rebenka s onkologičeskim zabolevaniem na jetape remissii // Ros. vest. perinatologii i pediatrii. – 1998. – № 3. – S. 35-43.
25. Romanova O.L. Psihologičeskoe issledovanie osobennostej mate-rinskoj pozicii ženshhin, deti kotoryh stradajut cerebral'nyh paralichom // Zh. nevropatol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 1988 – Vyp. 9. – S. 87-110.
26. Rusljakova E.E. Psihologičeskie osobennosti ličnosti podrostkov, stradajušhijh bronhial'noj astmoj i metody psihokorrekcii: dis. ... kand. psihol. nauk. – SPb, 2004 – 264 c.
27. Spataeva M.H. Metodika differencirovannogo podhoda v fiziche-skom vospitanii detej starshego doshkol'nogo vozrasta II i III grupp zdorov'ja: dis. ... kand. ped. nauk. – Omsk, 2006. – 191 s.
28. Skvorcov I.A. Psihologičeskie osobennosti roditelej pri nevro-logičeskoy invalidnosti rebenka / I.A. Skvorcov, T.N. Osipenko, N.P. Dedov, L.A. Nočevka, E.Ju.

Zhulanova, Ju.L. Orlova // Al'manah «Iscelenie». – M., 1995. – Vyp. 2 – S. 397-422.

29. Sultanova, A. S. Osobennosti samosoznaniya i otnosheniya k bolezni detej, perenessih hirurgicheskiju korekciju vrozhdennogo poroka serdca «sinego tipa» / A.S. Sultanova, A.N. Vasina, T.G. Gorjacheva, I.V. Kokshe-nev // Mat-ly Pervoj Vse-rossijskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem «Social'nye i psihologicheskie problemy detskoj onkologii», Moskva, 4-6 ijunya 1997. – M., 1997. – S. 178.

30. Urjadnickaja N.A. Rol' roditelej v psihologicheskoj adaptacii detej s onkopatologiej / N.A. Urjadnickaja, M.A. Bjalik, E.I. Moiseenko, V.V. Nikolaeva // Voprosy onkologii. – 1997. – T. 43. – № 4. – S. 461-464.

31. Shapovalenko I.V. Tjazheloe zabolevanie rebenka: gorestnye perezhivaniya / I.V. Shapovalenko, T.B. Mironova // Praktichna psihologija ta social'na robota // Naukovo-praktichnij ta osvitr'o-metodichnij zhurnal. – 2004. – № 6. – S. 68-75.

32. Jejdemiller Je.G. Metody semejnoy diagnostiki i psihoterapii. – M., 1996. – S. 6-19.

33. Jejdemiller Je.G. Semejnyj diagnoz i semejnaja psihoterapija: Ucheb. posobie dlja vrachej i psihologov / Je.G. Jejdemiller, I.V. Dobrja-kov, I.M. Nikol'skaja. – SPb.: Rech', 2003. – 332 s.

34. Flannery-Schroeder, E.C. Body esteem, eating attitudes, and gender-role orientation in three age groups of children / E.C. Flannery-Schroeder, J.C. Chrisler // Current Psychology. – 1996. – V. 15. – Pp. 235-248.

35. Haley J. Leaving Home. New York: McGraw-Hill, 1980.

36. Koocher G. P. The Damocles syndrome: Psychosocial consequences of surviving childhood cancer / G.P. Koocher, J.E. O'Malley – McGraw-Hill Companies, 1981. – 218 pp.

37. Madanes C. Behind the one way mirror : Advances in the practice of strategic therapy. — San Francisco: Jossey-Bass, 1984.

38. Smolak, L. Parental input and weight concerns among elementary school children / L. Smolak, M.P. Levine, F. Schermer // International Journal of Eating Disorders. – 1999. – V. 25. – Pp. 263-271.

39. Striegel-Moore R. Exploring parents' attitudes and behaviors about their children's physical appearance / R. Striegel-Moore, A. Kearney-Cooke // International Journal of Eating Disorders. – 1994. – V. 15. – Pp. 377-385.

R.R. Kharisova¹, D.A. Komolov², Y.V. Chebakova¹, S.N. Enikolopov³
COMPARATIVE ANALYSIS OF THE PARENTING STYLES
IN CHILDREN WITH VARIOUS HEALTH GROUPS

¹Moscow Institute of Psychoanalysis, ²Pirogov Russian National Research Medical University, ³Federal State Budgetary Scientific Institution «Mental Health Research Centre» (Moscow).

Summary. The article deals with parenting styles of mothers of children of different health groups - the first, second and third. Are discussed the connections of parental relationship patterns with the specific functional and morphological children's disorders, as well as their level of compensatory possibilities in the context of their bodily ego formation. Using the "The family education analysis" techniques (FEA) developed by E. G. Eidemiller and V. V. Yustitsky, the study is showing the differences of parental relationship patterns of children of different health groups.

Keywords: parenting style, health groups, younger school age, hyperprotection.

А. Вайткавичене**ИДЕНТИФИКАЦИЯ МОТИВОВ ПОВЕДЕНИЯ ЮНОШИ
С УМЕРЕННЫМ НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА С ПРИМЕНЕНИЕМ
АРТ-ТЕРАПИИ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ А. АДЛЕРА
Шяуляйский университет (Шяуляй, Литва).**

Резюме. Исследование актуально в связи с малой изученностью мотивов поведения и возможностей арт-терапии у лиц юношеского возраста с интеллектуальными нарушениями. Цель - выявить связь между поведением юноши 19 лет с умеренным нарушением интеллекта и его художественным самовыражением. Методы исследования: анализ литературы, контент-анализ и кейс-анализ. Показано, что в арт-терапевтических сессиях обнаруживаются реакции переноса в сфере межличностных отношений, раскрывающие мотивы поведения юноши. На основе индивидуальной психологии А. Адлера проанализированы закономерности постепенного расстройства поведения юноши с умеренным нарушением интеллекта в семейном контексте. Подтверждены ограниченные возможности арт-терапии.

Ключевые слова: юноша с умеренным нарушением интеллекта, арт-терапия, семантические группы рисунков, проигрывание ролей, реакция переноса, индивидуальная психология А. Адлера, мотивы поведения.

Специальные педагоги уделяют много внимания интеграции учащихся с ограниченными возможностями в общеобразовательных учреждениях [5], поиску эффективных методов их обучения [11, 13, 14]. Однако до сих пор мало изучены остаются проблемы общения и формирования личности при нарушениях интеллекта [3].

Ретроспективно о развитии личности и мотивах ее поведения можно судить путем изучения различных документов: писем, рисунков, зафиксированных в видеозаписях поступков. Можно предположить, что побуждение личности к самовыражению через художественную деятельность с последующим анализом ее результатов позволит раскрыть особенности лиц с нарушенным интеллектом. Метод арт-терапии дает возможность поощрять, анализировать и интерпретировать художественное выражение клиента. В то же время ряд ученых скептически оценивает возможности ее применения при выраженных нарушениях интеллекта из-за трудностей установления обратной связи, невозможности рефлексии у клиента [9, 12]. Практически нет исследований, описывающих занятия арт-терапией с лицами, имеющими выраженные нарушения интеллекта, и раскрывающих содержание их произведений в связи с реальным поведением.

Цель исследования: выявить связь между поведением юноши с умеренным нарушением интеллекта и его художественным самовыражением.

Задачи исследования: 1. Описать факты художественного выражения и поведения юноши с умеренным нарушением интеллекта. 2. На основе сравнения результатов анализа произведений и фактов поведения определить мотивы поведения юноши с умеренным нарушением интеллекта.

Методы исследования: анализ литературы, контент-анализ и кейс-анализ (анализ конкретной ситуации).

Описание процедуры и методов исследования

Исследование проведено в студии арт-терапии *Credo*, созданной на базе специальной школы для работы с молодыми людьми с интеллектуальными нарушениями. В соответствии с определением Британской ассоциации арт-терапевтов, арт-терапия понималась, как использование средств рисования для самовыражения и рефлексии в присутствии квалифицированного арт-терапевта [15]. Основная цель взаимодействия – предоставить возможность изменяться и развиваться как личности с использованием средств рисования в безопасной и благоприятной среде.

В табл. 1 представлены функции арт-терапевта [10] и условия их реализации в студии *Credo* при работе с клиентами, имеющими интеллектуальные нарушения.

Таблица 1.

Условия для творческого процесса молодых людей с умеренными нарушениями интеллекта

Функции арт-терапевта		Осуществление функций в студии <i>Credo</i>
Техническая поддержка		Клиентам предоставлены различные средства для рисования: фломастеры, гуашь, акварель, грифель, пастель, карандаши, восковые мелки, уголь, белая и цветная бумага, обрезки ткани, цветные журнальные вырезки и пр. Воспитаннику дано право рисовать столько, сколько он хочет, и что хочет.
Эмоциональная поддержка		Безоговорочная поддержка, понимание, сопереживание.
Когнитивная поддержка – отражение образа и процесса	Взгляд на образ с разных точек зрения, расширение значений.	Называние результата творчества. Функции названия: 1) проверить правильность интерпретации арт-терапевтом воспринятого на рисунке; 2) передать клиенту воспринятое арт-терапевтом содержание произведения для понимания того, как его «видит» другой человек; 3) уточнить содержание произведения при неправильной интерпретации рисунка арт-терапевтом.
	«Поддержка» образов, рассказов или метафор – расширение во времени (память)	Беседа о произведении побуждала клиента сохранять возникшие в процессе создания рисунка образы и мысли на протяжении более длительного времени. Название произведения формулировалось в конце беседы. Его запись расширяла содержание образа и рассказа во времени, способствовала запоминанию, укрепляло у клиента <i>чувство уверенности в себе</i> .
	Связь мыслей с образами	Сопутствующие процессу творчества беседы о произведении обеспечивают связь мыслей и образов. Во время беседы клиент получает безусловное положительное подкрепление.
	Связь событий и личности	Запись названия помогает клиенту осмыслить свои переживания, а арт-терапевту их анализировать и интерпретировать.
	Концентрация на важных аспектах и событиях	Арт-терапевт уделяет достаточное внимание каждому рассказу клиента о произведении и изображенных на нем объектах.
	Рефлексия переноса/отношения с другими	Студию <i>Credo</i> посещали воспитанники специальных школ, знакомые друг с другом. Их отношения обсуждались, если они нарушали правила поведения учащихся. Отношения «клиент-арт-терапевт» в случае необходимости обсуждались как с самими воспитанниками, так и с их родителями.

Студию *Credo* посещали 7 молодых людей с умеренным нарушением интеллекта. Результаты художественного самовыражения и анализ мотивов поведения одного из них, С., 19 лет, представлены в настоящей статье. Данные о художественном самовыражении клиента собирались в течение 3 лет. Художественные работы анализировались методом контент-анализа по названиям рисунков. С целью пояснения действий С. использовалась теория индивидуальной психологии А. Адлера [4].

Анализ случая С.

Заключение по результатам клинико-психологического исследования: выявлены выраженные и умеренно выраженные нарушения познавательной деятельности, прежде всего мышления и внимания. Не способен обобщать, сравнивать. Работает медленно, неохотно. Деятельность не совсем целенаправленна и недостаточно рациональна. Обучаемость низкая. Диагноз: «умственная отсталость средней степени тяжести».

С. посещал занятия по арт-терапии регулярно в течение 3 лет. В течение этого периода сделал 203 рисунка: 159 выполнил графической техникой (фломастеры, пастель, карандаш, уголь), 49 – техникой живописи (акварель, гуашь), 3 – смешанной техникой (графика и живопись микс), 1 - техникой коллажа.

На рис. 1 представлены данные анализа произведений С. по преобладающим темам.



Рисунок 1. Семантические группы рисунков С.

В семантических группах рисунков выявлены указанные Д. Видлехером [16] и Дж. Дилео [2] шесть аспектов содержания детских рисунков: значимость рисуемого объекта; знания и воспоминания об объекте; эмоции, связанные с объектом; объекты в окружении ребенка; неосознанные внутренние импульсы. В зависимости от преобладания того или иного аспекта можно судить о переживаниях, приобретенном и выраженном в рисунках опыте С. Повторяющиеся в нескольких рисунках темы, согласно Дж. Аллану [1], позволяют определить связь с реальными

событиями жизни. В девяти семантических группах рисунков С. количество работ превышает 10 единиц, поэтому их следует считать наиболее значимыми.

Больше всего рисунков в первой семантической группе, и это указывает на важность для клиента отношений с близкими. Вторая группа, «Знаменитости, герои», показывает круг значимых для С. личностей. Она несколько пересекается с четвертой семантической группой, поскольку в обеих повторяются названия одних и тех же телесериалов и имена любимых героев. Различие состоит в том, что во второй семантической группе есть рисунки, в названии которых не раскрывается, откуда тот или иной герой или знаменитость происходят. В четвертую семантическую группу вошли рисунки, в названиях которых был явный намек, что данный герой появился в жизни С. именно из сериалов, и это указывает, что он много времени проводит у экрана телевизора. Присутствующее в названиях второй группы рисунков обозначающее имя героя единственное слово раскрывает более непосредственную связь клиента с самим героем. Можно предположить, что вторая группа рисунков показывает те идеальные фигуры, с которыми С. идентифицирует себя. Это предположение подтверждается его потребностью проигрывать на занятиях сцены из сериалов. В игре С. всегда сам выбирал роль какого-либо героя. В четвертой семантической группе появляющаяся в названиях рисунков ссылка на телесериал показывает, что С. понимает, что смотрит ТВ и мысленно отстраняется от любимого героя.

Третья семантическая группа выявляет актуальность темы любви, отношений с противоположным полом. Обнаруживается болезненный опыт в данной сфере (рисунок «Вильнюсская дорога. Юргита убежала учиться в Вильнюс, а я догнал».) Группа «Война, борьба» показывает понимание С. того, что цель порой достигается способом борьбы с применением оружия и не обходится без пролития крови. То, что на одном из рисунков изображена борьба мага, показывает, что для С. борьба и победа имеют важное значение и что завоевание может быть достигнуто только с помощью магических сил. Вступление в бой мага также может указывать, что клиент на самом деле не очень верит в существование справедливости в реальной жизни.

Группы рисунков «Вера, религия», «Самовосприятие, внутренний мир», а также «Смерть» и «Самоубийство» позволяют предположить, что С. пережил какую-то несправедливость, унижение. Рисунки «Расставание, путешествие» указывают на печаль, свидетельствуют о каком-то надломе, прощании, так как С. создал их в последние месяцы существования студии *Credo*.

Таким образом, анализ рисунков по названиям показывает наличие у клиента обширного социального опыта. Каждая семантическая группа отражает отдельный актуальный аспект его реальной жизни. Число рисунков в группе может говорить, что переживания длились определенный отрезок времени или повторялись несколько раз.

Три наибольшие по объему семантические группы рисунков выявляют, что для С. важны отношения с людьми. Другие группы, например, «Общественные и семейные праздники», показывают, что у него много контактов, семья не исключает его из своей среды. Тем не менее С. своим социальным статусом не удовлетворен, он не чувствует себя полноценным, защищенным, не доверяет окружающим. И тогда он неосознанно прибегает к вере в сверхъестественные силы (рисунки «Маг», «Война мага»), пытается манипулировать чувствами родных, зная, какое влияние оказывает на человека смерть (рисунок «Кладбище. Покончу с собой вместе с двоюродной сестрой».)

Особенности художественного выражения С. и его поведение на занятиях арт-терапией. Впервые внимание арт-терапевта С. привлек амбивалентными рисунками. Он изобразил бой Маклауда, героя телесериала «Горец», и смерть своего деда Полюса. Оба рисунка были драматичны, но нарисованы в светлых тонах. Особенно ярким был контраст при изображении смерти деда. Арт-терапевт вспомнила, что ранее С. несколько радостных рисунков исполнил в мрачных тонах и предположила, что повторяющаяся противоречивая ситуация говорит о сложном восприятии клиентом счастья и несчастья, радости и печали.

Через несколько недель С. вновь сделал рисунки «Похороны дедушки Полюса» и «Смерть Полюса». Арт-терапевт обратила внимание, что в них прослеживается влияние фильмов, возможно, увиденной смертной агонии, поскольку юноша очень хотел передать угрозу, вызвать страх и напугать арт-терапевта. Он несколько раз повторил фразу: «Пищи, кричи, будешь опечаленной». Казалось, что ему приятно наблюдать за болью другого человека. Рисуя, С. спрашивал: «Нравятся тебе похороны Полюса?» Чувствовалось, что за этим вопросом скрывается нечто большее, и чтобы понять позицию клиента, арт-терапевт один раз ответила «да», другой – «нет». Ее осторожное замечание, что плохо причинять другому боль, подействовало на несколько минут. С. перестал повторять навязчивые фразы, но прервал связь с арт-терапевтом. Арт-терапевт чувствовала, что не соответствует роли, которую С. хотел у нее видеть, что юноша рассердился, потому что он нарисовал еще один очень мрачный, черно-фиолетовый рисунок о похоронах Полюса и последний, совершенно черный рисунок, который назвал «Бог».

Арт-терапевт осознавала, что из-за своего недуга С. не может ответить на ее вопросы, поэтому ей следует выяснить причины его амбивалентности путем анализа поведения и художественного выражения. Разгадка пришла случайно. Мимика и пантомимика С. во время случайного представления показали, что он хочет быть очень сильным. Арт-терапевт поняла, что стремлением к силе юноша компенсирует чувство неполноценности и что она должна предоставить ему возможность проигрывать роли сильных героев, чтобы чувствовать свою ценность, уменьшать огорчение из-за неполноценности и тем самым стимулировать развитие.

После этого во время каждого занятия С. разрешалось играть роли героев из телесериалов, которые он сам выбирал. Это были герои «Кобры 11», сериала «Горец». Игра была очень экспрессивной. Наблюдая за любимой для С. деятельностью и его экспрессией, арт-терапевт пообещала создать фильм из сыгранных им эпизодов. Он был очарован этим предложением и еще больше старался. На этапе подготовки фильма арт-терапевт решила сыгранные С. сцены соединить со вставками из сериала для прояснения их смысла, так как сам С. не мог объяснить, какую сцену играет и какие ценности представляет его герой. Арт-терапевт одолжила у юноши видеокассету, на которую его отец записал три серии «Горца», и обнаружила, что юноша играет роли и положительных, и отрицательных героев. Для определения того, какой из героев более референтен, она вместе с С. просмотрела видеокассету и по выражению его эмоций во время просмотра установила, что юноше больше нравятся отрицательные герои. Возникла гипотеза, что он стремится кому-то отомстить.

Не желая создавать фильм, в котором будет доминировать стремление С. стать отрицательным героем, арт-терапевт медлила, предполагая, что из-за своей умственной отсталости он не различает, какие ценности каждый из героев демонстрирует. Желая указать ему на эту разницу, она беседовала с С. о его ролях, объясняла, кто из героев положительный, а кто отрицательный, выясняла, кем он хо-

чет быть. С. буквально «метался» между ролями, был очень беспокоен и постоянно спрашивал, когда начнут делать фильм. Во время этих бесед юноша несколько раз произнес фразу, что покончит с собой из-за арт-терапевта, потому что она «плохая и не любит С.». Сцены самоубийства и группового самоубийства он отражал в рисунках. По мере сил арт-терапевт старалась доказать свою благосклонность, не понимая причин его реакций. И вдруг во время одной из прогулок С. сыграл сцену смерти, бросившись на улице перед подъезжающим автобусом. Такой поступок заставил арт-терапевта обратиться к его матери для выяснения семейной ситуации.

Первая беседа с матерью. Со слов матери, раньше С. был очень послушным и непроблемным ребенком. Ему везде и всегда было хорошо. Он не портил вещей, любил просто наблюдать, чем занимаются окружающие. Его терпение удивляло. Однажды у С. возникли проблемы с зубами. Мама, увозя его в деревню, дала лекарство и велела бабушке и С. при зубной боли им воспользоваться. С. не жаловался бабушке, что у него болят зубы. Однако на выходные он вернулся домой с опухшим лицом. Мама очень заботилась о С.. Она много с ним занималась для его развития. У С. наметился прогресс, и было решено перевести из развивающего класса в класс для детей с легкими нарушениями интеллекта. Однако в то же лето мать заметила регресс - сын стал меньше интересоваться окружающим, перестал понимать задания и обращенные к нему требования. В последнее время на все ее вопросы С. дает только ответы: «да», «нет» или «не хочу». При этом на заданный разными способами один и тот же вопрос может ответить и «нет», и «да». Бывают дни, когда он вообще не отвечает, пытается уклониться. С. начал плохо себя вести: топчет цветы, портит вещи, выбрасывает одежду из шкафа; немытые кухонные приборы складывает в ящик вместе с чистыми и т. д.. Мать не могла понять изменений в поведении С. и лежащих в основе этого причин. Ей стало казаться, что он копирует героев сериалов, демонстрируя, как может слушаться. Кроме того, возникла новая проблема – С. начал мочиться в штаны. Были назначены лекарства, но пока они не дали результатов.

Прыжок сына перед подъезжающим автобусом мать восприняла спокойно. Оказалось, что он и раньше проделывал подобные трюки. Переходя улицу, юноша вдруг останавливался и не двигался, ожидая встречную машину. Уговоры и просьбы матери не помогали. С середины улицы он уходил в последний момент, когда автомобиль угрожающе приближался к нему. При этом С. умел вести себя на улице. Например, во время прогулок он часто бывал поводырем деда, который плохо видел.

Первая беседа с матерью, не раскрыв мотивов поведения С., позволила предположить, что, бросаясь перед автобусом, он действовал намеренно, желая обратить на себя внимание взрослого. Это означало, что он манипулирует чувствами других. Беседа также показала, что мать очень заботилась о сыне. И потому было странно, что учителя считают его запущенным ребенком. Они утверждали, что за С. нет надлежащего присмотра, потому что он «очень худой». Удивлялись, что на полдник мать давала Симасу только «пару печенюшек или сухой ломтик хлеба». Будучи домохозяйкой, за сыном она приходила только в конце рабочего дня учителей. Классный руководитель заметил, что юноша несколько недель приходит в школу в том же грязном свитере.

У арт-терапевта, напротив, зрело предположение, что С. в семье многое позволяют. Не желая навязывать матери свои интерпретации, она решила дать ей для прочтения дневник наблюдения, в котором были отмечены все важнейшие пове-

денческие проявления С. и сопровождающие их переживания арт-терапевта. Тем самым матери были продемонстрированы открытость и доброжелательность, желание общаться, и предоставлена возможность увидеть своего сына как бы со стороны. Дневник вызвал у матери болезненные переживания, и она сама инициировала новую встречу и беседу.

Вторая беседа с матерью. На встречу мать принесла длинное письмо, в котором комментировала прочитанный дневник. Оно показало различие во взглядах арт-терапевта и матери на С.. Так, мать мягко упрекнула арт-терапевта за то, что та считает С. личностью. Матери он казался больным, не несущим ответственности за свои действия и не понимающим последствий своих поступков. Сдержанная на первой встрече, мать во время второй беседы плакала, рассказывая, что С. дома стал настоящим тираном. Он требовал, чтобы еду ему подавали отдельно от других, чтобы не шумели, когда он ест. Если близкие не выполняли его условий, он бросал пищу в стену. Мать также предполагала, что энурез у С. преднамеренный. В конце беседы она, не удержавшись, сказала, что семья «слишком разбаловала С., поэтому он теперь не знает, кто он, и считает, что может терроризировать других и заставлять всех танцевать под его дудку».

Анализ мотивов плохого поведения С. Возникшие трансферные и контр-трансферные отношения между С., арт-терапевтом и его семьей можно объяснить, используя индивидуальную психологию А. Адлера. А. Адлер указывает на существование трех ситуаций детского опыта, вызывающих чувство неполноценности: врожденный дефект органа, избалованность и запущенность ребенка [4]. Рассказы матери и наблюдаемые арт-терапевтом особенности поведения юноши обнаруживали, что в случае С. переплетаются все три ситуации: дефект, избалованность и запущенность.

По мнению А. Адлера, врожденный недуг может иметь исходом позитивную или негативную компенсации. Мать С, имея сына со столь ограниченными возможностями, очень заботилась о нем. Благодаря такой заботе и поддержке С., с учетом его недуга, в детстве достаточно хорошо развивался, полагаясь и на доброжелательную среду, и на свои силы. Можно предположить, что у него было достаточно развито чувство социальной общности, одним из аспектов которого является эмпатия [4]. Забота матери и ее желание оказать наибольшую помощь в какой-то момент превысили реальные возможности С., и он больше не смог соответствовать ожиданиям матери и учителей. Она запустила когнитивное развитие сына, хотя обслуживала его на прежнем уровне. За физически развивающегося и взрослеющего С. и дальше все делалось, как в детстве. Он привык получать внимание, ничего не делая, и никак за это не благодарить. По мнению Е. Дрейкурса-Фергюсон, если избалованный ребенок не приобретает социально правильного опыта, который позволяет ему влиять на других и на основе равноправного сотрудничества осуществлять свои возможности, то он как бы привыкает к мысли, что другие обязаны о нем заботиться [8]. В результате имевшее место чувство социальной общности между матерью и сыном исчезло, а заветная «вера ребенка в свои силы» превратилась в избалованность. Ощущая эмоциональное неприятие матери, С. стал требовать внимания. Если ему это не удавалось или если он считал, что получает недостаточно, С. начинал манипулировать чувствами других людей или демонстрировать оппозиционное поведение. Считая С. больным, а его неадекватные требования - следствием умственной отсталости, члены семьи старались ему угодить, как будто показывая, что он может требовать еще больше. Таким образом, интерпретация рассказов матери о динамике ее отношений с сы-

ном раскрывает, как тот прошел все три указанные А. Адлером ситуации детского опыта, при которых формируется чувство неполноценности.

Анализируя отношения С. и арт-терапевта, можно выдвинуть гипотезу, что в основе его плохого поведения лежат мотивы: привлечь к себе внимание, продемонстрировать силу, отомстить. Для выявления таких мотивов Л. Булотайте с соавт. [7] предлагает исследовать три фактора: вызывающее замечания родителей поведение ребенка; реакции ребенка на эти замечания; переживания самих родителей (табл. 2).

Таблица 2.

Выявление мотивов плохого поведения ребенка

Поведение ребенка	Реакции ребенка на замечания родителей по поводу его поведения	Чувства и реакции родителей
Добивается внимания	Когда делается замечание, он на какое-то время перестает так вести себя. Почувствовав недостаток внимания, ведет себя аналогичным образом.	Считают, что ребенок является бичом, надоедой или же отнимает много времени.
Демонстрирует силу	После замечаний и строгих требований ребенок продолжает также плохо себя вести, а иногда ведет себя еще хуже.	Чувствуют себя проигравшими, разочарованными, озлобленными неудачниками.
Стремится отомстить	Требования и мольба делают ребенка еще более ожесточенным. Он стремится отомстить за усилия контролировать его поведение.	Чувствуют себя обиженными. Думают, что ребенок является подлым и противным.
Замыкается в себе	При желании расшевелить ребенка или занять его какой-то деятельностью, он еще больше замыкается в себе.	Чувствуют себя проигравшими, потерявшими надежду, беспомощными.

Ребенок одновременно может руководствоваться несколькими мотивами (табл. 3). Дневник арт-терапевта в период с сентября 1999 г. по февраль 2001 г. шесть раз фиксирует плохое поведение С., показывая, как от диады мотивов «желание внимания – демонстрация силы» он переходит к триаде мотивов: «желание внимания – демонстрация силы – месть». Очевидно, что в общении С. с арт-терапевтом прослеживаются тот же паттерн нарушений поведения, что и во взаимодействии с матерью. Различие состоит в том, что дома С. уже нарушает все возможные нормы поведения. Здесь следует отметить, что чем больше арт-терапевт пытается понять мотивы поступков С. и хочет ему помочь, тем больше увеличивается амплитуда его плохого поведения.

Плохое поведение С. и лежащие в его основе мотивы (по А. Адлеру)

№	Дата	Описание поведения С.	Мотив поведения
1	20.09.1999	Арт-терапевт замечает С., что нехорошо другому причинять боль. С. на некоторое время перестает повторять навязчивую фразу: «Будешь пищать, кричать, будешь опечалена» и, рисуя похороны бабушки Полюса, использует темные цвета. Затем берет другой лист и рисует Бога, которого окрашивает также темными цветами.	Желание внимания, демонстрация силы
2	29.09.1999	С., окончив рисовать Сталина, садится отдохнуть и говорит, что хотел бы нарисовать «Мага». Арт-терапевт предлагает ему войти в роль мага. С. начинает очень экспрессивно и устрашающе изображать мага. Арт-терапевт пугается, юноше нравится ее естественная реакция.	Желание внимания
3	09.10.2000	Арт-терапевт уверена, что на С. большое впечатление произвела ее беседа с матерью, во время которой арт-терапевт проговорила, что хочет создать о нем фильм. С. спрашивает, когда она планирует это сделать. Получив неудовлетворяющий ответ, пугает арт-терапевта испачканными краской руками. Арт-терапевт велит ему умыться, но он только мочит руки и, не вымыв их, пачкает ее белый свитер.	Демонстрация силы, месть
4	15.01.2001	Арт-терапевт расстроена необъяснимым хихиканьем воспитанников, поэтому не очень внимательна к С.. Почувствовав ее холодность, тот, рисуя, говорит: «Покончу с собой из-за Асты». Потом велит такое же название написать на его работе. Арт-терапевт пытается выяснить, что его заставляет так себя вести. С. заявляет, что хочет отомстить арт-терапевту и подразнить ее, потому что она «как бы выбросила его видеокассету в мусорное ведро».	Демонстрация силы, месть
5	26.02.2001	С. помогает арт-терапевту подготовиться к занятию: расставляет парты, складывает штатив камеры. Она радуется его инициативе, однако во время занятия он не перестает повторять, что покончит с собой из-за нее. После уверения, что арт-терапевт его любит и не считает, что существуют причины для такого шага, успокаивался и говорит: «Ну ладно, ладно. Ты хорошая учительница, поэтому не покончу с собой».	Желание внимания, месть, демонстрация силы,
6	28.02.2001	Во время прогулки С. бросается перед подъезжающим автобусом.	Желание внимания, демонстрация силы, месть

Динамику развития С. от «неполноценности» к «превосходству» как стремление к компенсации можно объяснить следующим образом. Наблюдая за сверстниками, он чувствует свою неполноценность. Поддержка матери и вера в свои силы позволяют ему преодолеть этот комплекс и достичь прогресса в развитии. Когда возросшие требования превосходят его возможности, он вновь испытывает чувство неполноценности. Второй опыт переживания неполноценности оказывается более болезненным, так как от С. дистанцировалась эмоционально разочарованная мать. Переживая недостаток ее внимания, он перестает верить в свои силы

и, вспоминая об испытанном в детстве внимании и поддержке, выбирает новую роль – опять превращается в маленького ребенка. Ощувив, что внимания все равно не хватает, С. регрессирует практически до младенца, намеренно мочащегося в штаны. Во время посещения занятий по арт-терапии терапевт неожиданно обнаруживает способность С. к игре. Стремясь установить с ним эмпатическую связь, она поддерживает это желание С., ценит его усилия. С. наконец получает то, что хочет, – внимание и веру в себя. Эти две двигательные силы побуждают его стараться и развиваться, являясь единственной возможностью почувствовать себя сильным. Но, обнаружив, что его усилия иногда контролируются, ограничиваются, вводятся во временные рамки, юноша не желает мириться с запретами и начинает демонстрировать силу (на это указывает испачканный свитер арт-терапевта, неадекватные упреки, раскрывающие, что С. потерял веру в обещания, что он совершенно не верит близким) или даже месть. Наибольшее внимание арт-терапевта С. заслужил, стараясь хорошо играть роли героев. В какой-то момент почувствовав, что он может потерять желаемое внимание, С. решает сыграть самую «внушительную» роль и угрожает смертью.

Заключение. В работе с молодыми людьми с умеренными нарушениями интеллекта можно создать все необходимые условия для арт-терапии и реализовать все необходимые функции. Условия для художественного выражения должны соответствовать функциональному возрасту клиентов; предоставлять им свободу выбора средств искусства; учитывать инициативу и позволять называть рисунки так, как они хотят; поощрять самовыражение. Следует верить, что даже и за очень примитивными рисунками скрываются личные переживания и опыт, которые должны обсуждаться.

Во время сессий арт-терапевт устанавливает коммуникативную связь с молодым человеком, имеющим интеллектуальные нарушения, обращает внимание на его действия, хвалит, поощряет, записывает названия рисунков и уважает результаты творчества. Фиксируя действия такого клиента, анализируя названия и содержание его рисунков, можно обнаружить моменты переноса приобретенного им ранее опыта. Анализ данных трансферных реакций позволяет понять последовательность поступков молодых людей с умеренным нарушением интеллекта и с помощью родителей прояснить их переживания.

Изучая развитие межличностных отношений молодого человека с умеренным нарушением интеллекта и арт-терапевта, можно обнаружить моменты переноса в сфере межличностных отношений, которые раскрывают динамику отношений юноши с матерью. Идентифицировать определяющие его поведение актуальные образы позволяет семантический анализ по названиям рисунков и по дате их создания. В представленном случае было рассмотрено, как происходило постепенное нарушение поведения юноши. На основе теории индивидуальной психологии А. Адлера были определены мотивы, лежащие в основе данных поведенческих расстройств.

Имеющиеся в литературе сомнения по поводу эффективности воздействия арт-терапии на развитие личности лиц с умеренным нарушением интеллекта имеют под собой основания [9, 12]. В нашем случае подобные сомнения подтверждаются особенностями рефлексии и воздействия обратной связи как на молодого человека с интеллектуальной недостаточностью, так и на его мать: эгоцентричность клиента и его недуг не позволяют ему самому адекватно понять мотивы своих плохих поступков. С другой стороны, сама мать также не в силах изменить сложившееся отношения или показать сыну разрушительные последствия его поступков для него самого и для его отношений с семьей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллан Дж. Ландшафт детской души. - СПб.: Диалог, 1997. – 256 с.
2. Дилео Дж. Детский рисунок. – М.: Эксмо-Пресс, 2001. – 272 с.
3. Рубинштейн С.Л. Психология умственно отсталого школьника. - М.: Просвещение, 1986. – 192 с.

1. Allan Dzh. Landshaft detskoj dushi. - SPb.: Dialog, 1997. – 256 s.
2. Dileo Dzh. Detskij risunok. – M.: Jeksmo–Press, 2001. – 272 s.
3. Rubinshtejn S.L. Psihologija umstvenno otstalogo shkol'nika. - M.: Prosveshhenie, 1986. – 192 s.
4. Adler A. Žmogaus pažinimas. Vilnius: Vaga, 2003. – 224 p.
5. Ališauskas A., Ališauskienė S., Gerulaitis D., Melienė R., Miltenienė L. Specialiųjų poreikių asmenų ugdymo(si) formų įvairovės tyrimas. - Šiaulių universitetas: Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras, 2010. – 230 p. <https://www.smm.lt/uploads/documents/kiti/ataskaita.pdf> [cm.: 2016.06.08]
6. Bulotaitė L., Pivorienė R., Sturlienė N. Drauge su vaiku... Vilnius: Efrata, 2000. – 52 p.
7. Dreikurs Ferguson E. Adlerio teorijos įvadas. Alytus: Alytaus spaustuvė, 2000. – 56 p.
8. Forestier R. Tout savoir sur l'art-thérapie. Lausanne: Favre, 2000. – 160 P.
9. Ivanovič N. Vidinis vaizdinių pasaulis. Padalomoji nepublikuota seminaro medžiaga. – 2007.
10. Mačiukaitė A., Balčiūnaitė I. Mokytojų nuomonės apie pasaulio pažinimo ugdymo(si) procesą inkluzinio ugdymo klasėse. Gamtamokslinis ugdymas // Natural science education, - 2014. - 3 (41), 9–22.
11. Sudres J.-L. La créativité des handicapés mentaux: trajectoires, actualités et rélexions // Vie sociale et traitement, 1994. - (40), 3–4, p. 26–30.
12. Subotkevičienė R. Nežymiai sutrikusio intelekto mokiniai geografijos pamokose: edukaciniai ypatumai // Tiltai. – 2014. - 67(2). – P. 151–190.
13. Subotkevičienė R. Nežymiai sutrikusio intelekto mokinių vertinimo ir įsivertinimo būdų bei metodų ypatumai geografijos pamokose // Geologija. Geografija. 2015. - T. 1.- Nr. 3. - P. 157–166.
14. What is art therapy? <http://www.baat.org/About-Art-Therapy> [cm.: 2016.06.08]
15. Widlöcher D. L'interprétation des dessins d'enfants. Liège: Mardaga, 1998. – 176 p.

A. Vaitkeveciene

IDENTIFICATION THE BEHAVIOR MOTIVES OF YOUTH WITH INTELLECTUAL DISABILITIES THROUGH THE ART THERAPY AND ADLER'S INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

Siauliai University (Siauliai, Lithuania).

Summary. Research relevancy is emphasized by how little the motives of youths with intellectual disabilities and the potential use of art therapy for them are researched. The goal is to reveal the connection between the behaviour and artistic expression of a young 19 year old man with moderate intellectual disabilities. Methods: literature analysis, content analysis and case analysis. It is shown that during art therapy sessions transference reactions are found in the area of interpersonal relations, revealing the motives of the young man. Based on A. Adler's individual psychology his behaviour disorder patterns are analysed in the family context. Limited possibilities of art therapy application are confirmed.

Keywords: youth with moderate intellectual disability, art-therapy, semantic groups of drawings, role playing, the reaction of transfer, A. Adler's individual psychology, behavioural motives.

**ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ: ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД
В ЛЕЧЕНИИ ПОГРАНИЧНОГО ОПЫТА У ПОДРОСТКОВ****Северо-Западный государственный медицинский университет им.
И.И. Мечникова (Санкт-Петербург).**

Резюме. С точки зрения гештальт-терапии представлена феноменология пограничного опыта, рассмотрены вопросы его возникновения и развития. Описаны подходы и технологии психотерапевтической работы с подростками, имеющими пограничный опыт организации контакта. Представлены патологизирующие стили родительно-детского взаимодействия, способствующие возникновению пограничного расстройства. Описаны необходимые компетенции психотерапевта и даны рекомендации и технологии в психотерапии подростков с пограничным опытом.

Ключевые слова: гештальт-терапия, пограничное расстройство, опыт, контакт, феноменология.

Сложности, возникающие в работе с подростками с пограничным опытом, нередко ставят в тупик психотерапевта или медицинского психолога. Сам специалист оказывается в ситуации, наполненной тревогой, агрессией, безнадежностью. Отчаяние, которое свойственно переживающему пограничный опыт, со всей силой отражается в контакте «пациент–специалист». В данной статье авторы делятся личным опытом работы с такими пациентами и обсуждают условия возникновения и формирования пограничного опыта, феноменологию его проявления, особенности семейного воспитания пациентов, способы установления терапевтического контакта, технологии работы и необходимые психотерапевтические навыки.

Феноменологический подход, который развивает гештальт-терапия, приписывает психотерапевтическим отношениям характер реального опыта, возникающего и имеющего свою историю в пространстве между клиентом и психотерапевтом [6]. Именно опыт отношений, переживаний, размышлений и действий, связанных с ним, определяет позитивные изменения в поведении подростка. Речь идет о терапевтических отношениях. Не отрицая, но расширяя возможности оказания разноплановой помощи таким пациентам, феноменологический подход позволяет найти путь работы с пограничным подростком по снижению тревоги, что позволяет осознанно осуществлять поиск собственного удовлетворяющего стиля взаимодействия со средой.

Пограничный опыт, по мнению гештальт-терапии, связан с душевной болью, возникающей на контактной границе. Он характеризуется переживанием амбивалентности, чувством пустоты, трудностями сепарации и невозможностью контейнирования своих чувств, как будто внешние границы разрушаются от силы возникающих переживаний. Подросток с пограничными характеристиками одновременно желает быть безусловно принятым и испытывает огромную тревогу (порой «до сумасшествия») в контакте с другими людьми. Он обращается с отчаянной просьбой к другому о контейнировании его интенсивных чувств, но боится при этом поглощения или отвержения.

Такое представление о способе контактирования с внешним миром в феноменологическом подходе, рассматривающим симптоматическое поведение как процесс установления контакта, позволяет решать задачи психотерапевтической помощи подросткам с пограничными характеристиками. Под опытом в гештальт-терапии понимают способ установления контакта, или, по-другому, процесс действий подростка со средой и другим в среде. Еще одним важным постулатом в гештальт-терапии является наличие врожденной потребности в контакте, движе-

нии к другому человеку, - без чего жизнь невозможна [3].

Следует отметить, что пограничный опыт не равен нозологической или симптоматической единице. Такая организация опыта может присутствовать с разной периодичностью и длительностью при различных синдромах и заболеваниях у подростков, таких как: поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами; поведенческие расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте; алкоголизм и наркомания и др. Яркой иллюстрацией пограничного способа организации опыта может служить нервная анорексия и девиантное, а порой, и аддиктивное поведение. Помимо этого, даже сильная реакция на стресс может оказаться демонстрацией пограничного опыта в установлении контакта.

В теоретической модели «гештальт-терапии объектных отношений» (ORGT) Г. Делиз на основе «теории поля» К. Левина в интерпретации Ф. Перлза, Р. Хефферлина и П. Гудмана рассмотрены процессы нормального личностного развития и патогенез личностных расстройств. Пограничное расстройство в данной модели определено как конstellации консервативных поведенческих паттернов и аттитюдов, чьей функцией является защитить интроецированные поля через генерирование новых полей в актуальном опыте, создание специфических конфигураций отношений и контактов, которые способны устанавливать динамические тематизированные связи с незавершенными ситуациями в прошлом процессе личностного развития. Привычный способ личностного функционирования в таком случае оказывается ограниченным, негибким, хронически патологизированным и далеким от креативного приспособления. В случае пограничного расстройства пациент не способен провести четкую границу между впервые появившемся в опыте феноменом и «живым» прошлым опытом, полным тупиковых ситуаций и решений [7].

С точки зрения гештальт-терапии объектных отношений следует рассматривать настоящую проблему этиологически, в том числе проблему ключевых моментов контактирования, равно как и трудностей контакта. Здесь наиболее важны три момента: 1) в какой стадии психологического развития зафиксировались незавершенные ситуации (незакрытые гештальты); 2) в чем именно проблематичность развития этой конкретной личности; 3) каков характер затруднений в развитии данной личности?

Отталкиваясь от фундаментальной работы о пограничной организации личности О. Кернберга (2014) и гештальт-теории, можно следующим образом охарактеризовать особенности пограничного опыта (поведения) [2]:

1. Неспособность интегрировать удовлетворяющий позитивный опыт с фрустрирующим негативным опытом, то есть невозможность представить, что другой может быть одновременно и плохим, и хорошим. Запрещающие действия матери в отношении действий подростка расцениваются как знак, что мать - отвергающая, запрещающая, лишаящая любви.

2. Примитивные защитные механизмы, основанные на расщеплении: переход от приписывания всемогущества и идеализации другого к его обесцениванию и болезненному отвержению. Подросток обесценивает и отказывается принимать любую, даже жизненно необходимую помощь близких, нанося болезненные удары окружению.

3. Несмотря на постоянную способность тестировать реальность, при переживании пограничного опыта поведение характеризуется импульсивностью, хаотичностью, аффективностью, а при стрессе - паранойальностью. Это проявляется соответствующими симптомами: приступами ярости, хаотичностью действий, импульсивными самоповреждениями, суицидальными мыслями и поведением, оценкой окружения как устрашающего и агрессивного.

Что является истоком возникновения пограничного расстройства? По свидетельству современных авторов, наряду с конституционально-генетическими факторами, пограничное расстройство является порождением среды нарциссического общества — «царства» нарциссических чувств: грандиозности, исключительности, самодостаточности, автономности и успешности. Опыт двух-трехлетнего ребенка закладывает ряд паттернов в опыте взаимодействия с значимыми другими. Отчужденность родителей, их завышенные ожидания от себя и от мира, а, значит, и от ребенка, создают среду, бедную принятием, теплом. Как следствие, это ведет к дефициту способности к дифференциации себя и другого. Помимо этого, само современное пограничное общество характеризуется отсутствием границ, устойчивых нарративов, социальным хаосом, фрагментированностью. Все это создает условия для неопределенности в процессе идентификации, обретения собственных границ. Личность переживает свою хрупкость, границы ее неопределенны, едва намечены, при этом пациенты становятся своеобразными «экспертами границ», чувствительными к любому малейшему изменению (взволнованности) на границе контакта [5]. Вот почему любое приближение вызывает реакцию (нередко, с точки зрения окружающих, неадекватную). Поэтому действия терапевта на границе контакта должны быть осознанными и деликатными. Излишняя эмпатия вызывает страх поглощения, отстраненность — отвержения. Золотая середина — «сердечное» без излишней теплоты присутствие, характеризующееся постоянством, ясностью и устойчивостью.

Психоаналитик и гештальт-терапевт Э. Гринберг выделяет три типа семейных ситуаций, порождающих пограничный опыт у детей: ранний уход матери (смерть, болезнь и т. д.); отстраненность матери, которая не замечает ребенка, что формирует у последнего переживание «невидимого»; мать, активно сопротивляющаяся неизбежной автономности ребенка. Для каждой ситуации характерно формирование собственного рисунка поведения, отражающегося в опыте контакта [1].

Опираясь на литературные данные и собственный опыт, мы выделяем следующие особенности родительско-детских отношений, способствующие формированию пограничного опыта:

1. Родители заняты каждый своей самореализацией: учебной, работой, достижениями, успехами или ее суррогатами (например, нехимическими аддикциями).
2. Слепая вера в необходимость автономности для своих детей и предоставления ее без учета наличия ее потребности у ребенка — «делай все сам и что хочешь».
3. Неспособность выносить несостоятельность и ошибки детей.
4. Ожидание максимального успеха и неприемлемость неудач ребенка.
5. Лишение любви как наказание за слабость (в том числе, за симптом — нарушение поведения, пробы наркотиков, бродяжничество и т. д.).
6. Отказ в помощи при неудачах детей.
7. Поддержка умственных занятий при игнорировании телесного опыта.
8. Внешнее определение опыта ребенка: «ты виноват, в том...», «сделай что-нибудь для меня...», «ты должен, иначе мне...», «не придумывай...», «это не так как ты считаешь...» в ответ на любое предъявление ребенка (переживания, желания, действия или размышления). По-другому можно сказать, что родитель как будто говорит ребенку: «Чувствуй, желай, делай, размышляй как нужно мне, и никак иначе».
9. Нередким может быть откровенное насилие: психологическое, физическое или сексуальное.

Современной проблемой установления опыта контакта является тот факт, что врожденная потребность «быть с другим» начинает решаться посредством всего многообразия аддиктивного поведения, а с недавних пор через установление контакта с самим собой, отщепляя собственную телесность. Тело становится предме-

том аддикции (суррогатным другим). Подросток, нанося себе повреждения, получает удовольствие от собственного тела, как от другого человека, а не от отношений с реальным другим. Примером служат не только самоповреждения, но и моделирование своего тела при помощи диет и/или фитнеса, увлеченность подростка тем, как выглядит его тело. Это еще один феномен аддикции. Членовредительство стало своеобразным криком, свидетельствующим об отсутствии реальных человеческих отношений. При этом в мире глобальной коммуникации с его быстрыми изменениями и огромным количеством информации тело становится все более нечувствительным, что заставляет подростка придумывать все новые способы его стимуляции, дабы почувствовать себя «ожившим». Боль становится желанной как возможность вдохнуть жизнь в «замороженное» бытие.

Несмотря на устрашающие характеристики пограничного опыта, феноменологический подход подчеркивает необходимость работы с такими подростками с акцентом на выявление и принятие их интенциональности (энергетически направленный вектор потребности) и развитие резильентности (способности справиться с тем, что происходит, путем нахождения своего собственного опыта организации контакта). В неопубликованных работах И. Фрома, автор, характеризуя пограничный опыт, утверждал, что главной интенциональностью контакта в этом случае является защита выстроенного с большим трудом «наброска Я» или с трудом намеченных границ, что связано с тревогой перед внешним насильственным определением другим человеком его существования [5]. А эффективное психотерапевтическое взаимодействие с ним выстраивается на основе совместного разделения правдивой реальности. Известный пример И. Фрома, «луна из сыра», преобразуется в совместно разделенный правдивый феномен: «Да, луна желтая!».

Новым аспектом феноменологического подхода в лечении пограничного опыта у подростков, в отличие от общепринятых в психоанализе позиций психотерапевтического контакта, является то, что гештальт-терапия уделяет внимание эстетике интенциональности пограничного поведения, а не эстетике осуществляемого с психотерапевтом контакта. Достоинство, красота, гармония, с которыми подросток отставляет набросок своего «Я», и есть эстетика его интенциональности. Признание и поддержка эстетического действия есть задача психотерапии. Фокус внимания психотерапевта сосредоточен на будущем опыте подростка – реализовать уверенное «Я» определенным уникальным для него образом.

Феноменология пограничного опыта у подростка характеризуется нестабильными интенсивными отношениями; страхом быть брошенным; висцеральным ощущением пустоты в области живота и груди; эмоциональной нестабильностью, сопровождающейся резкими изменениями аффектов часто в ответ на поведение другого, что порой воспринимается самим подростком как безумие. Гнев переживается подростком без его содержания как постоянно присутствующий. Импульсивности в поведении подростка нередко сопутствуют повторяющиеся самоповреждения при отсутствии логического объяснения данного поступка, и они порой заканчиваются суицидальными действиями. Подросток демонстрирует нарушение идентичности с искажением образа телесности, переживанием вторжения другого, подавляющего его ценности. В этом месте подросток наиболее чувствителен. Любое излишнее, даже теплое, доброжелательное приближение к нему, - вызывает рост тревоги и, как следствие, срыв контакта, вплоть до ухода с психотерапии. Возможно временное искажение восприятия реальности в виде деперсонализации, дереализации и галлюцинаций, что всегда связано со стрессом.

Можно сказать, что главной потребностью подростка в психотерапии является четкость границ как своих, так и психотерапевта, что выражается в требовании ясного контракта и сеттинга (время, место, регулярность встреч, четкость и обос-

нованность переносов встреч).

Основными технологиями психотерапевтической работы с подростками с пограничной организацией опыта являются следующие.

1. Контейнирование чувств без оценивания и приписывания смыслов и необходимых действий при постоянном присутствии психотерапевта.

2. Признание страха быть брошенным, оставленным, без демонстрации необходимости автономии и без побуждения к ней.

3. Признание переживания пустоты как способа спрятаться и успокоиться в ней.

4. Признание необходимости защитить себя от чрезмерной близости или отдаленности в отношениях.

5. Дистанцирование от гнева, придание ему смысла, направленности и формы в рамках отношений, без его отыгрывания.

6. Присутствие без теплоты и осуждения, что создает ясность для подростка и способствует выстраиванию им своих границ.

7. Присутствие психотерапевта как защита подростка, без приближения и удаления.

8. Выявление стресса, способствующего декомпенсации в тестировании реальности.

9. Признание возможности и разрешение психотерапевта подростку на миг впасть в безумие, в котором содержится переживание восстановления целостности «Я».

10. Необходимость избегать предписаний, даже во благо подростка. Подчеркивание наличия его выбора, без его оценивания. Избегание коалиций с родителями и окружением подростка, что может приводить к смешению границ и лишению ясности психотерапевтического сеттинга.

11. Феноменологическое описание амбивалентных переживаний с поддержкой основной интенции – сохранить набросок своего «Я» через обращение к мыслям, чувствам и желаниям подростка и разрешение поступать по-своему, а не быть функцией кого-то Другого.

12. Категорическое избегание телесного контакта с подростком.

М.С. Лобб выделяет следующие необходимые компетенции терапевта в работе с пациентом с пограничным опытом: способность контейнировать; ясная профессиональная этика; отсутствие манипуляций; способность выносить напряжение быть целостно с другим, несмотря на его агрессивность и обесценивание; установление связей между настоящими реакциями и болезненными паттернами отношений; развитие психотерапевтического языка, способного выразить желание пациента интегрировать привязанность и автономию; развитие осознанности в психотерапевтических отношениях и умения ее использовать [6].

Таким образом, можно сказать, что основная цель феноменологического подхода у подростка с пограничным опытом – поддержка его интенционального движения достичь другого при сохранении своей целостности, без расщепления и повреждения, посредством получения опыта быть увиденным психотерапевтом. В итоге подросток приобретает способность переживать примитивное расщепление с наименьшей тревогой, принимая его и выстраивая независимые отношения с проживанием полноты и независимости другого. Психотерапевты не меняют стиль организации опыта, а помогают иметь собственный стиль организации опыта с меньшим уровнем тревоги.

В завершение следует отметить, что работа с подростками с пограничной организацией опыта требует от психотерапевта развитых компетенций и способности принимать поддержку извне, супервизии и личностного роста в проработке нарциссических паттернов, создающих фон для поддержки пограничного опыта

установления контакта. Психотерапевт умеет сознательно заключать в скобки свой опыт, осознавать и откладывать в сторону свои убеждения, умеет переключить свой фокус внимания с фигуры на фон и обратно, безоценочно описывать то, что ощущается как очевидное, и относится ко всем феноменам как потенциально одинаково важным [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринберг Э. Лечение пограничной личности / Пер. с англ. О.Д. Шустовой, под ред. Елены Кузнецовой. - М.: КТЦ «Гештальт-Анализа», 2011. — 35 с.
2. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / Пер. с англ. М.И. Завалова. — М.: Независимая фирма «Класс», 2014. — 464 с.
3. Перлз Ф. Теория гештальт-терапии. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001. — 384 с.
4. Профессиональные компетенции и стандарты качества: специфические компетенции гештальт-терапевтов / И. Видакович, Е. Зелесков-Дьорич, Я. Рубал и др. — Казань: Центр инновационных технологий, 2014. — 56 с.
5. Спаниоло Лобб М. Новые шаги гештальт-терапии: к семье и психопатологии. Статьи. / Пер. с итал. М. Павловская. — М.: Изд-во Московского гештальт-института, 2014. — 110 с.
6. Спаниоло Лобб М. Now-for-next в психотерапии. Гештальт-терапия, рассказанная в обществе эпохи постмодернизма / Пер. с итал. М. Павловская. — М.: Изд-во Московского гештальт-института, 2014. — 378 с.

1. Grinberg Je. Lechenie pogranichnoj lichnosti / Per. s angl. O.D. Shustovoj, pod red. Eleny Kuznecovoj. - M.: KTC «Geshtal't-Analiza», 2011. — 35 s.
2. Kernberg O. F. Tjzhelye lichnostnye rasstrojstva: Strategii psihoterapii / Per. s angl. M.I. Zavalova. — M.: Nezavisimaja firma «Klass», 2014. — 464 s.
3. Perlz F. Teorija geshtal't-terapii. — M.: Institut obshhegumanitarnyh issledovanij, 2001. — 384 s.
4. Professional'nye kompetencii i standarty kachestva: specificheskie kompetencii geshtal't-terapevtov / I. Vidakovich, E. Zeleskov-D'orich, Ja. Rubal i dr. — Kazan': Centr innovacionnyh tehnologij, 2014. — 56 s.
5. Spaniolo Lobb M. Novye shagi geshtal't-terapii: k sem'e i psihopatologii. Stat'i. / Per. s ital. M. Pavlovskaja. — M.: Izd-vo Moskovskogo geshtal't-instituta, 2014. — 110 s.
6. Spaniolo Lobb M. Now-for-next v psihoterapii. Geshtal't-terapija, rasskazannaja v obshhestve jepohi postmodernizma / Per. s ital. M. Pavlovskaja. — M: Izd-vo Moskovskogo geshtal't-instituta, 2014. — 378 s.
7. Delisle G. Object Relations in Gestalt Therapy: Towards an Integrated Approach to the Treatment of Personality Disorders. / London, Karnac Books, 2012. — 288 p.

M.Yu. Gorodnova, I.L. Kolomiec

GESTALT THERAPY: A PHENOMENOLOGICAL APPROACH TO THE TREATMENT OF BORDER EXPERIENCES IN ADOLESCENTS North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Saint-Petersburg).

Summary: From the point of view of Gestalt therapy are the phenomenology of border experiences, the issues of its origin and development. We describe the approaches and technologies of psychotherapeutic work with adolescents with borderline experiences of the contact. We presented pathology styles of parent-child interaction, contributing to the emergence of a borderline, the required competencies of the therapist and recommendations and techniques in psychotherapy of adolescents with borderline experience.

Keywords: Gestalt-therapy, borderline disorder, experience, contact, phenomenology.

ПРОБЛЕМЫ И РЕСУРСЫ АДАПТИВНОСТИ В ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ (СООБЩЕНИЕ 1)

Казанский (Приволжский) федеральный университет, Институт фундаментальной медицины и биологии (Казань).

Резюме. В статье рассматриваются методы оценки адаптивности. Особое внимание уделяется методам оценки субъектности человека, организующего адаптивность восходящего равновесия. В 1-й части представлены фрагменты обследований с использованием ранее опубликованной методики адаптивного отношения к сложным ситуациям, которая рассматривается нами в комплексе разрабатываемых методик для изучения проблемы адаптивности как системного свойства. Во 2-й части описана следующая методика диагностики внутренних ресурсов адаптивности, включающая расчет динамического коэффициента результата теста в соответствии с количественной оценкой степени выраженности симптома.

Ключевые слова: методы, диагностика, ресурсы, субъектная активность, личностная активность, осознанная саморегуляция, адаптивность восходящего равновесия.

Актуальность. В сложных условиях постоянно изменчивого мира, ситуаций неопределенности и агрессивности окружающей среды, на фоне общего для всех изменения социального поведения все более значительной становится задача исследования адаптивных возможностей человека. При этом вопрос состоит не в поиске механизмов пассивной адаптации (приспособления) к меняющимся условиям внешней среды, а в поиске активного приспособления/преодоления проблем в условиях естественно возникающих и субъективно созданных трудных ситуаций. В связи с этим нами был введен, наряду с существующими понятиями «личностная активность» и «субъектная активность», термин «субъектная адаптивность».

Субъектная адаптивность понимается как сложный тип организации психики, благодаря которой обеспечивается продуктивная самостоятельность в выборе форм и видов осознанной регулятивной активности (пассивной/активной) в преодолении трудных ситуаций и достижения восходящего равновесия [9].

Один из главных имеющихся недостатков проблемы адаптивности - множество методов ее исследования. Эффективность каждого из них достаточно изучена в современном научном мире. Наряду с положительными аспектами, каждый из этих методов имеет ряд особенностей и ограничений, зависящих от концептуальных позиций. Чаще всего предлагаемые способы, условия, механизмы связываются с выполнением соответствующей процессу адаптации функции приспособления без учета потенциала индивидуальности и активности субъекта, его возможностей самостоятельного осознанного выбора действий и их реализации, учета динамического аспекта проявлений особенностей адаптивности в трудных ситуациях. Это свидетельствует о том, что изучение проблемы механизмов, стимулирующих проявление ресурсов адаптивности, является актуальной, а поиск эффективных путей ее решения представляется важной научной проблемой.

2. Анализ проблемы. Анализ современной литературы подтверждает, что в психологии в подходах к проблеме адаптивности внимание все больше концентрируется на механизмах активного взаимодействия личности и социальной среды, в рамках развития концептуальных идей С.Л. Рубинштейна [18] и его учеников А.В. Брушлинского [5], К.А. Абульхановой-Славской [1], Л.И. Анцыферовой [2, 3]. В

новом ракурсе проблемы в психологии в качестве предмета изучения на первый план выдвигается понятие «субъектность», понимаемое в общем плане как способность быть суверенным, активным и самостоятельным [2, 3, 18, и др.] с учетом предлагаемых условий социального контекста.

В научном анализе и опыте имеющихся исследований субъектной активности в качестве важнейшего ресурса обозначено «осознание». Собственная активность человека с его возможностями осознанной саморегуляции выступает ведущим фактором в преодолении трудностей, возникающих в ситуациях, которые предсказать, зачастую невозможно в постоянно изменяющихся условиях жизнедеятельности [13].

Понятия «осознанность и произвольность» еще Л.С. Выготским рассматривались в качестве механизмов, детерминирующих в зоне ближайшего развития ребенка самостоятельность как компонент психики, как важнейший ресурс быстрой адаптации к изменяющимся условиям в зависимости от степени присвоения социального опыта и общего уровня развития [5: 401].

В свою очередь А.В. Брушлинским, работы которого позволили не просто расширить понимание понятия «субъекта», но способствовать выделению его как категории, отмечается, что для человека сознание особенно существенно. Этому он приводит следующее объяснение, «...потому что именно в ходе рефлексии он формирует и развивает свои цели, т. е. цели деятельности, общения, поведения, созерцания и других видов активности. При этом он осознает хотя бы частично некоторые из своих мотивов, последствия совершаемых действий и поступков и т. д.» [7: 99].

У К.А. Абульхановой-Славской понятия «осознанность» и «произвольность» являются ключевыми в изучении проблемы индивидуализации и типизации в рамках изучения личности как субъекта деятельности [1].

В работах Л.И. Анцыферовой, в которых исследователь решает задачу поиска условий и механизмов преодоления человеком жизненных трудностей, отмечается важность субъектной деятельности. Автор указывает, что с точки зрения субъекта основные стратегии в приобретении равновесного состояния должны быть и преобразующими и приспособляющими с осознанным изменением собственных качеств, характеристик и отношений к ситуации [2, 3].

Среди многочисленных исследовательских методик, учитывающих роль личностных особенностей и жизненных ситуаций, в качестве примера можно назвать «Опросник личностный», разработанный К. Роджерсом и Р. Даймондом, адаптированный вначале Т. В. Снегирёвой, а в дальнейшем модифицированный и опубликованный А. К. Осницким [16]. Исследователь, получая по методике данные, не просто имеет возможность выявить особенности адаптационного периода после пережитых трудностей, но также определить, насколько адекватны переживания и осознание особенностей своей личности испытуемым в критические моменты, способствующие либо совладанию, либо не совладанию с учетом требований ситуации.

Не останавливаясь подробно на обобщении методических подходов, отметим, что имеются исследования и методические разработки, где адаптивность рассматривается:

1. как способность личности к адаптации в трудных ситуациях [14; 17];
2. как свойство личности человека, пережившего экстремальные ситуации [13];
3. как способность к установлению оптимальных взаимоотношений со средой, объективная реализация которой находит свое выражение в достигнутом результате деятельности [7];
4. как результат формирования и развития субъектных свойств в онтогенезе [5], представленный рядом индивидуально-психологических характеристик: «автоном-

ность», «регуляторный опыт» [15], «суверенность», целеполагание и преодоление трудностей [3], осознанная саморегуляция [13] и др., обеспечивающих возможность проявления личностной и субъектной активности в трудных ситуациях.

5. всегда как факт индивидуальный и в тоже время несущий в себе типичные признаки;

6. как интегральное свойство, проявляясь в специфике единства противоречивых проявлений активности, обусловленных индивидуально-психологическими особенностями личности, динамическими характеристиками субъектности [9, 10].

3. Обсуждение проблемы адаптивного отношения к трудной ситуации по результатам обследования авторской методикой. Разрабатываемая нами концептуальная идея легла в основу исследовательской методики, направленной на выявление механизмов адаптивных отношений преодоления трудных ситуаций, формируемых индивидуальными особенностями. В основу была положена идея зависимых/независимых отношений от внутренних и внешних условий с введением двух составляющих – социо-ориентированности (зависимость от объективных, внешних условий) и автономно-ориентированности (зависимость от субъективных, внутренних условий) [9, 10]. Методика применима в широком социальном и возрастном диапазоне, начиная с 15-летнего возраста.

Опишем фрагменты результатов, полученных с помощью данной методики в обследованиях испытуемых, находящихся в трудной ситуации адаптации.

В этом случае нами были поставлены следующие вопросы: что может повлиять на сохранность здоровья в ситуациях воздействия фрустратора, вызывая переживания трудной ситуации? Имеет ли значение в случае адаптации к трудной ситуации фактор направленности активности человека – «социо-ориентированность» и «автономно-ориентированность»? Какие индивидуально-личностные характеристики человека играют в таких ситуациях ключевую роль?

Чтобы перейти к ответу на поставленные вопросы, вкратце опишем одно из положений, которого мы придерживались в методической разработке.

«Личностная» и «субъектная», как обобщенная модель в теоретическом плане, отражают в своей полярности разные формы адаптивности. Но в практическом плане отражают одну задачу – преодоление нарушенного баланса и достижение оптимизации функционирования в проблемно-конфликтных жизненных ситуациях.

Стремление к достижению уровня «личностной» адаптивности обеспечивается в большей степени механизмами социо-ориентированной регуляции и индивидуально психологическими защитами с целью сведения к минимуму поведенческих отклонений от социально заданных норм и требований, что может проявляться в разных формах феноменологических проявлений типического. Если по А.Н. Леонтьеву, то высшей формой проявления в этом случае будет «активное приспособление к будущему.... как высшего поведения человека» [4: 143], но, необходимо отметить, что процесс достижения этого уровня, как правило, не имеет завершенности и изменчив в модальностях, что приводит к напряженности психологических защит.

«Субъектная» адаптивность обеспечивается механизмами самостоятельного выбора активности и гибкого взаимодействия с социальной средой, что позволяет быть более свободным от механизмов психологических защит. Этому способствуют такие качества, как автономность, осознание и опыт саморегуляции, позволяющие быть свободным от социально обусловленных сценариев жизни и деятельности. Как пишет А.К. Осницкий, субъектность проявляется «не только в стандартных ситуациях, но и в ситуациях выхода за пределы нормативного пространства деятельности, обеспечивая в этих условиях формирование готовности

субъекта к творческому принятию решения в ситуации с отклонениями параметров от нормативно заданных...». И далее, «Будучи субъектом деятельности (он может быть и средством в чужих руках, игрушкой в стихии обстоятельств), выбирает условия, соответствующие очередной задаче, подбирает способы и средства преобразования исходной ситуации....» [16].

Исходя из вышесказанного, мы проверили, во-первых, есть ли зависимость психического статуса матерей, находившихся в трудной ситуации воспитания детей больных ДЦП, от параметра направленности их активности, и во-вторых, какие индивидуальные характеристики стимулируют механизмы адаптивного отношения к трудной ситуации, обеспечивая сохранность здоровья [11].

Так, в выборке матерей, имеющих больных детей с ДЦП ($\Sigma=248$): обследование показало, что в динамике взросления детей (младший школьный возраст - подростковый возраст) у матерей происходят функциональные и психосоциальные изменения личности. У большей части матерей ($\approx 63,3\%$) с направленностью социальной ориентированности были проблемы с адаптацией, выражающиеся в усилении реакций невротической триады, снижении порога толерантности к стрессу.

В то же время в этой же выборке обнаружена часть матерей с симптомами функциональной устойчивости и адекватностью отношений к жизненной ситуации ($\approx 36,7\%$), с доминирующим показателем активности автономной ориентированности.

Для изучения поставленных вопросов из общей выборки были сформированы 4 группы по 27 человек в каждой.

Полученные данные по методике адаптивных отношений показали следующие различия (см. табл. 1).

Таблица 1.

Показатели в структуре отношений к трудной ситуации у матерей с детьми ДЦП, имеющих разный психический статус и разную направленность активности, в %

№ п/п	Показатели	1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа
1.	Способность/Невозможность изменения стереотипа презентации	63,6*	78,3*	39,3	54,5
2.	Автономность/Отсутствие внутренней свободы: приоритетность внешних установок	30,3	56,5	30,3	-77,3***
3.	Приемлемый компромисс /Доминирование	51,5	52,1	33,3	77,3
4.	Способность/Неспособность принять неудачу, провести коррекцию жизненных стратегий	27,3	30,4	24,2	-36,4*
5.	Эмоциональная устойчивость /Страх перед потерями, изменениями в жизни	36,4	39,1	33,3	40,9
6.	Способность к гибкому поведению /Дефицит поведенческой мобильности	48,5	60,9	33,3	-68,1**
7.	Позитивизм /Рациональный негативизм	27,3	-60,9***	30,3	-54,5*
8.	Толерантность/ Интолерантность (закрытость социальному опыту)	33,3	43,5	30,3	45,5

Условные обозначения: 1-я группа – матери «автономно-ориентированные»; со 2-й по 4-ю группы – «социо-ориентированные». Из них 2-я группа – матери с умеренным профилем, со склонностью к реакциям по неврастеническому типу; 3-я группа – матери с неустойчивым профилем, со склонностью к реакциям тревожно-фобического типа; 4-я группа – матери с «заострением» профиля, со склонностью к реакциям расстройства адаптации. Уровень достоверной связи: *** - $p < 0,001$; ** - $p < 0,01$; * - $p < 0,05$.

Итак, по результатам методики были обнаружены сильные и слабые стороны в структуре компонентов адаптивности. Сравнительный анализ вариантов адаптационных реакций показал, что у женщин социо-ориентированного типа преобладают состояния по неврастеническому, тревожно-фобическому и расстройствам адаптации типам. Заслуживает интереса сравнительный анализ отношений к трудной ситуации: у женщин с астеноневротическим (неврастения) синдромом доминантным является «негативизм» (при $p < 0,001$) при проявлении «способности к изменению стереотипа презентации» ($p < 0,05$), что свидетельствует об умеренном снижении адаптации; у женщин с реакциями расстройств адаптации преобладает «зависимость от внешних установок» (при $p < 0,001$); «дефицит поведенческой мобильности» (при $p < 0,01$), а также «неготовность принять неудачу, провести коррекцию жизненных стратегий» (на уровне $p < 0,05$), что свидетельствует о наличии хронического протрагированного стресса. [11].

У женщин с автономно-ориентированной направленностью преобладает показатель «способность к изменению стереотипа презентации» (при $p < 0,05$), что позволяет сохранить социальную адаптацию, позволяющую поддерживать сохранность здоровья с направленностью самостоятельного разрешения проблем.

Полученные данные свидетельствуют о различных вариантах адаптивных отношений, отражающих сильные и слабые стороны у женщин в трудной ситуации больного ребенка с ДЦП.

В другом исследовании, выполненном под нашим руководством (аспирант Д.Б. Озеров) в рамках изучения проблемы готовности личности к педагогической деятельности, по результатам методики адаптивного отношения к трудной ситуации обнаружено, что будущие педагоги с социо-ориентированной направленностью отличаются от автономно-ориентированных «зависимостью от внешних установок» ($F_{\text{эмп}} = 0,19$). Кроме того, структура индивидуальных характеристик адаптивности педагогов с автономно-ориентированной направленностью более целостна, чем у другой группы [12].

Различение личностного и субъектного при анализе «внутренних условий» в трудных ситуациях в другом исследовании (аспирантка С.Ю. Чаплина) позволило также выделить сильные и слабые стороны адаптации с использованием методики изучения адаптивных отношений. В обследовании участвовали студенты начальных курсов Казанского исламского университета, имеющие переживания, связанные с адаптацией, в количестве 40 человек, которые были разделены на две группы по степени выраженности субъектного компонента.

Процедуре обследования предшествовала организация эксперимента, которая совпала с этапом экзаменационной сессии. Эксперимент был ориентирован на создание барьера со стороны преподавателя, вызывающее фрустрационное напряжение в связи с неожиданным изменением уровня требований получения автоматического зачета непосредственно в день его сдачи.

Анализ по критерию степени выраженности субъектности (см. табл. 2) позволил выделить такие показатели адаптивного преодоления трудностей в учебной ситуации под воздействием фрустратора, как «Способность к изменению стереотипа презентации» (34,5 по сравнению с 26,4); «Способность к принятию неудачи, провести коррекцию жизненных стратегий» (41,2 и 35,7, соответственно) и «Способность к гибкому поведению» (57,9 и 47,3) при уровне значимости различий $p \leq 0,05$; оценка по критерию Q-Розенбаума.

Таблица 2.

Показатели в структуре отношений к трудной ситуации у студентов, имеющих разную степень выраженности субъектности

Показатели	Средние значения		Q
	Группы		
	1	2	
Невозможность изменения стереотипа презентации	26,4	34,5	7,9*
Отсутствие внутренней свободы: приоритетность внешних установок	35,7	41,2	7,8*
Отказ от доминирования	38,9	43,6	7,1
Неспособность принять неудачу, провести коррекцию жизненных стратегий	47,3	57,9	7,6*
Страх перед потерями, изменениями в жизни	35,6	42,8	5,8
Дефицит поведенческой мобильности	23,4	28,2	6,7
Рациональный негативизм	27,3	33,9	4,3
Интолерантность (закрытость социальному опыту)	41,3	51,1	5,2

Условные обозначения: 1-я группа – студенты с выраженным показателем субъектной адаптивности; 2-я группа – студенты с низким уровнем субъектной адаптивности. Уровень значимости различий: * - $p < 0,05$; оценка по критерию Q-Розенбаума.

Полученные результаты показали, что чем больше развиты субъектные характеристики, тем с большей вероятностью у студентов включаются механизмы осознания трудностей, а значит возникают попытки найти способы адаптивного преодоления барьеров, обусловленных воздействием фрустратора в учебной ситуации. Необходимо отметить, что во всех случаях обнаруживались сильные либо слабые стороны у испытуемых различных выборок, определяя мишени для коррекции индивидуальных проблем.

Полученные результаты потребовали разработки нового метода, направленного на изучение индивидуально-типологических особенностей, формирующих ресурсы адаптивности в трудных ситуациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абульханова-Славская К.А. О путях построения типологии личности // Психологический журнал. – 1983.- Том 4. - № 1. – С. 14 – 29.
2. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: Переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15. № 1. – С. 3-18.
3. Анцыферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии - Издание 2-е, исправленное и дополненное. – М.: Институт психологии РАН, 2006. - 512 с.
4. Асмолов А.Г. Психология личности: принципы общечеловеческого анализа. – М.: Изд-во МГУ, 2000. – 367 с.
5. Брушлинский А.В. Проблемы психологии субъекта. – М.: Институт психологии РАН, 1994. – 109 с.
6. Выготский Л.С. Мышление и речь. – М.: Direktmedia, 2015. - 570 с.
7. Голубева Т.А. Профессиональная деятельность субъектов образования по развитию адаптивности личности студента-первокурсника ссуза / Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Тверь, 2003.
8. Иванников В.А. Психологические механизмы волевой регуляции. – М.:

Изд-во Моск. ун-та, 1991. – 140 с.

9. Колпакова Л.М. Методика диагностики адаптивного отношения к трудным ситуациям // Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы. Научное изд.: Кол. монография / Под общей ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рождиной; Моск. гор. психолого-пед. ун-т; Науч. центр психич. здоровья РАМН; Моск. НИИ психиатрии. - М., 2011. – 270 с. (247-258).

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

11. Колпакова Л.М. Психология адаптивности к трудной ситуации (на примере матерей, имеющих детей с двигательной патологией): Дис. ... докт. психол. наук. - Российская академия образования «Институт педагогики и психологии профессионального образования». - Казань, 20012. – 466 с.

12. Колпакова Л.М., Озеров Д.Б. Особенности осознанной саморегуляции педагогов с разными типами субъектной адаптивности // Филология и культура, - 1 (39). 2015, - С. 333 – 339.

13. Конопкин О.А. Психологические механизмы регуляции деятельности. – Изд. 2-е, испр. и доп. – М.: Ленанд, 2011. – 320 с.

14. Маклаков, А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. – 2001. – Т.22. – № 1. – С. 16-24.

15. Налчаджян А. А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Эксмо, - 368 с.

16. Осницкий А.К. Регуляторный опыт, субъектная активность и самостоятельность человека. Часть 2 [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. N 6(8). URL: <http://psystudy.ru> (14.07. 2014).

17. Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2006. – 479 с.

18. Рубинштейн С.Л. Принцип творческой самодеятельности (К философским основам современной педагогики) // Вопросы психологии. Научный архив. — 1986. - № 4. - С. 101-108.

1. Abul'hanova-Slavskaja K.A. O putjah postroenija tipologii lichnosti // Psihologicheskij zhurnal. – 1983.- Tom 4. - № 1. – S. 14 – 29.

2. Ancyferova L.I. Lichnost' v trudnyh zhiznennyh uslovijah: Pereosmyslenie, preobrazovanie situacij i psihologicheskaja zashhita // Psihologicheskij zhurnal. – 1994. – T. 15. № 1. – S. 3-18.

3. Ancyferova L.I. Razvitie lichnosti i problemy gerontopsihologii - Izdanie 2-e, ispravlennoe i dopolnennoe. – М.: Institut psihologii RAN, 2006. - 512 s.

4. Asmolov A.G. Psihologija lichnosti: principy obshhechelovecheskogo analiza. – М.: Izd-vo MGU, 2000. – 367 s.

5. Brushlinskij A.V. Problemy psihologii sub#ekta. – М.: Institut psihologii RAN, 1994. – 109 s.

6. Vygotskij L.S. Myshlenie i rech' . – М.: Direktmedia, 2015. - 570 с.

7. Golubeva T.A. Professional'naja dejatel'nost' sub#ektov obrazovanija po razvitiyu adaptivnosti lichnosti studenta-pervokursnika ssuza / Avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk. – Tver', 2003.

8. Ivannikov V.A. Psihologicheskie mehanizmy volevoj reguljacji. – М.: Izd-vo Mosk. un-ta, 1991. – 140 s.

9. Kolpakova L.M. Metodika diagnostiki adaptivnogo otnoshenija k trudnym situ-

acijam // Diagnostika v medicinskoj psihologii: tradicii i perspektivy. Nauchnoe izd.: Kol. monografija / Pod obshhej red. N.V. Zverevoy, I.F. Roshhinoy; Mosk. gor. psihologo-ped. un-t; Nauch. centr psihich. zdorov'ja RAMN; Mosk. NII psichiatrii. - M., 2011. - 270 s. (247-258).

10. Kolpakova L.M. Adaptivnye sposobnosti v reguljarii prognoza povedenija v trudnoj situacii // Obrazovanie i samorazvitie. - 2011. - № 4 (26). - S. 185-191.

11. Kolpakova L.M. Psihologija adaptivnosti k trudnoj situacii (na primere materej, imejushhih detej s dvigatel'noj patologiej): Dis. ... dokt. psihol. nauk. - Rossijskaja akademija obrazovanija «Institut pedagogiki i psihologii professional'nogo obrazovanija». - Kazan', 20012. - 466 s.

12. Kolpakova L.M., Ozerov D.B. Osobennosti osoznannoj samoreguljarii pedagogov s raznymi tipami sub#ektnoj adaptivnosti // Filologija i kul'tura, - 1 (39). 2015, - S. 333 - 339.

13. Konopkin O.A. Psihologicheskie mehanizmy reguljarii dejatel'nosti. - Izd. 2-e, ispr. i dop. - M.: Lenand, 2011. - 320 s.

14. Maklakov, A.G. Lichnostnyj adaptacionnyj potencial: ego mobilizacija i prognozirovanie v jekstremal'nyh uslovijah // Psihologicheskij zhurnal. - 2001. - T.22. - № 1. - S. 16-24.

15. Nalchadzhjan A. A. Psihologicheskaja adaptacija: mehanizmy i strategii. — 2-e izd., pererab. i dop. — M.: Jeksmo., - 368 s.

16. Osnickij A.K. Reguljatornyj opyt, sub#ektnaja aktivnost' i samostojatel'nost' cheloveka. Chast' 2 [Jelektronnyj resurs] // Psihologicheskie issledovanija: jelektron. nauch. zhurn. 2009. N 6(8). URL: <http://psystudy.ru> (14.07. 2014).

17. Rean A.A., Kudashev A.R., Baranov A.A. Psihologija adaptacii lichnosti. Analiz. Teorija. Praktika. — SPb.: Prajm-EVROZNAK, 2006. - 479 s.

18. Rubinshtejn S.L. Princip tvorcheskoj samodejatel'nosti (K filosofskim osnovam sovremennoj pedagogiki) // Voprosy psihologii. Nauchnyj arhiv. — 1986. - № 4. - S. 101-108.

L.M. Kolpakova

THE PROBLEMS AND RESOURCES OF ADAPTABILITY IN DIFFICULT LIFE SITUATIONS

Kazan (Volga region) Federal University, Institute of fundamental medicine and biology (Kazan).

Summary. The article considers the methods of evaluation of adaptability as integral characteristics using data obtained from different social groups (mothers, sick children, students in the adaptation period, teachers). The method is described for diagnosing the internal resources of adaptation of the subject taking into account the dynamic coefficient, characterizing the dependence of the test result from the possibilities of self-regulation. This method is a continuation of the previously published method of diagnosis adaptive attitude to difficult situations. in accordance with a quantitative evaluation of the severity of the symptom.

Keywords: methods, diagnosis, resources, subjective activity, a personal activity, self-regulation, adaptability of the rising equilibrium

А.М. Егорычев

**ОТЕЧЕСТВЕННАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА
В СОЦИАЛЬНОМ РАЗВИТИИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА**
Российский государственный социальный университет (Москва)

Резюме. В статье рассматривается позиция и статус социальной педагогики в новых условиях развития России. Рассмотрены основные факторы, оказывающие влияние на развитие института социальной педагогики. Обозначены основные направления социально-педагогической деятельности, связанные с необходимостью гармонизации российского человека и общества. Автор приходит к выводу того, что системный и целенаправленный процесс, связанный с педагогизацией всех социальных сфер страны, создает предпосылки для устойчивого развития государства и общества в целом.

Ключевые слова: российское образование, социальная педагогика, модернизация, социокультурная среда, социально-педагогическая помощь и поддержка, личность, воспитание, социализация.

Современное российское образование переживает трудный период. Постоянные модернизации, начатые в 90-е годы, не приводят к желаемым результатам. Становится все более очевидным, что многие совершаемые инновационные действия, касающиеся реформирования отечественного образования, только усугубляют его состояние. Научно-образовательное сообщество страны находится в сложнейшей ситуации, его творческая свобода жестко регулируется системно и планомерно задаваемыми сверху административными рамками (постоянные мониторинги, указы, постановления, распоряжения, концепции, стратегии, пр.) [1-5].

Важнейшим направлением отечественного образования, помимо обучения, выступает воспитание и социализация подрастающего поколения, и интеграция его в общество. К огромному сожалению, институт воспитания с легкой руки чиновников от Министерства образования и науки был практически уничтожен как не вписывающийся в новые рамки построения рыночного общества. Пресловутое болонское соглашение ориентировало отечественное образование на компетентностный подход, где основное усилие имело направление на выработку у человека специальных компетенций, позволяющих ему быть конкурентоспособным на рынке труда. Личность ушла на второй план. Идет активный процесс по формированию человека-функции, наделенного многими важными компетенциями, но имеющего слабое духовно-нравственное основание [1-10].

Такая образовательная политика сразу же породила социально-педагогические риски и проблемы, связанные с духовно-нравственным обликом российского человека и общества. Повсеместное падение нравственности; рост детской, подростковой и молодежной преступности; алкоголизм, наркомания, проституция как естественное общественное явление; разрушение традиционных основ российской семьи, мн. др.

Тем не менее, медленно, но приходит понимание того, что человек является не только важнейшим ресурсом социально-экономического развития, но и высшей ценностью российского общества и государства. Президент России В.В. Путин постоянно говорит о необходимости сохранения традиционных российских ценностей, формировании гражданско-патриотической позиции у молодежи [11].

Многие вопросы воспитания, адаптации, социализации подрастающего поколения и их интеграции в общество решает институт социальной педагогики. Для того чтобы деятельность, организуемая институтом отечественной социальной педагогики была эффективной и социально приемлемой, т. е. соответствовала реалиям нового времени, необходимо учитывать следующие основные факторы:

- социокультурную и социально-экономическую динамику развивающегося российского общества, приоритеты государственного развития на ближние, средние и дальние перспективы;

- специфику факторов и условий социокультурной среды России, конкретные особенности всех ее регионов (социальные, природные, культурные, экономические, национальные, демографические, иные);

- востребованность структурами и институтами российского государства и общества конкретной социально-педагогической помощи и поддержки.

За прошедшее время «официального» (с 1991 г.) существования социальной педагогики в России, она оказала значимое влияние на всю совокупность общественных отношений, затрагивая практически всех субъектов российского социума, четко определила, успешно расширила и утвердила свое научное и функциональное поле. Это позволяет ей достаточно эффективно решать свои специфические цели и задачи, практически не входя в русло функциональной деятельности других специалистов социальной сферы (социальных работников, специалистов по работе с молодежью, специалистов социокультурной деятельности).

Социальная педагогика по своему исторически сложившемуся общественному назначению имеет направленность на активизацию деятельности по социальному формированию и становлению каждой личности российского социума, учитывая все ее особенности (пол, возраст, национальность, социальное положение, состояние здоровья, др.). В своей деятельности она старается опираться на своеобразие традиционной российской культуры, учитывать все особенности национальной культуры коренных народов Российской Федерации.

Важнейшим направлением деятельности отечественного образования выступает подготовка кадров – социальных педагогов всех уровней системы образования (дошкольного, общего, профессионального, дополнительного), а также других работников социальной сферы (социальных работников, специалистов по работе с молодежью, работников культурной сферы). Профессиональная подготовка социальных педагогов, их социально-педагогическая деятельность практически во всех сферах жизнедеятельности Российской Федерации сегодня выступает важным фактором в решении многих вопросов государственной социальной политики, особенно связанных с социальным воспитанием подрастающего поколения и его интеграции в общество.

Профессиональная деятельность института социальной педагогики - это важнейшая основа реализации государственной социальной политики. Обозначим основные направления социально-педагогической деятельности, которые связаны:

- с поддержкой и сопровождением несовершеннолетних в процессе их социального воспитания, адаптации, социализации и интеграции в российское общество;

- с развитием традиционной российской семьи, сохранением ее основополагающих смыслов и ценностей, повышением педагогической культуры родителей;

- с профессиональным самоопределением молодежи, выбором ею будущей профессии в соответствии с личностными потребностями, психофизиологическими возможностями и особенностями;

- с ресоциализации детей, подростков и молодежи, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, их социально-педагогической поддержкой, сопровождением

и интеграцией в общество;

- с социально-педагогической поддержкой и сопровождением детей, подростков, молодежи, взрослых и пожилых граждан, имеющих особые потребности в социализации;

- с социальным воспитанием, коррекцией и перевоспитанием детей, подростков и молодежи, характеризующихся как «социально педагогически запущенные», имеющих девиации в поведении;

- с деятельностью по поддержке детей мигрантов и вынужденных переселенцев, их социализацией, адаптацией и интеграцией в российский социум, мн. др.

Решение всех групп задач, связанных с выше обозначенными направлениями деятельности социальной педагогики, во многом актуализировано сегодня тем, что Россия вступила в новый исторический период своего развития, характеризующейся сложными социально-экономическими преобразованиями, связанными с трансформацией устоявшейся системы ценностей, поиском новых смыслов и ценностей, нового идеала личности человека и общества. Существующая неопределенность и несбалансированность в реализации многих направлений государственной социальной политики порождают социальную нестабильность общества и его неустойчивость развития, вызывают социальные риски, порождают разного рода девиации, прежде всего в среде детей, подростков и молодежи.

Именно поэтому совершенствование системы социально-педагогической деятельности в современном российском обществе, повсеместное развитие уровня социально-педагогической культуры всех субъектов общественной жизни, гуманизация и педагогизация социальных отношений становится ключевой задачей государственной социальной политики. Вполне очевидно, что решение задач социального благополучия российского человека и общества, нельзя решить лишь экономическими проектами и программами. Сложившаяся ситуация требует, прежде всего:

1. Признания на государственном уровне высокой роли института социальной педагогики в реализации государственной социальной политики, в решении проблем, касающихся воспитания, развития и социализации подрастающего поколения, социально-педагогической поддержки всех групп населения Российской Федерации.

2. Постановки новых целей перед институтом социальной педагогики, соответствующих вектору развития России, определения четких направлений (профилей) социально-педагогической деятельности, что требует разработки соответствующего профессионального стандарта.

Социально-педагогическая деятельность должна естественно войти во все социальные институты, малые и большие социальные объединения, структуры, организации и учреждения (управленческие, учебные, военные, детско-юношеские, трудовые, спортивные, экономические, конфессиональные, пенитенциарные, досуговые, др.), стать их естественной (органичной) структурной составляющей. Сегодня социально-педагогическая компетентность начинает выступать обязательной компонентой профессиональной характеристики специалиста любой сферы деятельности социальных институтов страны. Соответствующий уровень развития социально-педагогической компетентности, в целом социально-педагогической культуры каждого специалиста любого профиля, позволит обеспечивать:

- эффективное развитие всех многосторонних социальных (личностных и деловых) отношений и взаимодействий в социальной сфере, формирование социально-психологической и политической культуры общества;

- формирование позитивного социального самочувствия коренных народов Российской Федерации, включая мигрантов и вынужденных переселенцев;

- системное и целенаправленное формирование социальной российской общности, его единства на основе смыслов и ценностей российской истории и культуры;
- развитие личной и корпоративной культуры всех представителей социально-производственных, научно-образовательных, иных сообществ, структур и организаций России;
- результативный процесс социального воспитания и социализации подрастающего поколения, его успешную интеграцию в российское общество.

Тем не менее, сегодня в российском обществе сложилась особая ситуация, касающаяся проблемы существования института социальной педагогики, требующая от научно-образовательного сообщества и Правительства: более глубокого осознания сущности и значимости социальной педагогики в государственно-общественном развитии страны, соответствующего законодательного оформления; принятия государством соответствующих мер по поддержке социальной педагогики, укрепления ее роли и статуса, функциональных направлений в развитии российского общества.

Обозначенное требует:

Во-первых, разработки Проекта государственного профессионального стандарта социального педагога, в соответствии с требованиями российских реалий и учете ментальности российской культуры.

Во-вторых, широкого обсуждения настоящего Проекта в российском научно-образовательном сообществе и его официального утверждения Министерством труда и социальной защиты РФ, Министерством образования и науки РФ.

В третьих, разработки нового поколения государственного образовательного стандарта и на его основе разработки основной образовательной профессиональной программы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егорычев А.М. Философские и научно-теоретические основы отечественного социального образования: социальная педагогика как механизм его развития // Alma-mater (Вестник высшей школы). 2014. - № 10. – С. 20-27.
2. Егорычев А. М. Социальная эволюция и национально-государственная специфика в построении российской образовательной системы // Вестник УМО вузов России по образованию в области социальной работы. – 2010. – № 1.
3. Егорычев А.М. Теоретические основания интеграции этнокультурных традиций в системе образования России. Научное издание. – Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2006. – 315 с.
4. Егорычев А.М. Россия и мировая цивилизация начала XXI века: философские и социокультурные основы построения стратегии социального развития // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2015. Т. 14. № 1 (128). С. 78-89.
5. Егорычев А.М. Традиции и инновации в мировой системе образования: поиск оптимального варианта // Актуальные проблемы филологии и методики преподавания иностранных языков. 2013. № 7. С. 129-141.
6. Лопуха А.Д. и др. Социальная педагогика: Учебное пособие / Под ред. А.Д. Лопуха.- Новосибирск, 2008. - 481с.
7. Мардахаев Л.В. Социальная педагогика. Полный курс: учебник.- М.: Изд-во Юрайт, 2011. – 797 с.
8. Мардахаев Л.В. Педагогика среды: учебное пособие. – Новосибирск: Изд. НГПУ, 2009. – 471 с.
9. Мардахаев Л.В. Социальная педагогика: учебник. – М.: Гардарики, 2005. – 269 с.

10. Мардахаев Л.В. Социальная педагогика: учебник для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки и специальности «социальная работа». – М., 2008.

11. Приветствие президента РФ В.В. Путина участникам, организаторам и гостям XXIV Международных Рождественских образовательных чтений «Традиция и новации: культура, общество, личность» (25.01.2016 г.): <http://www.patriarchia.ru/db/text/4354903.html>.

1. Egorychev A.M. Filosofskie i nauchno-teoreticheskie osnovy oteche-stvennogo social'nogo obrazovaniya: social'naja pedagogika kak mehanizm ego razvitija // Alma-mater (Vestnik vysshej shkoly). 2014. - № 10. – S. 20-27.

2. Egorychev A. M. Social'naja jevoljucija i nacional'no-gosudarstvennaja specifika v postroenii rossijskoj obrazovatel'noj sistemy // Vestnik UMO vuzov Rossii po obrazovaniju v oblasti social'noj raboty. – 2010. – № 1.

3. Egorychev A.M. Teoreticheskie osnovaniya integracii jetnokul'turnyh tradicij v sisteme obrazovaniya Rossii. Nauchnoe izdanie. – Novosibirsk: Izd-vo SO RAN, 2006. – 315 s.

4. Egorychev A.M. Rossija i mirovaja civilizacija nachala XXI veka: filosofskie i sociokul'turnye osnovy postroenija strategii social'nogo razvitija // Uchenye zapiski Rossijskogo gosudarstvennogo social'nogo universiteta. 2015. T. 14. № 1 (128). S. 78-89.

5. Egorychev A.M. Tradicii i innovacii v mirovoj sisteme obrazovaniya: poisk optimal'nogo varianta // Aktual'nye problemy filologii i metodiki prepodavaniya inostrannyh jazykov. 2013. № 7. S. 129-141.

6. Lopuha A.D. i dr. Social'naja pedagogika: Uchebnoe posobie / Pod red. A.D. Lopuha.- Novosibirsk, 2008. - 481s.

7. Mardahaev L.V. Social'naja pedagogika. Polnyj kurs: uchebnik.- M.: Izd-vo Jurajt, 2011. – 797 s.

8. Mardahaev L.V. Pedagogika sredy: uchebnoe posobie. – Novosibirsk: Izd. NGPU, 2009. – 471 s.

9. Mardahaev L.V. Social'naja pedagogika: uchebnik. – M.: Gardariki, 2005. – 269 s.

10. Mardahaev L.V. Social'naja pedagogika: uchebnik dlja studentov vuzov, obuchajushhihsja po napravleniju podgotovki i special'nosti «social'naja rabota». – M., 2008.

11. Privetstvie prezidenta RF V.V. Putina uchastnikam, organizatoram i gostjam XXIV Mezhdunarodnyh Rozhdestvenskih obrazovatel'nyh chtenij «Tradicija i novacii: kul'tura, obshhestvo, lichnost'» (25.01.2016 g.): <http://www.patriarchia.ru/db/text/4354903.html>.

A.M. Egorychev

NATIONAL SOCIAL PEDAGOGICS IN SOCIAL DEVELOPMENT OF RUSSIAN SOCIETY

Russian State Social University (Moscow).

Summary. In the article position and status of social pedagogics are examined in the new terms of development of Russia. Basic factors are considered, having influence on development of institute social pedagogics. Basic directions of socially-pedagogical activity, harmonizations of the Russian man and societies related to the necessity, mark. An author comes to the conclusion that the system and purposeful task related to педагогизацией of all social spheres of country creates pre-conditions for steady development of the state and society on the whole.

Keywords: Russian education, social pedagogics, modernisation, sociocultural environment, socially-pedagogical help and support, personality, education, socialization.

ЭПИГЕНЕТИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СРЕДЫ НА РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» (Санкт-Петербург), Республиканская Вильнюсская психиатрическая больница (Вильнюс).

Резюме. Перинатальный возраст - это период уникальной сенситивности, в котором приобретенный опыт имеет длительные последствия. Перинатальная среда может программировать фенотип ребенка. Эпигенетические механизмы *следует* рассматривать как важный predisposing к болезням фактор.

Ключевые слова: эпигенетика, перинатальная среда, программирование, токсический стресс, нейропластичность, кортизол, ранний опыт развития

Введение. Организм матери как первичная среда создает условия для формирования пренейта по закодированной в генах программе. Дефекты, сбои, ошибки в работе генов могут быть причиной отклонения от «здоровой» программы развития. Также программа может меняться под воздействием определенных условий окружающей среды. Влияние окружающей среды на работу генов изучает эпигенетика – наука о передаче наследуемых признаков не через ДНК, а через изменение эпигенетических (надгеномных) функциональных характеристик активности генов.

Пренатальный период. Окружающая среда оказывает влияние на программу развития ребенка с момента зачатия. Формирующийся организм и, в частности, центральная нервная система (ЦНС) высоко чувствительны к организующим и дезорганизующим влияниям внешней среды. Условия, окружающие ребенка, можно назвать перинатальной средой, а ее влияние на развитие – «программирующим». Программированием называют процесс, когда стимул или повреждающие воздействие в критический период развития вызывает длительные или пожизненные изменения [2]. Существует несколько моделей, объясняющих процессы программирования. Например, «фетальное программирование болезни взрослого» вследствие метаболических нарушений [1], изменение процесса развития в ответ на чрезмерное воздействие глюкокортикоидов [14], а также концепция «раннего происхождения болезней и здоровья», или концепция «онтогенетического программирования» [5]. Программирующие процессы происходят в организме пренейта, когда его мать переживает патологический стресс в перинатальный период.

Главным агентом, оказывающим программирующее воздействие, принято считать кортизол. От избыточного проникновения кортизола матери у пренейта существует защита – плацентарный энзим 11-бета-гидроксистероиддегидрогеназа тип 2 (11 β -HSD2). Данный энзим преобразует кортизол в кортизон, предотвращая ненужную активацию кортикоидных рецепторов. Уровень фетального кортизола в 13 раз меньше, чем материнского, поэтому проникновение 10%-20% кортизола увеличивает фетальный кортизол вдвое [12].

В случае патологического стресса, переживаемого матерью, данный механизм не может обеспечить достаточную нейтрализацию кортизола. Вследствие этого у младенцев могут возникнуть такие симптомы, как повышенная раздражительность, гиперактивность, тревожность [11]. Материнский дистресс во время беременности коррелирует с низким весом новорожденных, со снижением у них когнитивных способностей, с частыми эмоциональными и поведенческими расстройствами [16, 17, 18]. Таким образом, в случае сильной, частой и/или длитель-

ной активации стресс-системы матери чрезмерные стрессовые нагрузки переживает и пренежит. Такое воздействие называют «токсическим стрессом» [3]. «Токсический стресс» может приводить к изменению фенотипа, модифицировать нейроанатомию и нейрохимию мозга ребенка, predisposing к эмоционально-поведенческим нарушениям. Подтверждением данных гипотез являются результаты экспериментов в лабораторных условиях, лонгитюдных и ретроспективных исследований. Например, оказалось, что фенотип потомства ящерицы может измениться, если самка ящерицы в период беременности регулярно сталкивается с запахом змей. Рожденное потомство большей массы, имеет необычно длинные когти и очень чувствительно к запаху змей [15].

Недавно были опубликованы результаты исследования последствий голода в Голландии во время Второй мировой войны [4]. Оказалось, что если беременная женщина хорошо питалась во время зачатия и в первые месяцы беременности, а голодала только в последние месяцы, то ребенок рождался с низким весом. Если же беременная голодала в первый триместр, но хорошо питалась в дальнейшем, то ребенок рождался с нормальным весом. Дети, родившиеся с низким весом, всю жизнь сохраняли более низкий индекс массы тела в сравнении с популяцией. Однако дети, чьи матери перенесли голод в первый триместр, имели более высокие показатели по ожирению, чаще испытывали проблемы со здоровьем, в том числе и расстройства психики [6].

Таким образом материнский организм, подвергаясь неблагоприятному воздействию, передает пренежит сигнал, который путем модификации ДНК и/или РНК и/или гистонов изменяет его фенотип. Ряд механизмов подобной модификации уже раскрыт, другие процессы продолжают изучаться.

Постнатальный период. Хорошо известно, что то, как родители взаимодействуют с ребенком и удовлетворяют его потребности, формирует его восприятие себя и отношение к миру, другие психологические характеристики. Благополучный ранний постнатальный опыт влияет и на развитие ЦНС.

Одной из особенностей мозга в пре- и постнатальном периодах является высокая нейропластичность. Термин введен польским нейрофизиологом Jerzy Konopski [7]. Нейропластичность — это способность нейронов и нейронных сетей в мозге изменять связи и поведение в ответ на новую информацию, сенсорное стимулирование и другой опыт.

Это означает, что процесс развития мозга младенца во многом является адаптивным. Можно сказать, что чем более благоприятны условия, тем более пластична нервная система и, соответственно, выше адаптивные свойства, способность к обучению и эмоциональная устойчивость. Например, известно, что миндалина созревает и функционирует до рождения, в то время как система, которая подавляет ее активность (кора головного мозга), формируется годами. При длительном переживании психологических и физиологических потребностей возникающая тревога быстро «переполняет» ребенка. Задача родителей, в первую очередь матери, предупредить и избавлять ребенка от переживания неудовлетворенности потребностей, особенно базовых, пока кора его головного мозга и психика не созреют в достаточной степени, чтобы справляться с тревогой самостоятельно. Благодаря такой родительской чуткости формируется особая модель «успокоения» в психике ребенка. Каким образом родители успокаивали ребенка (жалели, обнимали, гладили, поддерживали — «я тебя пожалею», «где болит? давай поцелую, подую, поглажу» и т. п.), таким же образом ребенок будет успокаивать себя, а также других.

Психологические последствия неудовлетворения базовых потребностей хо-

рошо и давно известны. В последнее время обнаружены также органические последствия. Так, у детей, находящихся в приюте с рождения, значительно меньше мозговой ткани, особенно серого вещества, по сравнению с детьми, воспитывающихся в семьях. В то время как у детей, выросших в семьях, но позже оказавшихся в приюте, обнаруживаются признаки лишь небольшого дефицита [8]. Также обнаружено, что хронический стресс приводит к укорочению теломеров – участков хромосомы, которые выполняют защитные функции. У детей, живущих в стрессовой среде, длина теломер в среднем на 40% короче, чем у детей из благополучных жизненных условий [10].

М. Меанеу с коллегами провели эксперимент, регистрирующий влияние материнской заботы на развитие крысят [9]. В эксперименте участвовали две группы: в одной мать часто облизывала свое потомство, вскармливала и заботилась, в другой – редко. Оказалось, что множество процессов развития нервной ткани зависит от материнской заботы. Крысята, получавшие материнское внимание, имели более зрелый и устойчивый к стрессу мозг. Они быстрее обучались, и у них лучше работала память. Они в меньшей степени были подвержены негативному влиянию кортизола в стрессе, так как его уровень быстро снижался. Самки из этой группы были заботливы и внимательны к своему потомству. Во второй группе при депривации выявлялись изменения в тех же областях мозга, но с отрицательным эффектом. Депривация увеличивает нейрональную и глиальную смерть, ухудшает способность к обучению, а также вызывает увеличение секреции адреналина при стрессе, снижение бензодиазепиновых рецепторов в миндалине, нарушение в системе торможения выработки кортизола.

Таким образом, данные характеристики ЦНС находятся под эпигенетическим контролем и зависят от материнской заботы. Примерно одна тысяча генов по-разному экспрессирует в ответ на внимание матери [13]. Эти факты вновь подтверждают очевидную истину, что любовь и забота матери формирует более адаптивную, «здоровую» нервную систему ребенка.

Заключение. Таким образом, организуют мозг и запускают чувствительные (критические) периоды, в первую очередь, гены. Управляет генетической транскрипцией в адаптивном развитии головного мозга приобретаемый опыт. Перинатальная среда способна модулировать развитие фенотипа путем эпигенетических изменений.

Результаты представленных исследований открывают органическую составляющую психологических теорий и подтверждают полученные путем наблюдения многочисленные утверждения психологов и психоаналитиков, психиатров и психотерапевтов. Можно надеяться, что понимание роли раннего опыта поможет профессиональному сообществу и родителям обратить внимание на необходимость создания психологически и биологически безопасной среды для развития ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Barker D.J., Gluckman P.D., Godfrey K.M., et.al. Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life // *Lancet*. – 1993. – V. 341, № 8850. – P. 938–941.
2. Barker D.J. In utero programming of chronic disease // *Clin Sci*. – 1998. – Vol. 95, № 2. – P. 115–28.
3. Garner S., Shonkoff J.P., Siegel B.S., Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental Science Into Lifelong Health // *Pediatrics*. – 2012. – Vol. 129, № 1.
4. Heijmans B.T., Tobi E.W., Stein A.D., et.al. Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans // *Proc Natl Acad Sci USA*. – 2008. – Vol. 105, № 44. – P. 17046–17049.

5. Hochberg Z., Feil R., Constancia M. et al. Child health, developmental plasticity, and epigenetic programming // *Endocrine Rev.* – 2010. – V. 32, № 2. – P. 159–224.
6. Hoek H.W., Brown A.S., Susser E. The Dutch famine and schizophrenia spectrum disorders // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* – 1998. – Vol. 33. – P. 373–379.
7. Livingston R.B. Brain mechanisms in conditioning and learning // *Neurosciences Research Program Bulletin.* – 1996. – Vol. 4, № 3. – P.349-354.
8. Marshall E. An experiment in zero parenting // *Science.* – 2014. – Vol. 345, № 6198. – P. 752-754.
9. Meaney M.J., Szyf M. Maternal care as a model for experience-dependent chromatin plasticity? // *Trends Neurosci.* – 2005. – Vol. 28, № 9. – P. 456-463.
10. Mitchell C., Hobcraft J., McLanahan S.S., et.al. Social disadvantage, genetic sensitivity, and children's telomere length // *Proc Natl Acad Sci USA.* – 2014. – Vol. 111, № 16. – P.5944–5949.
11. O'Donnell K., O'Connor T.G., Glover V. Prenatal stress and neurodevelopment of the child: Focus on the HPA axis and role of the placenta // *Dev Neurosci.* – 2009. – Vol. 31. – P.285–292.
12. Rachel G., Fisk N.M., Teixeira J.M.A., et.al. Fetal hypothalamic-pituitary-adrenal stress responses to invasive procedures are independent of maternal responses // *J Clin Endocrinol Metab.* – 2001. – Vol. 86, № 1. – P. 104-109.
13. Rampon C., Jiang CH, Dong H., et.al. Effects of environmental enrichment on gene expression in the brain // *Proc Natl Acad Sci USA.* – 2000. – Vol. 97, № 23. – P. 12880-12884.
14. Seckl J.R., Meaney M.J., Glucocorticoid programming // *Ann NY Acad Sci.* – 2004. – Vol. 1032. – P. 63–84.
15. Shine R., Downes S. Can pregnant lizards adjust their offspring phenotypes to environmental conditions // *Oecologia.* – 1999. – Vol. 119, № 1. – P. 1-8.
16. Susser E., St. Clair D., He L., et.al. Latent effects of prenatal malnutrition on adult health: The example of schizophrenia // *Ann N Y Acad Sci.* – 2008. – Vol. 1136. – P. 185–192.
17. Tamashiro K.L.K., Moran T.H. Perinatal environment and its influences on metabolic programming of offspring // *Physiology & Behavior.* – 2010. – Vol. 100. – P.560–566.
18. Zornberg G.L., Buka S.L., Tsuang M.T., et.al. Hypoxic-ischemia-related fetal/neonatal complications and risk of schizophrenia and other nonaffective psychoses: A 19-year longitudinal study // *Am J Psychiatry.* – 2000. – Vol. 157. – P. 196 –202.

I.A. Kolesnikov, E. Petrauskaite

EPIGENETIC INFLUENCES OF PERINATAL ENVIRONMENT ON CHILD DEVELOPMENT

Federal Almazov North-West Medical Research Centre (St Petersburg), Republican Vilnius Psychiatric Hospital (Vilnius).

Summary. Perinatal life is a period of unique sensitivity during which experience confers enduring effects. Perinatal environment can program offspring phenotype. This is especially critical need to understand epigenetic mechanisms as a critical determinant in disease predisposition.

Keywords: epigenetics, perinatal environment, programming, toxic stress, neuroplasticity, early developmental experiences.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ В ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

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

Резюме. Статья посвящена изучению свойств личности у лиц юношеского возраста с нарушенным зрением. Рассмотрены личностные профили на основе Фрайбургского личностного опросника. Основной целью являлось сравнение особенностей личности учащихся 16-19 лет с нарушениями зрения с особенностями личности у их зрячих сверстников с учетом фактора пола. При нарушениях зрения выявлено неустойчивое эмоциональное состояние, проявление депрессивных признаков, более агрессивное отношение к социальному окружению.

Ключевые слова: юношеский возраст, учащиеся с нарушениями зрения, незрячий подросток, Фрайбургский личностный опросник, особенности личности, пол, эмоциональное состояние.

В ряде исследований выявлено, что слепота влечет изменения в характере эмоциональных состояний в сторону преобладания подавляющих активность индивида астенических настроений грусти, тоски либо, напротив, повышенной раздражительности, аффективности, тревожности [3, 4, 7]. У слепых и слабовидящих отмечались неадекватная самооценка и уровень притязаний, неуверенность в себе, специфические трудности в общении, неадекватное отношение к своему дефекту [6, 8, 10]. Подростковый и юношеский возраст, как наиболее сложный период в развитии личности, заслуживает особого внимания. Юношам и девушкам, находящимся в условиях зрительной депривации, помимо привычных трудностей, связанных с нарушениями зрения, приходится решать дополнительные проблемы взросления. Отмечены такие особенности подростков с нарушениями зрения, как негативизм, внушаемость, эгоистичность, склонность к ревности, мрачным предчувствиям [1, 5]. При этом показано, что инвалиды по зрению значительно менее акцентуированы, нежели люди из общей популяции [2]. Недостаточная изученность личности лиц подросткового и юношеского возраста с нарушениями зрения в связи с задачами психологической коррекции и реабилитации определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования – изучить у лиц юношеского возраста с нарушенным зрением свойства личности (с учетом фактора пола).

Выборка исследования: 140 учащихся 16-19 лет образовательных учреждений Санкт-Петербурга. Основная группа сформирована из 72 человек (38 юношей и 34 девушек) с нарушениями зрения различной степени тяжести - учащихся государственного специального (коррекционного) образовательного учреждения школы-интерната имени К.К. Грога (средний возраст – 17 лет). В контрольную группу вошли 68 человек (32 юноши и 36 девушек) без зрительной патологии - посетители Молодежного консультативно-диагностического медицинского центра охраны репродуктивного здоровья молодежи, являющиеся учащимися средних и средних специальных образовательных учреждений (средний возраст – 16,9 лет).

Методика исследования - Фрайбургский личностный опросник (Das Freiburger Persönlichkeits Inventar - FPI), разработанный И. Фаренберг, Х. Зарг, Р. Гампел [9]. Опросник FPI содержит 12 шкал; из них I–IX являются базовыми, X–XII – интегрирующими. **Шкала I (невротичность)** характеризует уровень невротизации личности. **Шкала II (спонтанная**

агрессивность) выявляет и оценивает психопатизацию интротенсивного типа. **Шкала III (депрессивность)** определяет признаки, характерные для депрессивного синдрома. **Шкала IV (раздражительность)** оценивает эмоциональную устойчивость. **Шкала V (общительность)** характеризует потенциальные возможности и реальные проявления социальной активности. **Шкала VI (уровновешенность)** отражает устойчивость к стрессу. **Шкала VII (реактивная агрессивность)** выявляет наличие признаков психопатизации экстратенсивного типа. **Шкала VIII (застенчивость)** отражает предрасположенность к пассивно-оборонительному типу реагирования на стресс. **Шкала IX (открытость)** характеризует отношение к социальному окружению и уровень самокритичности. **Шкала X** оценивает выраженность **экстраверсии/интроверсии**, **шкала XI - эмоциональную лабильность**, **шкала XII – маскулинность/фемининность**.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия U Манна- Уитни.

Результаты исследования. На рис. 1 представлены усредненные личностные профили двух сравниваемых групп.

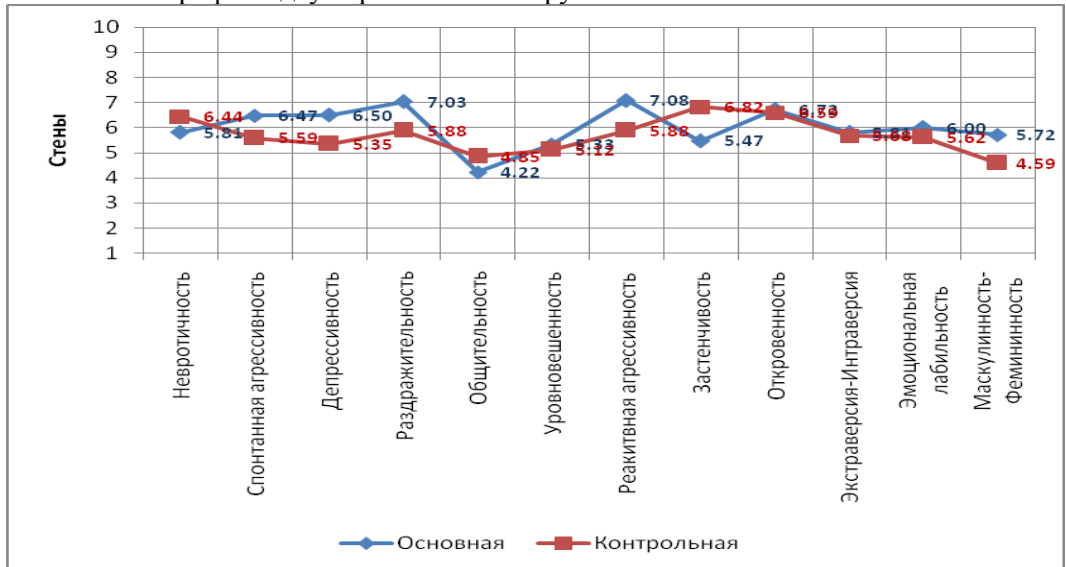


Рисунок 1. Личностные профили испытуемых в группах исследования

Графическое изображение усредненных профилей личности испытуемых показывает средние (4-6 стенов) и высокие (7-9 стенов) оценки по всем шкалам в основной и контрольной группах. Наиболее высокие значения в основной группе выявлены по шкалам раздражительность ($m=7,03$) и реактивная агрессивность ($m=7,08$), в контрольной группе по шкалам застенчивость ($m=6,82$) и невротичность ($m=6,44$).

Таблица 1.

Средние значения факторов опросника FPI в основной и контрольной группах

Шкала FPI	Основная Группа	Контрольная группа	Достоверность различий
Депрессивность	6,50	5,35	0,014
Раздражительность	7,03	5,88	0,025
Реактивная агрессивность	7,08	5,88	0,003
Застенчивость	5,47	6,82	0,002
Маскулинность/фемининность	5,72	4,59	0,002

При сравнении результатов в основной и контрольной группах (табл. 1) выявлены различия по шкалам: депрессивность ($p < 0,05$), раздражительность ($p < 0,05$), реактивная агрессивность ($p < 0,01$), застенчивость ($p < 0,01$), маскулинность/фемининность ($p < 0,05$). Данные таблицы показывают, что средние значения депрессивности, раздражительности, реактивной агрессивности, маскулинности/фемининности статистически значимо выше в основной, а по шкале застенчивости - в контрольной группе.

Сравнение результатов юношей в основной и контрольной группах выявило статистически значимые различия по шкалам: раздражительность и маскулинность/фемининность ($p < 0,05$), застенчивость ($p < 0,001$). Юноши с нарушениями зрения более раздражительны, маскулинны и менее застенчивы, чем сверстники без зрительных нарушений.

При сравнении результатов девушек выявлены статистически значимые различия по шкалам: депрессивность ($p < 0,05$), реактивная агрессивность ($p < 0,01$). Данные свойства больше выражены у девушек со зрительными нарушениями.

Обсуждение результатов. Анализ полученных результатов в соответствии с содержанием факторов опросника FPI показывает, что для испытуемых с нарушенным зрением, по сравнению с контрольной группой сверстников, более характерны: проявление депрессивных признаков в эмоциональном состоянии, поведении и в отношении к себе и к социальной среде; склонность к самоутверждению, риску, быстрым и решительным действиям без достаточного их обдумывания и обоснования; стремление к избеганию сложных ситуаций, а также меньшая склонность к рефлексии и самоанализу; меньшая скованность и застенчивость в общении.

Для юношей с нарушениями зрения, по сравнению с юношами контрольной группы, более характерны аффективное реагирование, стремление к первенству и чувственным удовольствиям, большая уверенность и раскованность в общении. Девушек с нарушениями зрения, по сравнению с девушками контрольной группы, отличает преобладание подавленного настроения, агрессивное отношение к социальному окружению с тенденцией к доминированию.

Заключение. Таким образом, имеющих нарушения зрения лиц юношеского возраста, по сравнению со сверстниками без зрительных нарушений, отличает большая депрессивность, раздражительность, реактивная агрессивность, маскулинность и меньшая застенчивость. Юноши основной группы более раздражительны, маскулинны и менее застенчивы, чем зрячие юноши. Девушки основной группы более депрессивны и реактивно агрессивны, чем зрячие девушки.

Полученные данные будут положены в основу разработки программы психологической коррекции лиц юношеского возраста с нарушениями зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология: учебное пособие для студ. вузов. – М.: Академия, 1999. – 672 с.
2. Белоусов А.С. Психологические особенности личности людей с глубокой патологией зрительного анализатора // www.systempsychology.ru Журнал 2011, № 4 [Электронный ресурс]. – URL: http://systempsychology.ru/journal/2011_4/77-belousov-as-psihologicheskie-osobennosti-lichnosti-lyudey-s-glubokoy-patologiyey-zritel'nogo-analizatora.html (дата обращения: 10.04.2016).
3. Гудонис В.П. Теоретические предпосылки интеграции лиц с нарушенным зрением // Дефектология. - 1996. - № 2. - С. 7-12.
4. Евмененко Е. В. Психология лиц с нарушениями зрения / Е.В. Евмененко, А.В. Трущелева. - Ставрополь: Изд-во Ставроп. гос. пед. ин-та, 2008. – 220 с.
5. Коган Б.М., Яковлева А.В. Личностные характеристики слабовидящих

подростков // Специальное образование. – 2012. - № 2. - С. 67-72.

6. Кондратов А.Г. Тифлопсихология. — М.: Просвещение, 1985. - 208 с.

7. Липкова О.И. Общие и специфические особенности развития личности подростков с нарушением зрения: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13. —М., 2001. — 192 с.

8. Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих: учеб. пособие для студ. вузов. — СПб.: КАРО, 2006. — 336 с.

9. Практикум по экспериментальной и практической психологии: учеб. пособие / В.Д. Балин, В.К. Гайда, В.К. Горбачевский и др.; под ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. — СПб.: Питер, 2003. — С. 314- 323.

10. Солнцева Л.И. Психология детей с нарушениями зрения (детская тифлопсихология). - М.: Классикс стиль, 2006. - 256 с.

1. Abramova G.S. Vozrastnaja psihologija: uchebnoe posobie dlja stud. vuzov. — М.: Akademija, 1999. — 672 s.

2. Belousov A.S. Psihologicheskie osobennosti lichnosti ljudej s glubokoj patologiej zritel'nogo analizatora // www.systempsychology.ru Zhurnal 2011, № 4 [Elektronnyj resurs]. — URL: http://systempsychology.ru/journal/2011_4/77-belousov-as-psihologicheskie-osobennosti-lichnosti-lyudej-s-glubokoy-patologiej-zritel'nogo-analizatora.html (data obrashhenija: 10.04.2016).

3. Gudonis V.P. Teoreticheskie predposylki integracii lic s narushennym zreniem // Defektologija. - 1996. - № 2. - S. 7-12.

4. Evmenenko E. V. Psihologija lic s narushenijami zrenija / E.V. Evmenenko, A.V. Trushheleva. - Stavropol': Izd-vo Stavrop. gos. ped. in-ta, 2008. — 220 s.

5. Kogan B.M., Jakovleva A.V. Lichnostnye harakteristiki slabovidjashhih podrostkov // Special'noe obrazovanie. — 2012. - № 2. - S. 67-72.

6. Kondratov A.G. Tiflopsihologija. — М.: Prosveshhenie, 1985. - 208 s.

7. Lipkova O.I. Obshhie i specificheskie osobennosti razvitija lichnosti podrostkov s narusheniem zrenija: dis. ... kand. psihol. nauk: 19.00.13. —М., 2001. — 192 s.

8. Litvak A. G. Psihologija slepyh i slabovidjashhih: ucheb. posobie dlja stud. vuzov. — SPb.: KARO, 2006. — 336 s.

9. Praktikum po jeksperimental'noj i prakticheskoj psihologii: ucheb. posobie / V.D. Balin, V.K. Gajda, V.K. Gorbachevskij i dr.; pod red. A.A. Krylova, S.A. Manicheva. — SPb.: Piter, 2003. — S. 314- 323.

10. Solnceva L.I. Psihologija detej s narushenijami zrenija (detskaja tiflopsihologija). - М.: Klassiks stil', 2006. - 256 s.

O.A. Arkhipovskaia

PERSONALITY TRAITS OF THE PERSON AT ADOLESCENT-YOUTHFUL AGE WITH VISUAL IMPAIRMENT

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Saint-Petersburg).

Summary. The article is devoted to the study of personality characteristics of adolescents with visual impairment. We considered personal profiles based on Freiburg Personality Inventory. The main objective was to compare the characteristics of personality in visually impaired adolescents with personality characteristics of their sighted peers. It revealed an unstable emotional state, a manifestation of depressive symptoms, and more aggressive attitude to the social environment.

Keywords: adolescence, students with visual impairment, blind teenager, Freiburg personality questionnaire, personality traits, sex, emotional state.

**РОДИТЕЛЬСКИЕ УСТАНОВКИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ
ЖЕНЩИН, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

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

Резюме. В статье представлены результаты сравнительного психологического исследования. Обследованы 40 ВИЧ-инфицированных женщин, имеющих детей раннего возраста, 20 матерей ВИЧ-инфицированных женщин и 42 условно здоровые женщины с детьми раннего возраста. Определены и описаны сложности в супружеских и детско-родительских отношениях ВИЧ-инфицированных матерей. Обнаружены связи деструктивных установок на воспитание с особенностями личностной организации. Намечены мишени для психокоррекции и психотерапии личностной и детско-родительских отношений в семьях, затронутых ВИЧ-инфекцией.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, дети, ранний возраст, воспитание, детско-родительские отношения, семейные отношения, установки.

Введение. В связи с ростом числа ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста (к концу 2014 г. 36,9% всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции составили женщины), увеличением рождаемости детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции (с 4092 таких детей к 2003 г. до 28673 ребенка к 2014 г.), ухудшением эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции, активизацией выхода эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию актуально изучить родительскую сферу ВИЧ-инфицированных женщин [2, с. 52-57].

Семьи, затронутые ВИЧ-инфекцией, имеют ряд психологических особенностей. Проведенные ранее исследования описывают повышенный уровень конфликтности, нарушения в супружеских отношениях, преобладание неконструктивных копинг-стратегий [1]. Нормативные кризисы этих семей оказываются более острыми. С рождением ребенка потребность женщины, инфицированной ВИЧ, в поддержке ближайшего окружения становится особенно выраженной. Как правило, эмоциональную и материальную поддержку им оказывают их матери, реже мужья. Обеспечивая благополучие ВИЧ-инфицированных женщин, имеющих детей раннего возраста, близкие также нуждаются в комплексной помощи. От их состояния, в том числе психологического, зависит качество жизни ВИЧ-инфицированных женщин и их детей [5].

Цель исследования - изучить родительские установки и связанные с ними характеристики личности и самосознания ВИЧ-инфицированных женщин, воспитывающих детей раннего возраста, и их матерей, определить мишени для проведения психологической коррекции.

Выборка. Всего обследованы 102 человек. Основная группа: 40 ВИЧ-инфицированных женщин с детьми в возрасте от 3 мес. до 1 г. 10 мес. (далее – матери-ВИЧ), 20 матерей ВИЧ-инфицированных женщин (далее – бабушки).

Контрольная группа: 42 условно здоровые женщины, не имеющие хронических заболеваний, с детьми в возрасте от 2 мес. до 2 лет. Испытуемые контрольной группы были разделены на две подгруппы: первая (26 человек) - женщины, находящиеся в трудной жизненной ситуации и состоящие на сопровождении в центре социальной помощи семье и детям (далее – женщины-ЦСПСД), вторая (16 человек) – женщины, не состоящие на сопровождении социальных служб (далее – женщины-ин).

Средний возраст женщин, инфицированных ВИЧ, - 27,9 лет. 23 из них (58,97%) имели опыт употребления наркотических веществ (героин, метадон) в среднем в те-

чение 7,7 лет. 3 женщины (7,69%) злоупотребляли алкоголем. 13 женщин (33,3%) не имели опыта употребления наркотических веществ и не злоупотребляли алкоголем. В среднем ВИЧ-инфицированные женщины знали о своем заболевании в течение 5 лет, 9 женщинам (23%) была назначена антиретровирусная терапия.

Женщины основной группы получали социальные, психологические и медицинские консультации в проекте «МАМА+» общественной организации «Право на здоровье», в рамках которого с ними был установлен кон

Средний возраст участниц контрольной группы — 28,3 года. Средний возраст женщин первой подгруппы (матери-ЦСПСД) составил 28,9 лет, женщин второй подгруппы (женщины-ин) — 27,4 года.

Методики. В исследовании использовались опросник родительских установок и реакций (PARI) Е.С. Шефер и Р.К. Бэлл в адаптации Т.В. Нещерет, Гиссенский личностный опросник (ГТ); тест-опросник самооотношения В.В. Столина, С.Р. Пантелеева (ОСО); шкала самооценки тревожности Спилбергера-Ханина.

Опросник PARI предназначен для изучения отношения родителей к семейным ролям. Методика изучает 23 аспекта-признака, касающихся отношения родителей к ребенку и жизни в семье [6, с.757-770].

ГТ дает возможность испытуемому создать психологический автопортрет, описав свой внутренний мир и взаимоотношения с окружающими по шести шкалам: 1-социального одобрения, 2-доминантности, 3-контроля, 4-преобладающего настроения, 5-открытости/замкнутости, 6-социальных способностей [3, с. 3-5].

ОСО оценивает самооотношение испытуемого по двенадцати шкалам: S – интегральное чувство «за» или «против» собственного «Я»; I – самоуважение, II – аутосимпатия, III – ожидаемое отношение от других, IV – самоинтерес; 1–самоуверенность; 2–отношение других; 3–самопринятие; 4–саморуководство, самопоследовательность; 5–самообвинение; 6–самоинтерес; 7–самопонимание. Конечный результат выводится в процентном соотношении [4, с. 6-30].

Статистическая обработка данных с помощью программы SPSS-13.0 включала вычисление однофакторного дисперсионного анализа и корреляционный анализ.

Результаты и обсуждение. В целях изучения различий в установках и отношении к семейной жизни испытуемых групп сравнения результаты методики PARI обработаны с использованием однофакторного дисперсионного анализа (табл. 1).

Таблица 1.

Статистически значимые различия шкал методики PARI между группами ВИЧ-инфицированных и условно здоровых женщин, имеющих детей раннего возраста

№	Зависимая переменная	Средние значения в группах сравнения		Досто- верность
		ВИЧ-инфицирован- ные женщины	Условно здоро- вые женщины	
2	Чрезмерная забота о ребенке	13,59	11,48	0,015
3	Ограничение матери ролью хозяйки	14,63	11,55	0,001
4	Подавление воли ребенка	15	13,55	0,014
5	«Жертвенность» родителей	14,56	12,36	0,008
18	Подавление сексуальности ребенка	12,38	10,17	0,012
19	Доминирование матери	13,75	11,93	0,029

Данные таблицы свидетельствуют о наличии статистически значимых различий в отношении к детям и жизни в семье по шести шкалам между ВИЧ-инфицированными и условно здоровыми женщинами в целом. Три из них касаются отношения родителей к ребенку и характеризуют установку на излишнюю концентрацию на ребенке. Другие три шкалы отражают отношения к семейной роли. Обнаружено, что ВИЧ-инфицированные женщины, в сравнении с условно здоровыми, имеют статистически значимо более выраженную склонность к обереганию ребенка от трудностей, подавлению воли и сексуальности ребенка (шкалы 2, 4, 18). У них также статистически значимо сильнее проявляется неудовлетворенность исполнением семейной роли матери (шкалы 3, 5, 19) и организацией быта семьи (шкалы 3, 19).

С помощью однофакторного дисперсионного анализа установлены статистически значимые различия ВИЧ-инфицированных женщин и подгрупп условно здоровых женщин, состоящих и не состоящих на сопровождении в ЦСПСД, по методике PARI.

Статистически значимые различия в отношении к детям и жизни в семье между женщинами ВИЧ-инфицированными и условно здоровыми женщинами, не состоящими на сопровождении ЦСПСД, выявлены по трем шкалам: ВИЧ-инфицированные женщины, имеющие детей раннего возраста, в большей степени поощряют зависимость ребенка от родителей (шкала 11 при $p=0,003$) и чрезмерно вмешиваются в его мир (шкала 20 при $p=0,01$). Их семейная жизнь выстроена таким образом, что они в большей степени переживают невнимательность мужа к себе (шкала 17 при $p=0,008$).

Статистически значимое различие в отношении к детям между ВИЧ-инфицированными женщинами и условно здоровыми женщинами, состоящими на сопровождении ЦСПСД, обнаружено только по шкале 6 ($p=0,042$): ВИЧ-инфицированные женщины в большей степени сконцентрированы на своем ребенке.

Использование однофакторного дисперсионного анализа помогло выявить статистически значимые различия по методике PARI между группами ВИЧ-инфицированных женщин, имеющих детей раннего возраста, и матерями ВИЧ-инфицированных женщин. Выявлены статистически значимо большая неудовлетворенность ролью хозяйки (шкала 13 при $p=0,045$) и большее избегание общения с ребенком (шкала 16 при $p=0,006$) у матерей ВИЧ-инфицированных женщин, чем у самих ВИЧ-инфицированных женщин, воспитывающих детей раннего возраста.

Таким образом, результаты проведенного однофакторного дисперсионного анализа свидетельствуют о более выраженном проявлении факторов гиперопеки и диктата в установках на воспитание у ВИЧ-инфицированных женщин, чем у условно здоровых женщин. В то же время показатели ВИЧ-инфицированных женщин, статистически значимо преобладая над показателями испытуемых контрольной группы, не достигают диагностической выраженности, что свидетельствует о неплохом прогнозе для профилактической и коррекционной работы дигармоничного стиля воспитания. Также интереса заслуживает тот факт, что в своих родительских установках и реакциях ВИЧ-инфицированные женщины практически не отличаются от условно здоровых женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации и состоящих на сопровождении.

С помощью корреляционного анализа были установлены статистически значимые связи между показателями отношения к ребенку и семейной жизни, имеющими достоверные различия в группах сравнения, и личностными характеристиками участников исследуемых групп. Обнаружено, что личностные особенности,

связанные с родительским установками, относятся в большей степени к характеристикам самоотношения (шкалы ОСО-S, ОСО-I, ОСО-II, ОСО-4, ОСО-5, ОСО-6, ОСО-7). В характеристиках самовосприятия можно выделить параметры социального одобрения (ГТ-1), преобладающий фон настроения (ГТ-4) и тревожность (ситуативная и личностная).

ВИЧ-инфицированные женщины, имеющие детей раннего возраста, имея описанные склонности к чувству ограниченности ролью хозяйки, чувству «жертвенности» в роли родителя, поощрению зависимости ребенка от родителей, подавлению воли ребенка, страху причинить вред ребенку, доминированию матери, чрезмерному вмешательству в мир ребенка, а также чувству невнимательности к себе со стороны мужа (шкалы 3, 4, 5, 6, 11, 17, 19, 20 опросника PARI) достоверно (при $p \leq 0,01$; $0,3 \leq r \leq 0,699$) более склонны к низкой самооценке: видению в себе преимущественно недостатков; самообвинению; раздражению на себя; отсутствию веры в собственные силы и отсутствию понимания себя, интереса к себе; уверенности в отсутствии собственной привлекательности для других. Они также более склонны (при $p \leq 0,01$; $0,3 \leq r \leq 0,699$) к высокой личностной и ситуативной тревожности; к уверенности в собственной отрицательной репутации; сниженному фону настроения; зависимости, самокритичности.

Матери ВИЧ-инфицированных женщин, имеющих детей раннего возраста, достоверно чаще (при $p \leq 0,01$; $0,3 \leq r \leq 0,699$) имеют более низкую, чем у их дочерей, самооценку и достоверно более высокую (при $p \leq 0,05$; $0,3 \leq r \leq 0,699$), чем у их дочерей, личностную тревожность.

Выводы. ВИЧ-инфицированные женщины, воспитывающие детей раннего возраста, имеют установку на излишнюю концентрацию на ребенке. В то же время показатели такой установки у ВИЧ-инфицированных женщин не достигают диагностической выраженности, что свидетельствует о хорошем прогнозе для проведения профилактической и коррекционной работы в отношении дисгармоничного стиля воспитания их детей. Психологическое состояние матерей ВИЧ-инфицированных женщин оказалось достоверно более тяжелым, чем состояние их дочерей. Это подтверждает и обосновывает необходимость оказания психологической помощи и сопровождения не только воспитывающим детей раннего возраста ВИЧ-инфицированным женщинам, но также их матерям - бабушкам малолетних детей.

В качестве мишеней для проведения психокоррекции рекомендовано использовать характеристики самовосприятия, самоотношения и ролевого поведения в семейном контексте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г. Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе. Учебное пособие для врачей и психологов. - СПб.: Речь, 2010. - 188 с.
2. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 40. - М., 2015. - 56 с. URL: http://www.hivruussia.ru/files/bul_40.pdf (дата обращения — 20.06.2016)
3. Голынкина Е.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. и др. Методическое пособие по описанию, адаптации и стандартизации Гиссенского личностного опросника. - Психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева. - СПб., 1994. - 21 с.
4. Пантелеев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. - М. Изд-во Моск. Ун-та, 1991. - 100 с.
5. Руководство по сохранению семейного жизнеустройства детей, затронутых проблемой ВИЧ-инфекции. - СПб.: Санкт-Петербургская общественная организа-

ция «Врачи детям», 2008. - 91 с.

6. Шнайдер Л.Б. Основы семейной психологии: Учеб. пособие. - М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2003. - 928 с.

1. Aleksandrova N.V., Gorodnova M.Ju., Jejdemiller Je.G. Sovremennye modeli psihoterapii pri VICH/SPIDe. Uchebnoe posobie dlja vrachej i psihologov. - SPb.: Rech', 2010. - 188 s.

2. VICH-infekcija. Informacionnyj bjulleten' № 40. - M., 2015. - 56 s. URL: http://www.hivrussia.ru/files/bul_40.pdf (data obrashhenija — 20.06.2016)

3. Golyunkina E.A., Isurina G.L., Kajdanovskaja E.V. i dr. Metodicheskoe posobie po opisaniju, adaptacii i standartizacii Gissenskogo lichnostnogo oprosnika. - Psihonevrologicheskij institut imeni V.M. Behtereva. - SPb., 1994. - 21 s.

4. Panteleev S.R. Samootnoshenie kak jemocional'no-ocenocnaja sistema. - M. Izd-vo Mosk. Un-ta, 1991. - 100 s.

5. Rukovodstvo po sohraneniu semejnogo zhizneustrojstva detej, za-tronutyh problemoj VICH-infekcii. - SPb.: Sankt-Peterburgskaja obshhestvennaja organizacija «Vrachi detjam», 2008. - 91 s.

6. Shnajder L.B. Osnovy semejnoj psihologii: Ucheb. posobie. - M.: Izdatel'stvo Moskovskogo psihologo-social'nogo instituta; Voronezh: Izdatel'stvo NPO «MODJeK», 2003. - 928 s.

E.F. Verkhovtseva

PARENTAL ATTITUDE HIV-INFECTED WOMEN WITH YOUNG CHILDREN

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Saint-Petersburg).

Summary. The article presents the results of a comparative psychological research. There were examined 40 HIV-infected women with young children, 20 mothers of HIV-infected women and 42 apparently healthy women with young children. Identify and describe the difficulties in marital and parent-child relationships of HIV-infected mothers. Found an association of destructive plants on education with features of personality organization. Outlining targets for psychological correction and psychotherapy and personal parent-child relationships in families affected by HIV.

Keywords: HIV-infection, children, tender age, early age, parenting, parent-child relationship, family relationship.

ПРОБЛЕМА ОГОВОРА ДЕТЬМИ МУЖЧИН В СОВЕРШЕНИИ ПРОТИВ НИХ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

Российский государственный университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье представлен анализ 14 оговоров мужчин в совершении сексуального насилия в отношении несовершеннолетних. Детей от 4 до 8-9 лет к даче ложных показаний в двух случаях готовили бабушки в силу неприязненного личного отношения к зятям и материальных выгод; в трех случаях оговор инициирован матерью с целью манипулирования жизнью бывшего мужа. У мальчиков 11-13 лет общим является: наличие «пускового момента»; повышенная привязанность к матери и бабушке; необычное описание действий сексуального характера; описание дополнительных деталей в течение длительного времени. У девочек 11-13 лет мотивами оговора является следствие описания их выдуманной взрослой жизни или желание резко изменить свою жизнь.

Ключевые слова: оговор, сексуальное насилие, дети 4-8-9 лет, подростки мужского и женского пола 11-13 лет.

Проблема сексуального насилия против детей является одной из наиболее социально значимых и требует пристального внимания со стороны юристов, медиков, психологов, педагогов, социальных работников. Имеющиеся публикации психиатров и психологов на данную тему касаются: а) взаимосвязи индивидуально-типологических особенностей и виктимности потерпевших по половым преступлениям; б) последствий сексуального насилия и психокоррекционной работы с потерпевшими детьми и их семьями; в) специфики комплексной судебной психолого-психиатрической/психологической экспертизы потерпевших по половым преступлениям. Так, И.А. Алексеева и И.Г. Новосельский [3] описывают опыт практической работы с детьми, пострадавшими от насилия, с определением основных мишеней психологической работы, а также организационные аспекты оказания психологической и психиатрической помощи. Другие авторы акцентируют внимание на влиянии в ситуации деликта возбудимого и астенического радикала и нарушениях психической адаптации потерпевших подростков от сексуального насилия впоследствии [7]. В одном из лучших научно-практических руководств И.А. Кудрявцева [5], посвященному комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе, полно представлены критерии способности понимания характера и значения совершаемых действий потерпевшими по половым преступлениям. В дальнейшем при описании судебной психологической экспертизы Ф.С. Сафуанов [6] определил факторы, которые влияют на сохранность способности потерпевшей понимать сексуальную направленность и социальное значение совершаемых с нею насильственных действий и т. д.

Несмотря на столь обширное научно-методическое и практическое осмысление вопросов, связанных с сексуальным насилием, крайне редко затрагивается проблема оговора в совершении половых преступлений. Фактически можно увидеть только косвенные признаки, свидетельствующие о том, что данная проблема существует. Так, в некоторых учебных пособиях приводятся примеры производства судебно-психологических экспертиз детей и подростков, в процессе которых выявляется факт фантазирования относительно сексуального насилия [2, 4].

Наш опыт работы показывает, что в последние годы наблюдается рост оговоров в совершении половых преступлений в отношении детей и подростков. Целью данной статьи является анализ 14 случаев оговоров мужчин в совершении ими сексуального насилия в период с 2011 по 2015 гг.

Анализ данных случаев показал особенности оговоров детьми от 4 до 9-10 лет и подростками 11-14 лет, а также подростками женского и мужского пола.

Дети в возрасте от 4 до 8-9 лет дают ложных показаний с подачи близких для ребенка взрослых лиц, что наблюдалось в 5 эпизодах. Так, в 2 случаях инициаторами были бабушки со стороны матери, которые негативно относились к своим зятям и хотели изменить жизнь своих дочерей. При этом существенную роль играл материальный компонент, так как их дочери с внуками могли бы пользоваться материальными благами отца ребенка. В остальных 3 случаях подготовка ребенка к оговору велась матерью, и основным мотивом являлись эмоции обиды, любви/ненависти, разрушения надежд. Наблюдалось выраженное желание манипулировать жизнью некогда близкого мужчины любыми способами. По нашему мнению, основанному на беседах с детьми, им в этих случаях показывались видеоматериалы, в которых можно было увидеть действия сексуального характера между взрослым мужчиной и ребенком. Ни в одном из рассматриваемых случаев матери и бабушки не были привлечены к уголовной ответственности, хотя подозреваемые отцы или отчимы провели в СИЗО от полугода до года.

В ситуации оговоров малолетними детьми можно отметить еще одну особенность. Как показывает опыт работы с высококонфликтными семьями, в них около 20% родителей обвиняют друг друга в развратных действиях относительно детей. Например, обвиняют в «особом» мытье детей, которое происходит очень часто и излишне тщательно, особенно в отношении интимных мест. Также акцентируются поцелуи, объятия, лизание губ ребенка и т. д. Неоднократно встречались обвинения от дедушек и бабушек в адрес родителей, которые вечером в кровати в ночной одежде читают ребенку книги, тесно к нему прижавшись, и т. п. В таких ситуациях от специалистов, психологов и психиатров, требуют заключений в том, что подобные действия являются травматичными для ребенка, нарушают его психический статус и что ребенок нуждается в сопровождении специалистов и медикаментозной терапии. Негативные последствия для детей подобного «сбора компромата» относительно взрослого лица из близкого окружения ребенка не останавливают этих родителей и/или бабушек с дедушками. Когда специалисты отказываются идти у них на поводу, то они отказываются от сотрудничества, сопротивляются психотерапевтическому процессу. С подобной картиной сталкиваются и другие специалисты, работающие с высококонфликтными разводящимися семьями [1].

Остальные 9 случаев касаются подростков 11-13 лет, из них 3 мальчика и 6 девочек. При анализе оговоров со стороны мальчиков выявляются общие признаки: 1) у всех был «пусковой момент»; 2) наблюдается высокая привязанность к матери и бабушке на фоне индифферентного или негативного отношения к отцу; 3) имеется необычное, эмоционально окрашенное описание действий сексуального характера, совершенных против них; 4) характерно дополнение деталей с целью привлечения к себе внимания матери и/или бабушки.

1. К «пусковому моменту», по нашему мнению, можно отнести следующее: у одного из мальчиков отец дома часто спал с ним, заявляя, что таким образом «омолаживается»; у второго подростка отец дома постоянно ходил в плавках, занимался культуризмом, обсуждал достоинства и недостатки мужского тела и настаивал, чтобы ребенок также ходил в плавках и с детства начал «формировать»

тело; третий отец придерживался эзотерических воззрений и в обнаженном виде «заряжался энергией», имел единомышленников мужского пола, брал с собой сына на их мероприятия. Все подростки отмечали, что им не нравилось описанное выше взаимодействие с отцами, у них возникали неприятные чувства от вида и запаха мужского тела.

2. У всех троих мальчиков были теплые, близкие отношения с матерями и в двух случаях с бабушками, с которыми они совместно проживали. У всех были нарушенные детско-родительские отношения, которые выражались в формировании подсистемы мать-сын-бабушка в противовес отцу. При этом требованиям отца ребенок подчиняется, а мать и бабушка ему сочувствуют, жалеют, осуждают отца, одновременно сохраняя сложившуюся ситуацию.

3. Все трое мальчиков описывали, что отец одевал их в нижнее женское белье, заставлял участвовать в сексуальных играх с привлечением других детей и взрослых лиц обоего пола из круга знакомых в достаточно жестком варианте, при этом велась видеозапись. Все подростки предъявили обвинения отцам только в ситуациях, которые они оценили, как угрожающие (постоянное или временное проживание с отцом в отрыве от матери и бабушки). При этом все три мальчика описывали один или два подобных эпизода. Обращает на себя внимание, что рассказывали они об этом через 1-3 месяца после происшедших событий.

4. У всех мальчиков вследствие предполагаемых событий складывались фактически симбиотические отношения с матерью и бабушкой, им оказывалось повышенное внимание на фоне снижения требований. Как только внимание начинало ослабевать, мальчики дополняли свои показания разными подробностями, чтобы вновь актуализировать переживания матери и бабушки, тем самым возвращая очень тесные отношения.

Из личностных особенностей всех трех мальчиков-подростков можно отметить истероидные черты характера, инфантилизм и достаточно высокую успеваемость в школе.

У девочек обнаруживаются два варианта оговора мужчин в сексуальном насилии, которые в нашем исследовании распределились поровну.

Первый вариант состоит в том, что девочка фантазирует о романтических отношениях со взрослым мужчиной, «делится» фантазиями со своими сверстницами, тем самым поднимая свою самооценку и испытывая чувство взрослости. Затем кто-то из девочек обсуждает полученную информацию со своей матерью, которая поднимает тревогу по факту сексуального насилия над девочкой и сообщает об этом родителям девочки и/или администрации школы. При обращении в полицию девочка подтверждает подобную информацию, так как признание ее ложной влечет за собой осуждение со стороны родных и потерю уважения в референтной группе сверстников.

Второй вариант характерен для девочек из распавшейся семьи после появления отчима и сиблингов. Данные девочки долгие годы фактически не общаются с отцом. Затем налаживается контакт отца с девочкой или через социальные сети, или через близких семье людей. При первых же встречах отец с новой женой покупают девочке новые вещи, они интересно проводят досуг. Затем следует приглашение в дом к отцу на каникулы и в выходные дни, совместное проживание. Мать, которая узнает о взаимодействии дочери с семьей отца, возмущается и начинает препятствовать их общению. И тогда девочка оговаривает отчима, для того чтобы кардинально изменить свою жизнь. Следует отметить, что своих целей она достигает. У нее быстро налаживаются достаточно теплые отношения с отцом

и его семьей, так как девочку все жалеют, стараются помочь ей быстрее адаптироваться в новой обстановке, практически не предъявляют к ней бытовых требований, соответствующих возрасту.

Общим для всех рассматриваемых девочек является довольно низкий социальный статус у сверстников, трудности в общении, средняя или низкая успеваемость в школе, непоследовательная воспитательная практика со стороны матери и участие отчима в воспитании девочки с контролем за ее поведением.

Итак, оговор мужчин в сексуальном насилии в отношении детей и подростков в последние годы встречается все чаще. В статье описан разный механизм оговора со стороны детей 4-8-9 лет и подростков 11-13 лет. Наблюдаются различия в оговоре в сексуальном насилии со стороны мальчиков и девочек. Данная проблема требует пристального внимания и дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аблова Е.А., Бердышев И.С. Проблемы оказания кризисной помощи детям, находящихся в ситуациях судебных споров о воспитании детей // XI Мнухинские чтения. «Актуальные проблемы психиатрии, психотерапии, клинической психологии семьи и детства: организация, диагностика, лечение, реабилитация, подготовка специалистов и работа в мультидисциплинарной команде». Международная научная конференция, посвященная памяти профессора С.С. Мнухина. – СПб., 2013. – С. 11-12.

2. Алексеева Л.В. Практикум по судебно-психологической экспертизе. – Тюмень: издательство Тюменского государственного университета, 1999. – 240 с.

3. Алексеева И.А., Новосельский И.Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. – М.: Генезис, 2005. – 256 с.

4. Конева Е.В., Орел В.Е. Судебно-психологическая экспертиза: Учеб. пособие / Яросл. гос. ун-т. - Ярославль, 1998. – 92 с.

5. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство). – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1999. – 497 с.

6. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза: учебник для академического бакалавриата. – М.: Издательство Юрайт, 2014., – 421 с.

7. Шигашов Д.Ю. Влияние особенностей характера на нарушения психической адаптации у пострадавших от сексуального насилия // XIII Мнухинские чтения. Международная научная конференция «Расстройства личности, адаптации и поведения в детском и подростковом возрасте», 26 марта 2015 года. Сборник статей / Под общ. ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигашова. – СПб.: Альфа Астра, 2015. – С. 227-229.

1. Ablova E.A., Berdyshev I.S. Problemy okazaniya krizisnoj pomoshhi detjam, nahodjashhihsja v situacijah sudebnyh sporov o vospitanii detej // XI Mnuhinskie chteniya. «Aktual'nye problemy psihiatrii, psihoterapii, klinicheskoy psihologii sem'i i detstva: organizacija, diagnostika, lechenie, reabilitacija, podgotovka specialistov i rabota v mul'tidisciplinarnoj komande». Mezhdunarodnaja nauchnaja konferencija, posvjashhennaja pamjati professora S.S. Mnuhina. – SPb., 2013. – S. 11-12.

2. Alekseeva L.V. Praktikum po sudebno-psihologicheskoj jekspertize. -Tjumen': izdatel'stvo Tjumenskogo gosudarstvennogo universiteta, 1999. - 240 s.

3. Alekseeva I.A., Novosel'skij I.G. Zhestokoe obrashhenie s rebenkom. Prichiny. Posledstvija. Pomoshh'. – M.: Genезis, 2005. – 256 s.

4. Koneva E.V., Orel V.E. Sudebno-psihologicheskaja jekspertiza: Ucheb. posobie / Jarosl. gos. un-t. - Jaroslavl', 1998. – 92 s.

5. Kudrjavcev I.A. Kompleksnaja sudebnaja psihologo-psihiatricheskaja jekspertiza (nauchno-prakticheskoe rukovodstvo). – M.: Izd-vo Mosk. un-ta, 1999. – 497 s.
6. Safuanov F.S. Sudebno-psihologicheskaja jekspertiza: uchebnik dlja akademicheskogo bakalavriata. – M.: Izdatel'stvo Jurajt, 2014., – 421 s.
7. Shigashov D.Ju. Vlijanie osobennostej haraktera na narushenija psihiche-skoj adaptacii u postradavshih ot seksual'nogo nasilija // XIII Mnuhinskie chtenija. Mezhdunarodnaja nauchnaja konferencija «Rasstrojstva lichnosti, adaptacii i povedenija v detskom i podrostkovom vozraste», 26 marta 2015 goda. Sbornik statej / Pod obshh. red. Ju.A. Fesenko, D.Ju. Shigashova. – SPb.: Al'ta Astra, 2015. – S. 227-229.

I.A. Gorkovaya

PROBLEM OF CHILDREN'S SLANDER:

MEN ARE ACCUSED OF THE SEXUAL VIOLENCE AGAINST THEM

The Herzen State Pedagogical University of Russia, The Saint-Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg).

Summary: The article presents an analysis of 14 slanders of men who have been accused of the sexual violence against minors. In two cases, children aged 4 to 8–9 years were trained for giving false testimony by their grandmothers who had hostile personal attitude to their sons-in-law and wanted to perceive a potential material profit. In other three cases associated with children, a slander was initiated by a mother to manipulate her ex-husband's life. A "trigger situation", the strong attachment to mother and grandmother, the unusual description of sexual acts, and the description of additional details for a long time are the typical things for male adolescents aged 11–13 years. For female adolescents aged 11–13 years, the motive of slander is the result of the description of their made-up adult life or the desire to dramatically change their life.

Keywords: slander, sexual violence, children aged 4–8–9 years, male and female adolescents aged 11–13 years.

А.Э. Тарабанов, Э.Г. Эйдемиллер

**ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ
(OBJECT RELATIONAL GESTALT THERAPY)
ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПРИВЯЗАННОСТИ,
СФОРМИРОВАВШИХСЯ В ПЕРИОД ДЕТСТВА (ЛЕКЦИЯ)**

Санкт-Петербургский государственный университет, Северо-Западный
государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург).

Резюме. Настоящая лекция основана на исследованиях и собственном психотерапевтическом опыте авторов. Гештальт-терапия объектных отношений (ORGT) появилась как самостоятельное направление в результате интеграции методов и концепций британской школы психоанализа (школы объектных отношений) и гештальт-терапии. Создание новой психотерапевтической системы стало возможным благодаря интеграции канадским гештальт-терапевтом Ж. Делизом (J. Delisle) диалогических гештальтистских практик и их применения к лечению нарушений привязанности и личностных расстройств, соответствующих критериям DSM-5.

Ключевые слова: нарушения привязанности, гештальт-терапия объектных отношений, шизоидно-избегающий тип организации привязанности, тревожно-амбивалентный тип организации привязанности.

В данной лекции мы остановимся на фундаментальном аспекте гештальт-терапии объектных отношений - анализе отношений привязанности, или эттэчмента (англ.: attachment). Наиболее важным элементом отношений привязанности, сформировавшихся в детский период, является установление в процессе их развития несомненной «аффективной безопасности», которая и определяет последующее качество и надежность взаимодействия с другими [6-10]. Когда процесс формирования отношений привязанности протекает успешно, возможность установление контакта с *Другим* и само стремление к этому, равно как и потребность в интимности, спонтанно устанавливаются в психике ребенка.

Взаимозависимость людей в их отношениях представляется ребенку естественной и принимается им без дополнительного аффективного сопровождения. Именно те дети, которые успешно прошли этот этап личностного развития, будут лучше подготовлены к встрече с необходимостью сепарации с родительским миром и смогут осуществить эту сепарацию без формирования дополнительной патологической тревоги. Они способны принять свое экзистенциальное одиночество без утраты прежней продуктивности и креативности. *Другой* в этом случае, не воспринимается ни как неизбежная угроза, ни как универсальное убежище или утешитель. Личность функционирует, опираясь на чувство собственной безопасности. Она ожидает от *Другого* возможной защиты и поддержки, причем собственные потребности понимаются как вполне естественные. В этом случае *Другой* способен или принять эти потребности, или отнестись к ним толерантно. *Другой* всегда присутствует в сознании, он всегда способен ответить. Чувство базисной безопасности, которая является, по выражению Ж. Делиза, результатом хорошей метаболизации процесса эттэчмента в период раннего детства, может быть прослежена в отноше-

ниях влюбленности на последующих этапах взрослой жизни [10].

Нередко в опыте «романтических отношений» можно обнаружить определенные типы структур привязанности, восходящих к периоду раннего детства [11]. Показано, что 56% процентов взрослых людей имели в детстве безопасный тип эттэчмента и, соответственно, во взрослой жизни чувствовали себя комфортно в близости с другими. Им было комфортно при необходимости зависеть от других или допустить такую зависимость. Они не демонстрировали фобических реакций на возможность быть «брошенными» или, напротив, подвергнуться вторжению в интимное пространство со стороны *Другого*. Кроме того, они сами характеризовали свои «романтические отношения» как счастливые, безопасные и наполненные любовью, что, впрочем, не означало отсутствия динамики в этих отношениях. Интенсивность любовных отношений могла снижаться, но участники этих отношений имели представление о том, как восстановить их и, в определенном смысле, вернуться к моменту их возникновения. Во время интервьюирования испытуемые демонстрировали тенденцию вспоминать отношения своих родителей и описывать их как теплые и доверительные.

Обладая такими эмоциональными ресурсами и убежденностью в безопасности интимных отношений, эти люди могли сохранять внутреннюю связь с любимым человеком, даже если он находился на расстоянии. А в случае угрозы они стремились быть ближе к любимому человеку, чтобы быть уверенными в достижении комфорта.

Патология привязанности является персистирующей, и ее патологическая динамика активизируется в различных социальных контекстах, но манифестирует преимущественно в сфере интимных отношений. Она характеризуется неспособностью создать стабильные взаимозависимые отношения. В данном случае имеет место сверх-привязанность или перверсивное стремление эксплуатировать *Другого* через отношения. Некоторые авторы выделяют два типа патологии привязанности: шизоидно-избегающий и тревожно-амбивалентный [1, 2, 10].

Гештальт-терапия объектных отношений выделяет шизоидно-избегающий тип организации эттэчмента. Обнаружено, что доля взрослых, чей тип организации привязанности может быть определен как шизоидно-избегающий, составляет 25% от общего числа опрошенных [11].

Эти лица испытывали серьезный дискомфорт в отношениях близости с *Другим* и неприязненно относились к необходимости быть зависимым от своего партнера. Кроме того, они негативно воспринимали любое стремление установить с ними контакт. У них всегда создавалось впечатление, что *Другой* желает быть к ним ближе, чем они сами этого хотят. Демонстрируя явную тенденцию быть отчужденными от своих эмоций и самих интимных отношений, они одновременно испытывали ревность и ужас по поводу возможной интимности. Их интимная жизнь часто «потрясали бури», после которых наступало затишье, сопровождаемое осознанием того, что «идеальная любовь на самом деле не существует». Кроме того, описывая отношения своих родителей, они характеризовали мать как холодную и отвергающую.

Гештальт-терапия объектных отношений также выделяет тревожно-амбивалентный тип организации привязанности. Выявлено, что данный тип нарушения представили 19% исследуемых [10, 11]. В отличие от людей с шизоидно-избегающим нарушением отношений эттэчмента, они продемонстрировали склонность верить в то, что *Другой* избегает интимных отношений. Они искренне верили в то, что партнер не любит их на самом деле или не хочет жить с ними. Они искали слияния с *Другим*, хотя понимали, что это может испугать или от-

толкнуть *его/ее*. Их отношения были амбивалентны, пронизаны тревогой и страхом. Кроме того, они переживали ревность, напряжение и даже обсеессию. В отличие от отношений шизоидно-избегающего типа личность с тревожно-амбивалентной организацией привязанности была склонна рассматривать своего отца как значимую фигуру, не способную ко лжи и обману.

Опираясь на ряд исследований детского поведения, использующих релевантные методики, создатель гештальт-терапии объектных отношений Ж. Делиз пришел к выводу о связи более поздних поведенческих нарушений с нарушениями эттэчмента в детстве.

Важной составляющей здоровых отношений привязанности является способность демонстрации ребенком эмоций и чувств значимым людям. В частности, речь идет о способности обмениваться интимным опытом с *Другим*. В младенчестве и детстве имеют место два типа эмоциональных нарушений. Первый тип основывается на дефиците теплоты и аффективной интерактивности в отношениях с матерью. Во втором типе, напротив, ребенок демонстрирует недифференцируемую эмоциональную близость по отношению к незнакомым взрослым. Оба эти типа - предвестники последующих нарушений привязанности. Некоторые взрослые демонстрируют полную неспособность проявлять эмоциональную теплоту. А другие, наоборот, выражают эмоционально незрелую «сердечность» по отношению к малознакомым людям. Эта псевдо-сердечность имеет место у гистрионных личностей и может быть следствием нарушений привязанности, в ходе развития которых не выработался поведенческий паттерн дифференциации значимых *Других* и селекции всех менее значимых фигур в своем окружении.

Другим важным критерием качества отношений привязанности является способность искать и находить персональный психологический комфорт. Поиск персонального психологического комфорта может осуществляться в состоянии дистресса при столкновении с жизненными трудностями.

Ребенок при столкновении с трудностями демонстрирует либо значительную зависимость от поддержки *Другого*, либо очевидное отсутствие такой потребности. До того как научатся ходить, дети постоянно обращаются за поддержкой-опорой к матери. Если она помогает ему подниматься, когда он падает, то он, соответственно, не поднимает себя сам. Своим поведением ребенок информирует взрослого о том, что он зависит от него и самостоятельно подняться не может. Все поведение ребенка направлено на то, чтобы удержать взрослого в непосредственной близости.

Напротив, дети, моторное развитие которых опережает эмоциональное, сталкиваются с необходимостью осваивать окружающий мир без поддержки взрослых. Они обладают физической возможностью проникать везде, в том числе в опасные места, но предвосхитить эту опасность и испугаться еще не способны.

Подобные поведенческие паттерны могут сохраняться и у некоторых взрослых. Они могут демонстрировать чрезвычайную зависимость от поддержки другого человека. В частности, ряд пациентов может проигрывать трансферные-контрансферные ситуации, в которых они проецируют на терапевта собственное «совершенство». Однако за стенами кабинета эти «совершенные» пациенты не могут совладать с простыми жизненными ситуациями. Если терапевт не будет уделять внимание этому идеализирующему переносу, то он окажется в странной ситуации «совершенного терапевта», на самом деле неспособного помочь пациенту справиться с его насущными жизненными проблемами. А ведь решения именно этих проблем пациент ожидает от терапевта. Когда трансферные отношения чрезвычайно позитивны и терапевт чувствует потребность в конфлюэнции, или слия-

нии, со стороны пациента и пациент демонстрирует недостаток автономии за стенами кабинета терапевта, то скорее всего речь идет о наличии у пациента патологических проявлений нарушения привязанности.

Впрочем, существуют взрослые пациенты, демонстрирующих полное отсутствие потребности в поддержке со стороны других людей. Они чрезвычайно редко приходят к психотерапевту за исключением тех случаев, когда их психическое страдание слишком очевидно, а тревога слишком выражена.

Если все-таки они принимают решение обратиться к психотерапевту, то это решение многократно откладывается (прокрастинируется). А на приеме у психотерапевта они не могут отчетливо объяснить, в чем собственно состоит их проблема. И даже после довольно длительного периода психотерапии они не могут ясно осознать наличие изменений, если не идентифицируют свои отношения с терапевтом как надежные. Когда такие отношения устанавливаются, у терапевта может появиться чувство бесполезности и тогда он должен рассмотреть это сразу же как указание посредством переноса на нарушение отношений привязанности у пациента, а также принять надлежащие меры.

В этой связи следует обратить внимание и на готовность пациента к сотрудничеству. У ребенка или подростка, имеющего осязаемый дефицит отношений привязанности, рано или поздно обнаруживается также дефицит стремления к взаимодействию со взрослыми, призванными заботиться о нем. Он сопротивляется любым запретам и предписаниям и старается игнорировать авторитетную взрослую фигуру. В случае, если такой ребенок все-таки вовлекается в отношения кооперации, он может быть очень требовательным. Он требует уточнить детали предлагаемых взрослыми задач, еще раз объяснить то, что они предлагают, сравнить свои действия с действиями других детей и попросить взрослых оценить их. Таким образом, такие дети и подростки постоянно требуют внимания и поддержки со стороны взрослых.

Другим проявлением нарушений привязанности является компульсивное послушание. В этом случае взрослому достаточно только высказать пожелание, как оно незамедлительно выполняется ребенком. Подобное компульсивное послушание тоже служит цели «привязать» к себе взрослого, препятствуя его отделению от ребенка. С другой стороны, компульсивное подчинение позволяет ребенку «нейтрализовать» присутствие взрослого, но сохранить его, даже если структура их отношений изменится.

Данный поведенческий паттерн психотерапевт затем обнаруживает у взрослого пациента. Такой пациент всегда соглашается, стремясь избежать малейшей конфронтации и динамичного контактирования.

Еще одним поведенческим паттерном нарушений привязанности является проблематичность поведения по освоению окружающего мира (*exploration behavior*). Некоторые дети, демонстрирующие проявления нарушений привязанности, не могут сохранять контакт даже с близкими им взрослыми, если они находятся в незнакомой обстановке.

У некоторых антисоциальных взрослых наблюдается нечувствительность к опасности, и они неспособны предвидеть рискованный характер ситуации. У них, а также у тех, кто страдает социальной фобией или агорафобией или избегающим расстройством личности, имели место проблемы при формировании в раннем детстве отношений привязанности и «исследовательского» поведения.

Следует также обратить внимание на «контролирующее поведение» (*control behavior*). Некоторые маленькие дети способны на тиранический контроль. Они достаточно авторитарны и непримиримы. Объекту - близкому взрослому - не

скрыться от их контроля. Значительная тревога быть оставленным скрывается под явными садистическими проявлениями. Другие дети устанавливают свои отношения со взрослыми на основе сверх-эмпатичности, которая принимает форму постоянной гиперпротекции и излишней заботливости в отношении близких. В столь раннем возрасте дети становятся родителями своих родителей. Такой поведенческий паттерн чаще всего характерен для старших девочек в больших семьях, которые были рано лишены обычных ранних детско-родительских отношений. Впрочем, и этот паттерн может иметь специфические проявления. Например, старшая в семье девочка может стать матерью обоим своим родителям, а может стать лишь матерью своей матери и своеобразной партнершей своему отцу.

Во взрослом возрасте избыточный контроль как развитие нарушений привязанности, имевших место в детстве, может также принимать чрезвычайно жесткие формы. Образно говоря, близкие этим детям люди могут попасть в «заключение», где все их желания и потребности «перехватываются», предвосхищаются и удовлетворяются до того еще, как они могли быть артикулированы.

Гештальт-терапия объектных отношений (ORGT) опирается также и на экспериментальные исследования. В области исследования отношений привязанности популярность получил эксперимент «странная ситуация» М. Эйнсворт [1, 2]. Этот эксперимент направлен на изучение паттернов привязанности у маленьких детей. Мать по условиям эксперимента выходила из комнаты, оставляя там своего ребенка одного, а незнакомый ребенку человек должен был войти. Реакция ребенка отслеживалась. Затем незнакомец уходил, а мать возвращалась. И наблюдатели на этот раз отслеживали, как ребенок восстанавливает отношения с матерью. В оригинальном эксперименте М Эйнсворт дети без нарушений привязанности с интересом осваивали пространство комнаты в присутствии матери, испытывали беспокойство, когда она уходила, и тревогу, когда появлялся незнакомец. Но они успокаивались и восстанавливали чувство комфорта, если мать возвращалась. У тех же детей, которые имели нарушения привязанности, имели место два типа поведенческих реакций:

1. Ребенок никак не реагировал на уход матери и не стремился восстановить комфорт прежних отношений, когда мать возвращалась. Дети из этой группы были определены как «тревожно-избегающие».

2. Дети из другой группы были определены как «тревожно-резистентные». Они испытывали сильный стресс при уходе матери, но после ее возвращения не только не стремились восстановить прежнюю близость, но даже агрессивно отвергали ее.

Мы видим, что в первом случае связь между ребенком и матерью очень слабая, и потому кратковременного отсутствия матери достаточно, что разрушить у ребенка ее интернализированный образ. Во втором случае эта связь тоже слабая, но несколько сильнее, чем в первом. Эта связь характеризуется амбивалентностью. Отсутствие матери переживается как наказание и, в ответ, вернувшаяся мать тоже должна быть наказана. Во взрослой жизни продолжением этого паттерна является обида. Человек может проявлять холодность и отчужденность после физической или психологической сепарации.

Проблема привязанности достаточно популярна среди исследователей, теоретически близких к гештальт-терапии объектных отношений (ORGT), которые изучали нейробиологические основы привязанности и психофизиологические основы психотерапевтического процесса, направленного на восстановление нарушенных отношений эттэчмента [5, 12]. Однако, несмотря на очевидное взаимодействие теорий привязанности, интерперсональной нейробиологии и методологии

гештальт-терапии объектных отношений, это будет являться темой другой лекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ainsworth M. D. S., Blehar M. C., Waters E., Wall S. Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. - Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1978.
2. Ainsworth M. D. S., Bowlby J. An ethological approach to personality development // American Psychologist. – 1991. - 46 (4). – P. 333–341.
3. Cozolino L. The neuroscience of psychotherapy: healing the social brain / 2nd ed. - New York: W. W. Norton & Company Inc., 2010.
4. Delisle G. Les troubles de la personnalité: perspective gestaltiste. – Montréal: Les Éditions du Reflet. - 1991.
5. Delisle G. (1992). De la relation clinique à la relation thérapeutique // Revue québécoise de Gestalt. – 1992. - I (1). – P. 53-77.
6. Delisle G. La relation thérapeutique tri-modale et l'identification projective // Revue québécoise de Gestalt. – 1993. - I (2).
7. Delisle G. La relation d'objet en Gestalt-thérapie. - Montréal: Les Éditions du Reflet. –1998.
8. Delisle G. Personality pathology: developmental perspectives. - Karnac Books Ltd. London, 2011. - P. 47-64.
9. Hazan C., Shaver P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process // Journal of Personality and Social Psychology. – 1987. – 52. – P. 511–524.
10. Schore Allan N., (2003) Affect regulation and repair of the self. - New York: W. W. Norton & Company, Inc., 2003.

A.E. Tarabanov, E.G. Eidemiller

GESTALT THERAPY OF OBJECT RELATIONS

(OBJECT RELATIONAL GESTALT THERAPY) IN DISORDERS OF ATTACHMENT, FORMED DURING CHILDHOOD (LECTURE)

**Saint Petersburg State University, North-Western State Medical University
named after I.I. Mechnikov (St. Petersburg).**

Summary: This lecture is based on the own research and psychotherapeutic experience of the authors. Gestalt therapy of Object Relations (ORGT) has emerged as an independent branch of Gestalt therapy as a result of the integration of methods and concepts of the British school of psychoanalysis (the school of object relations) and Gestalt therapy. Creating a new psychotherapeutic system was made possible as the integration by the canadian Gestalt therapist J. Delisle dialogical Gestalt practices and their application to the treatment of disorders of attachment and personality disorders relevant to the criteria of DSM-5.

Keywords: disorders of attachment, Gestalt therapy of Object Relations, schizoid-avoidant type of attachment organization, anxious-ambivalent type of attachment organization.

**ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА (ОБЗОР)**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье проанализированы данные литературных источников, касающиеся задержек психического развития резидуально-органического генеза у детей, отражены основные особенности клинической картины и динамики данного состояния, рассмотрены особенности влияния сопутствующих психопатологических синдромов на течение и прогноз.

Ключевые слова: задержка психического развития, резидуально-органическое поражение головного мозга, психопатологические синдромы.

Определение. Задержкой психического развития (ЗПР) принято считать различные по этиопатогенезу состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающие промежуточное положение между интеллектуальной нормой и недоразвитием познавательной деятельности по типу олигофрении (умственной отсталости) [3, 11, 12, 23, 26, 27]. За последние годы мы наблюдаем увеличение доли детей с нарушениями развития [5, 22, 25]. Хотя единых принципов систематики ЗПР не существует, среди психиатров имеется тенденция к выделению двух основных форм: дизонтогенетической и энцефалопатической. Энцефалопатическая форма ЗПР встречается гораздо чаще других видов [2, 12, 19, 23]. В основе ЗПР резидуально-органического генеза (энцефалопатической формы) лежит остаточное органическое повреждение центральной нервной системы, приводящее к нарушению созревания различных мозговых систем.

Классификация. В 1982 г. К.С. Лебединской было предложено подразделять ЗПР резидуально-органического генеза следующим образом [7]:

1. органический инфантилизм
2. ЗПР с преобладанием функциональных нарушений познавательной деятельности и с недостаточной сформированностью отдельных корковых функций.

В дальнейшем эта классификация была дополнена И.Ф. Марковской [19], которая предложила разделить ЗПР церебрально-органического генеза на две группы:

1. группа «А» - в структуре дефекта преобладают черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма;
2. группа «Б» - доминируют симптомы поврежденности: выявляются стойкие энцефалопатические расстройства, парциальные нарушения корковых функций, в структуре дефекта преобладают интеллектуальные нарушения.

Попытки клинической систематизации энцефалопатических форм ЗПР также велись, однако на сегодняшний день общепринятой клинической классификации не существует [7].

Этиология. Основным этиологическим фактором в данной группе является резидуально-органическое поражение головного мозга, в связи с чем многими авторами эта группа задержек обозначается как ЗПР резидуально-органического генеза. В отличие от органической деменции эти состояния носят более обратимый характер, что позволяет включать их в группу пограничных форм интеллектуальной недостаточности. Наиболее часто ведущая роль в этиологии принадлежит вредностям перинатального периода. Это гипоксические, травматические, инфекционные, токсические и другие факторы, действующие на развивающийся мозг в перинатальном периоде, приводящие к негрубому поражению головного мозга, не

достигающему четкого органического дефекта [14]. По мнению ряда авторов [10, 12, 18, 21, 26, 28], степень патогенности неблагоприятного фактора зависит от его специфики, интенсивности, остроты, темпа, времени воздействия и стадии развития плода.

Дифференциальная диагностика. В отличие от дизонтогенетических форм ЗПР, признаки замедления темпа созревания часто обнаруживаются уже в раннем развитии этих детей и касаются почти всех сфер, в значительной части случаев вплоть до соматической.

В случаях возникновения ЗПР в связи с постнатальными вредностями (инфекциями, интоксикациями и травмами), перенесенными в первые 3-4 года жизни, можно наблюдать наличие временного регресса приобретенных навыков и их последующую нестойкость.

В неврологическом состоянии часто встречаются признаки гидроцефалии, нарушения черепно-мозговой иннервации, явления выраженной вегетососудистой дистонии. Стойкая неврологическая симптоматика остаточного характера констатируется у 52%-90% детей [7, 16, 22].

Дети с энцефалопатическими формами ЗПР попадают на прием к психиатру в более раннем возрасте, чем дети с дизонтогенетическими формами, что связано именно с сопутствующими психопатологическими феноменами, осложняющими адаптацию этих пациентов.

Клиническая картина. Различными авторами неоднократно подчеркивалась клиническая неоднородность данной группы, но общепринятой систематики до сих пор не существует. В структуре ЗПР церебрально-органического генеза почти всегда имеется набор энцефалопатических расстройств (церебрастенических, неврозоподобных, психопатоподобных, эпилептиформных, апатико-адинамических), которые свидетельствуют о повреждении ЦНС [7, 12, 16, 19, 23]. Попытки систематизировать представления об осложняющих ЗПР психопатологических синдромах ведутся уже давно.

С.С. Мнухин, исходя из особенностей клинической картины, подразделял все состояния общего психического недоразвития у детей на две обширные группы - стеническую и астеническую [20]. Стеническую группу он подразделил на возбудимых и торпидных. В группе с астенической формой были описаны проявления инфантилизма, невропатические расстройства, психомоторная расторможенность, шизоформные и другие синдромы.

Ф.М. Гайдуком выделялись следующие клинические варианты ЗПР в зависимости от ведущего психопатологического синдрома [4]: 1. простой; 2. церебрастенический; 3. гипердинамический; 4. невропатический; 5. с патохарактерологическими реакциями; 6. с патохарактерологическим формированием личности; 7. с психопатоподобным синдромом; 8. недифференцированный.

Н.К. Асановой [1], И.А. Кузнецовым [15] были описаны различные варианты психопатоподобного синдрома у детей с ЗПР и частота их встречаемости: 1. повышенной аффективной возбудимости - до 50%-60%; 2. нарушений влечений - 15%-18%; 3. двигательной расторможенности - 11%-40%; 4. психической неустойчивости - 6%-20%; 5. импульсивно-эпилептоидный - 6%-10%; 6. полиморфный - 6%-14%

К.С. Лебединская [16] описывала у таких детей церебрастенический синдром, неврозоподобный синдром, синдром психомоторной возбудимости, аффективные нарушения, психопатоподобные нарушения и апатико-адинамические расстройства.

А.Г. Зотов [9] Подразделил ЗПР резидуально-органического генеза на следующие типы: 1. энцефалопатическая форма; 2. церебрастенический вариант; 3.

неврозоподобный вариант; 4. гиперкинетический (психомоторный) вариант; 5. аффективный вариант; 6. психопатоподобный вариант; 7. эпилептиформный вариант; 8. апатико-динамический вариант

В.В. Лебединский [17], Н.Л. Белопольская [2] описывали различные клинические проявления органического инфантилизма, положив в основу особенности эмоционального фона. У детей с повышенным эйфорическим настроением описывались импульсивность, психомоторная расторможенность и негативизм в отношении занятий, а при преобладании пониженного настроения - склонность к робости, боязливости и страхам.

Многими авторами [4, 11, 12, 26] отдельно рассматривалась клиника интеллектуальных нарушений при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности. В этой группе интеллектуальная недостаточность обусловлена парциальным нарушением темпа созревания отдельных нейрофизиологических систем: мозговых механизмов речи, психомоторики, механизмов, определяющих выработку так называемых школьных навыков (чтение, письмо, счет). Запоздывают в своем созревании чаще всего функции или их компоненты, которые в процессе онтогенеза возникают в более позднем периоде. При этом в структуре психического дефекта основное место занимает недостаточность тех сторон познавательной деятельности, которые тесно связаны с задержанными в своем созревании функциями.

Г.Е. Сухаревой в отдельную группу выделялись пациенты с «дефектами речи, обусловленными локальными поражениями мозга» (алалиями и афазиями) [26, 27]. Особенности клинической картины у таких пациентов связаны с нарушениями речевого развития. Для ЗПР, осложненной сенсомоторной алалией, в основе клинической картины лежит непонимание ребенком обращенной речи и вытекающие из этого нарушения внимания (гипопрозеция), неспособность к продуктивному социальному взаимодействию при достаточной контактности, а при ЗПР с моторной алалией - грубое нарушение экспрессивной речи при сохранном понимании [7].

В отдельную группу выделялись дети, у которых имели место парциальные расстройства навыков письма, чтения и счета [12, 20, 27].

Исследование, проведенное Д.А. Емелиной и И.В. Макаровым [6], показало, что у дошкольников с ЗПР резидуально-органического генеза наиболее часто встречаются следующие психопатологические синдромы: 1. гипердинамический синдром; 2. аутистический синдром; 3. синдромы алалии (подварианты - моторная алалия и сенсомоторная алалия); 4. синдром аффективной неустойчивости; 5. неврозоподобные синдромы (подварианты - церебрастенический синдром и другие неврозоподобные состояния). Все перечисленные синдромы осложняют течение ЗПР, затрудняют адаптацию ребенка в коллективе, влияют на выбор терапии и подходы при проведении педагогической коррекции.

Особенности динамики. Еще один важный вопрос в проблеме ЗПР резидуально-органического генеза состоит в прогностической неоднородности. Экспериментальные данные [3] различают следующие варианты прогнозов: 1. постепенное улучшение развития; 2. та же динамика, прерываемая возрастными кризисами; 3. развитие стойкого негрубого дефекта; 4. регресс формирования состояния.

И.Ф. Марковской [19] были описаны два варианта прогноза ЗПР резидуально-органического генеза в зависимости от состояния высших корковых функций и типа возрастной динамики их развития. При преобладании общих нейродинамических расстройств описывался достаточно благоприятный прогноз. При наличии у пациентов выраженной дефицитарности отдельных корковых функций описы-

вალაშ მენეე ბლადრადნა დინამიკა სოსოანია, ი, კაკ პრადილ, ტადე სლუაი ტრელოალი დალნეადე ისკლუაიი უმსვენნილ აოსალოსი.

Г.Е. Сухарева [27], давая определение термину ЗПР, отмечала, что часть этих состояний по своим особенностям примыкает к легкой степени дебильности и имеет менее выраженную тенденцию к компенсации.

В.А. Ковшиков [13] и Е.Ф. Соботович [24] отмечали, что синдромы алалии являются тяжелым речевым нарушением, ведущим к недоразвитию высших психических функций, однако мышление детей с алалиями значительно отличается от мышления умственно отсталых детей, в связи с чем необходимы особые подходы к дефектологической коррекции. Динамика в развитии психических функций у таких детей не всегда благоприятная, и дифференциальная диагностика с умственной отсталостью в некоторых случаях затруднительна.

В отношении ЗПР резидуально-органического генеза особенно сложна дифференциальная диагностика со стойкими интеллектуальными нарушениями. Дети с энцефалопатическими формами ЗПР достаточно рано попадают на прием к психиатру, и в возрасте 3-4 лет представляют большие трудности в дифференциальной диагностике с умственной отсталостью. С другой стороны, присутствие в клинической картине дополнительных психопатологических синдромов осложняет течение ЗПР и коррекционную работу. Зачастую диагноз выраженной задержки психоречевого развития ставится в связи с невозможностью точного определения степени интеллектуального отставания ребенка на момент обследования и с поправками на возможную динамику на фоне коррекции осложняющих психопатологических расстройств [8].

По данным Д.А. Емелиной и И.В. Макарова [8], наименее благоприятный прогноз отмечается при сочетании ЗПР с аутистическим синдромом и сенсомоторной алалией. При проведении психокоррекционной работы имеются значительные сложности, связанные с особенностями внимания и поведения пациентов. В случае сопутствующего аутистического синдрома компенсация интеллектуальных нарушений отмечалась только у 19% обследуемых, а при сенсомоторной алалии - у 24%.

Несколько чаще (38%) наблюдается компенсация при сочетании ЗПР с моторной алалией и гипердинамическим синдромом. Более благоприятна динамика ЗПР на фоне синдрома аффективной неустойчивости (регресс интеллектуальных нарушений у половины обследуемых). Самые лучшие показатели отмечены в группе детей с неврозоподобными расстройствами.

Заклюаение. Как можно видеть из анализа литературы, в клинической картине ЗПР резидуально-органического генеза может присутствовать практически весь спектр психопатологических синдромов, свидетельствующих об органическом повреждении ЦНС. При этом степень отставания в развитии психических функций может быть различной и не коррелировать с тяжестью сопутствующего психопатологического феномена. Такая клиническая неоднородность может приводить к диагностическим ошибкам и делает невозможным применение каких-либо клинических стандартов у пациентов данной группы.

Диагноз «ЗПР» сам по себе не несет необходимой информации для определения терапевтической тактики и дефектологической коррекции. В связи с этим необходимо уделять внимание грамотной постановке синдромологического диагноза.

Динамика ЗПР резидуально-органического генеза менее благоприятна по сравнению с дизонтогенетическими формами и зависит от сопутствующих психопатологических феноменов, осложняющих течение и затрудняющих дефектологическую коррекцию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асанова Н.К. Патологические формы девиантного поведения у детей с задержкой психического развития: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1988. 256 с.
2. Белопольская Н.Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития. М., Когито-Центр, 2009. 192 с.
3. Власова Т.А. О детях с отклонениями в развитии/ Т.А. Власова, М.С. Певзнер. 2-е изд. испр. и доп. М.: Просвещение, 1973. 175 с.
4. Гайдук Ф.М. Задержки психического развития церебрально-органического генеза у детей: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1988. 38 с.
5. Гурович И.Я. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994 - 1999 гг.)/ И.Я. Гурович, В.Б. Голланд, Н.М. Зайченко. М.: Мед-практика, 2000. 505 с.
6. **Емелина Д.А., Макаров И.В.** Задержки психического развития у детей дошкольного возраста: клиническая типология коморбидных психопатологических синдромов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2014 г. № 2. С. 52-56.
7. Емелина Д.А., Макаров И.В. Задержки темпа психического развития у детей (обзор литературных данных) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 3. С. 11-16.
8. Емелина Д.А., Макаров И.В. Особенности динамики коморбидных психопатологических синдромов у детей дошкольного возраста с задержкой психического развития // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2015. № 5-6. С. 42-45.
9. Зотов А.Г. К вопросу лечения детей с задержкой психического развития // Русский медицинский журнал. 2010. № 20. С. 1257.
10. Исаев Д.Н. Психическое недоразвитие у детей. Л.: Медицина, 1982. 224 с.
11. Кириченко Е.И. Задержка психического развития в детском возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1983. 18 с.
12. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). М.: Медицина, 1979. 608 с.
13. Ковшиков В. А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления. СПб.: КАРО, 2006. 304 с.
14. Козловская Г.В., Горюнова А.В. Задержки психического развития // Патология психического развития / под. ред. академика А.С. Тиганова. М.: Научный центр психического здоровья РАМН. 1998. 157 с.
15. Кузнецов И.А. Нарушения поведения у детей с интеллектуальной недостаточностью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1996. 19 с.
16. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Дефектология. 2006. № 3. С. 15-27.
17. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М.: МГУ, 1985. 166 с.
18. Макаров И.В. Умственная отсталость (глава 8) // Психиатрия. Клинические рекомендации / Под ред. Н.Г. Незнанова, Ю.А. Александровского, Л.М. Барденштейна и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 366-379.
19. Марковская И.Ф. Задержка психического развития: клиническая и нейропсихологическая диагностика. М.: Компенс-центр, 1995. 198 с.
20. Мнухин С.С. О клинко-физиологической классификации состояний психического недоразвития у детей. Труды психоневрологического института им. Бехтерева. Т. 25. Л., 1961. С. 67-79.
21. Незнанов Н.Г., Макаров И.В. Умственная отсталость (глава 30) // Психи-

атрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 653-681.

22. Организационная эволюция системы психиатрической помощи. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 470 с.

23. Певзнер М.С. Дети с отклонениями в развитии. М., 1966. 261 с.

24. Собоотович Е. Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции: (дети с нарушением интеллекта и моторной алалией). М.: Классикс стиль, 2003. 160с.

25. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России / В.М. Волошин, Б.А. Казаковцев, Ю.С. Шевченко и др. // Соц. и клин. психиатрия. 2002. № 2. С. 5-10.

26. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 2. М.: Медгиз, 1959. 406 с.

27. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 3. М.: Медгиз, 1965. 336 с.

28. Улба П.П. Задержка психического развития у детей младшего школьного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Тарту, 1987. 26 с.

1. Asanova N.K. Patologicheskie formy deviantnogo povedenija u detej s zaderzhkoj psihического развития: Dis. ... канд. мед. наук. М., 1988. 256 с.

2. Belopol'skaja N.L. Psihologическая diagnostika lichnosti detej s zaderzhkoj psihического развития. М., Kogito-Centr, 2009. 192 с.

3. Vlasova T.A. O detjah s otklonenijami v razvitii/ T.A. Vlasova, M.S. Pevzner. 2-e izd. ispr. i dop. М.: Prosveshhenie, 1973. 175 с.

4. Gajduk F.M. Zaderzhki psihического развития cerebral'no-organического geneza u detej: Avtoref. dis. ... dokt. мед. наук. М., 1988. 38 с.

5. Gurovich I.Ja. Dinamika pokazatelej dejatel'nosti psihiatрической sluzhby Rossii (1994 - 1999 gg.)/ I.Ja. Gurovich, V.B. Golland, N.M. Zaj-chenko. М.: Medpraktika, 2000. 505 с.

6. Emelina D.A., Makarov I.V. Zaderzhki psihического развития u detej doskol'nogo vozrasta: klinическая tipologija komorbidnyh psihopatologических sindromov // Obozrenie psihiatrii i medicинской psihologii im. V.M. Behtereva. 2014 g. № 2. S. 52-56.

7. Emelina D.A., Makarov I.V. Zaderzhki tempa psihического развития u detej (obzor literaturnyh dannyh) // Obozrenie psihiatrii i medicинской psihologii im. V.M. Behtereva. 2011. № 3. С. 11-16.

8. Emelina D.A., Makarov I.V. Osobennosti dinamiki komorbidnyh psihopatologических sindromov u detej doskol'nogo vozrasta s zaderzhkoj psihического развития // Psihiatrija i psihofarmakoterapija im. P.B. Gannushkina. 2015. № 5-6. S. 42-45.

9. Zotov A.G. K voprosu lechenija detej s zaderzhkoj psihического развития // Russkij medicинский zhurnal. 2010. № 20. S. 1257.

10. Isaev D.N. Psihическое nedorazvitie u detej. L.: Medicina, 1982. 224 с.

11. Kirichenko E.I. Zaderzhka psihического развития v detskom vozraste: Avtoref. dis. ... канд. мед. наук. М., 1983. 18 с.

12. Kovalev, V.V. Psihiatrija detsкого vozrasta (rukovodstvo dlja vrachej). М.: Medicina, 1979. 608 с.

13. Kovshikov V. A. Jekspressivnaja alalija i metody ee preodolenija. SPb.: KARO, 2006. 304 с.

14. Kozlovskaja G.V., Gorjunova A.V. Zaderzhki psihического развития // Patologija psihического развития / pod. red. akademika A.C. Tiganova. М.: Nauchnyj centr psihического zdorov'ja RAMN. 1998. 157 с.

15. Kuznecov I.A. Narushenija povedenija u detej s intellektual'noj nedostatochnost'ju: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 1996. 19 s.
16. Lebedinskaja K.S. Osnovnye voprosy kliniki i sistematiki zaderzhki psihicheskogo razvitija // Defektologija. 2006. № 3. S. 15-27.
17. Lebedinskij V.V. Narushenija psihicheskogo razvitija u detej. M.: MGU, 1985. 166 s.
18. Makarov I.V. Umstvennaja otstalost' (glava 8) // Psihijatrija. Klinicheskie rekomendacii / Pod red. N.G. Neznanova, Ju.A. Aleksandrovsogo, L.M. Bardenshtejna i dr. M.: GJeOTAR-Media, 2009. S. 366-379.
19. Markovskaja I.F. Zaderzhka psihicheskogo razvitija: klinicheskaja i nejropsihologicheskaja diagnostika. M.: Kompens-centr, 1995. 198 s.
20. Mnuhin S.S. O kliniko-fiziologicheskoy klassifikacii sostojanij psihicheskogo nedorazvitija u detej. Trudy psihonevro-logicheskogo instituta im. Behtereva. T. 25. L., 1961. S. 67-79.
21. Neznanov N.G., Makarov I.V. Umstvennaja otstalost' (glava 30) // Psihijatrija: nacional'noe rukovodstvo / Pod red. T.B. Dmitrievoj, V.N. Krasnova, N.G. Neznanova, V.Ja. Semke, A.S. Tiganova. M.: GJeOTAR-Media, 2009. S. 653-681.
22. Organizacionnaja jevoljucija sistemy psihijatricheskoy pomoshhi. SPb.: NIPNI im. V.M. Behtereva, 2005. 470 s.
23. Pevzner M.S. Deti s otklonenijami v razvitii. M., 1966. 261 s.
24. Sobotovich E. F. Rechevoe nedorazvitie u detej i puti ego korrekcii: (deti s naruseniem intellekta i motornoj alaliej). M.: Klassiks stil', 2003. 160s.
25. Sostojanie i perspektivy razvitija detskoj psihijatricheskoy sluzhby v Rossii / V.M. Voloshin, B.A. Kazakovcev, Ju.S. Shevchenko i dr. // Soc. i klin. psihijatrija. 2002. № 2. S. 5-10.
26. Suhareva G.E. Klinicheskie lekcii po psihijatrii detskogo vozrasta. T. 2. M.: Medgiz, 1959. 406 s.
27. Suhareva G.E. Klinicheskie lekcii po psihijatrii detskogo vozrasta. T. 3. M.: Medgiz, 1965. 336 s.
28. Ulba P.P. Zaderzhka psihicheskogo razvitija u detej mladshego shkol'nogo vozrasta: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Tartu, 1987. 26 s.

D.A. Emelina, I.V. Makarov

DEVELOPMENTAL DELAY IN CHILDREN WITH RESIDUAL BRAIN DAMAGE (REVIEW)

V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (St. Petersburg).

Summary. The paper analyzes the literature data concerning the developmental delay in children with residual brain damage. Also the article describes the main features of a course and dynamics of this condition, and the influence of related psychopathological syndromes on the course and prognosis.

Keywords: developmental delay, residual brain damage, psychopathological syndromes.

В.В. Грачев, Ю.С. Шевченко, Е.А. Зубова

**НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ
(АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)¹**

Кафедра детской психиатрии и психотерапии РМАПО (Москва).

Резюме. В статье отражены результаты исследований нейрокогнитивного дефицита и нарушений функционального состояния различных регионов ЦНС у больных нервной анорексией (НА). Изложены современные нейропсихологические/нейропсихиатрические взгляды на проблему, основываясь на которых представлена собственная оригинальная нейропсихиатрическая концепция этиопатогенеза подростковой НА. Рассматриваются нейропсихологически и нейрофизиологически ориентированные методы лечения заболевания, которые представляются наиболее патогенетически обоснованными и могут явиться средством преодоления терапевтической резистентности.

Ключевые слова: нервная анорексия, нейропсихиатрия, нейрокогнитивный дефицит, нейропсихологические нарушения, когнитивная восстановительная терапия, транскраниальная магнитная стимуляция.

Большинство исследователей обращает внимание на недостаточную эффективность современных методов лечения подростковой нервной анорексии (НА), что обуславливает хронификацию заболевания, а также формирование характерной для этой группы больных социальной дизадаптации с распространением проблем, проявившихся в пубертате, на взрослый период жизни [26, 64, 77]. Примерно 20% лиц, перенесших подростковую НА, при достижении возраста 35 лет оказываются неспособными самостоятельно обеспечивать себя и обходиться без поддержки близких [49, 88].

Причины недостаточной эффективности терапевтических мероприятий многообразны и включают эгосинтонную природу психопатологических расстройств, тяжесть и частоту коморбидной патологии, неспособность или нежелание пациентов противостоять личностным или эмоциональным проблемам, их склонность к диссимуляции и частое отсутствие осознания потребности в медицинской помощи [80, 84, 88]. Однако главной причиной значительной частоты неблагоприятных исходов НА представляется сохраняющаяся неясность ее этиопатогенетических механизмов. Если до недавнего времени первостепенной в развитии заболевания считалась роль психосоциальных факторов, а НА рассматривалась как «женский невроз», следствие безальтернативно пропагандировавшихся средствами массовой информации представлений о значимости худобы и стройности фигуры для достижения успеха в жизни, легко трансформирующихся в сверхценное стремление к снижению массы тела, или как своеобразная форма реакции протеста подростка, обусловленная дисгармоничными отношениями в семье, деспотизмом матери и недостатком внимания и тепла со стороны родителей, то в последние годы все больший интерес исследователей вызывают разнообразные биологические факторы, роль которых подтверждается генетическими исследованиями [70, 77]. Пока не находит однозначного объяснения тот факт, что при идентичных условиях далеко не все девушки, имеющие излишнюю массу тела, трудности в семье и характерные для больных НА личностные особенности в виде перфекционизма, демонстрируют озабоченность своей фигурой, доходящую до расстройств пищевого поведения (РПП).

В настоящее время значительное внимание уделяется нейропсихологически-

¹ Начало. Окончание см.: Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2016 (16), № 4.

ориентированным исследованиям НА, что не удивительно, так как нейропсихологические методы являются одним из основных инструментов анализа взаимосвязи морфофункционального статуса ЦНС с психическими процессами и поведением человека как в норме, так и при различных патологических состояниях, а также одним из ключей к пониманию сложных биологических механизмов психических расстройств с полифакторной этиологией.

Проведенные исследования позволили выявить у большинства больных в остром периоде НА широкий спектр нейрокогнитивных аномалий [53, 67, 87]. Так, в исследовании Е.Е. Балакиревой и соавт. [3] у детей и подростков были продемонстрированы полиморфные нейропсихологические расстройства, затрагивающие мышление (некоторая слабость обобщения), различные функции памяти (в первую очередь, недостаточность объема произвольного запоминания, как непосредственного, так и опосредованного) и внимания (нарушения устойчивости и уменьшение объема), приводящие к падению темпа, замедлению вработываемости и снижению эффективности работы. В недавнем исследовании S. Weider и соавт. [87] у больных НА обнаружилось значимое нарушение 8 из 9 исследованных параметров нейрокогнитивного статуса, включая нарушения вербального и зрительного обучения и памяти, скорости информационного процессинга, зрительно-пространственного восприятия, рабочей памяти, внимания, исполнительных и моторных функций.

Наиболее характерной чертой нейрокогнитивного дефицита больных НА считаются расстройства исполнительных функций — гипотетического набора высокоуровневых процессов, связанных преимущественно префронтальными областями коры головного мозга и лежащих в основе гибкого, целенаправленного поведения, позволяющих планировать текущие действия в соответствии с определенной целью, изменять реакцию в зависимости от перемены контекста, осуществлять торможение конкурирующих моделей поведения и избирательно уделять внимание нужным стимулам [1, 57, 66].

В значительном числе исследований были получены данные, указывающие на сниженную способность к планированию и принятию решений, в первую очередь, к соотнесению немедленной выгоды и долгосрочных негативных последствий у больных в активном периоде НА [22, 28, 43, 83]. Другим часто отмечающимся исследователями показателем нарушения исполнительных функций у больных НА является слабая центральная когерентность (СЦК) [69, 74], которая первоначально была описана как характерная черта когнитивного стиля больных расстройствами аутистического спектра, проявляющаяся излишним вниманием к деталям и трудностями интегрирования концепций в более широкий контекст [47]. Больные НА, в сравнении с контрольной группой здоровых сверстников, показывают худшие результаты в заданиях требующих расширения рамок контекста, глобальной оценки, так называемого «глобального информационного процессинга», в то время как при выполнении заданий, требующих детализации, оценки частных деталей, они нередко демонстрируют сопоставимые или даже лучшие показатели, что рассматривается как отражение СЦК [58, 68, 74].

Мелочное застревание на деталях в ущерб глобальному, стратегическому анализу проблемы объясняет легкость срабатывания патопсихологического механизма «сдвига мотива на цель» (по Б.В. Зейгарник [7]), делающих поведение больных с НА подобным поведению больных с алкоголизмом и другими аддикциями — «похудение ради похудения» с фиксацией на конкретных деталях этого поведения (ограничение приема пищи, физические нагрузки, очистительные клизмы и т. д.).

В значительном числе работ у больных НА была продемонстрирована психическая ригидность, недостаточность когнитивной гибкости, которые при нейропсихологическом обследовании наиболее отчетливо проявляются в заданиях, требующих смены психологической установки (СПУ) [11, 22, 43, 69]. Нормальную СПУ определяют как способность гибко распределять активность и внимание между различными задачами или объектами. Аномалии СПУ выявляются у больных НА при выполнении широкого спектра нейрокогнитивных тестов [37, 73, 79]. Исследования с использованием нейровизуализации показали, что способность к СПУ определяется функциональным состоянием таких нейрональных структур, как медиальная префронтальная кора и передние отделы поясной извилины [25]. Нетрудно усмотреть взаимосвязь аномалий СПУ и СЦК с ригидностью аффективного мышления, служащей основой для сверхценных образований.

Префронтальная кора является ответственной за трансформацию тревожно-фобических навязчивых мыслей о собственном физическом несовершенстве в мобилизующую сверхценно-фанатическую убежденность, преобразующую амбивалентную растерянность в целенаправленное поведение, что является изначально компенсаторным механизмом патогенеза (по Г.Е. Сухаревой, [19]), обеспечивающим смену хронического стресса регрессивной некритично-экспансивной стабилизацией с последующей фиксацией нового психического гомеостаза в качестве устойчивого патологического состояния (по Н.П. Бехтеревой [4]).

Нейрокогнитивная недостаточность, обусловленная преимущественно дисфункцией фронтальной коры, отвечает на вопрос – почему те или иные проблемы подросткового возраста, подлежащие решению на соответствующем эмоционально-идеаторном (по В.В. Ковалеву [9]) уровне, не решаются в рамках нормально протекающего возрастного криза и становятся психодинамической этиологией заболевания. Она же в известной степени объясняет, почему регресс на аффективный уровень реагирования сопровождается формированием инертного сверхценного симптомокомплекса. Однако, остаются неясными механизмы «выбора органа» (по В.Н. Мясищеву [15]), слабого звена в цепи этиопатогенетических взаимодействий, порождающих как «признаки самого повреждения», ущерба, так и «симптомы защиты», компенсации (по Г.Е. Сухаревой [19]). Иными словами, причину того, что именно телесный компонент подростковой самоидентификации, а не столь же значимые возрастные проблемы поиска смысла жизни, нахождения своего места в референтной группе или становления сексуальности становится содержанием болезненных переживаний и порождает соответствующее пищевое поведение вместо типичных для пубертата подростковых реакций, следует искать на нижележащих нейропсихических уровнях.

Таким образом, сводить нейропсихологические аномалии больных НА только к нарушениям исполнительных функций, как это нередко делается зарубежными авторами, представляется не вполне оправданным, тем более что патология этих функций выявляется и при иных психических заболеваниях, таких как ОКР [46], нарушения аутистического спектра [47], униполярная депрессия [76] и шизофрения [90].

Учитывая тот факт, что нарушения образа тела считаются одним из ключевых проявлений НА, на наш взгляд, значительный интерес представляют работы, посвященные нейропсихологическим механизмам восприятия и оценки как образа собственного тела, так и телесных проявлений других людей в норме и при РПП. Интересно отметить, что хотя изучению регионов коры головного мозга человека, селективно реагирующих на лица, уделяется значительное внимание исследователей, лишь в небольшом числе работ рассматривается корковое представительство реакции на остальное тело. Можно отметить данные, полученные Р.Е. Downing и

M.V. Peelen [30, 31], которые в серии исследований с использованием функционального МРТ показали, что нейрональная система визуальной перцепции, селективно реагирующая на образ тела, локализуется в латеральной затылочно-височной коре, связав эту функцию с веретенообразной извилиной, расположенной на нижней поверхности височной доли, и регионами затылочной доли, соответствующим 18 и 19 полям Бродмана (вторичные, ассоциативные зоны зрительного анализатора). Важно отметить, что эти регионы включаются в более широкие нейрональные сети, обеспечивающие социальные взаимодействия [31]. Нарушения перцепции человеческого тела могут лежать в основе так называемого «влечения к худобе», одного из распространенных переживаний больных НА, в виде неосознанного желания смотреть на чрезмерно худые женские фигуры, «кости», как нередко выражаются сами больные.

M. Kinsbourne и J.R. Bemporad [56] гипотезировали лежащие в основе РПП нарушения восприятия собственного тела, обусловленные дисфункцией теменной коры правого полушария. Патогномоничным синдромом поражения нижней теменной доли преимущественно правого полушария является появление нарушений схемы и ощущения собственного тела [10; 18]. В контексте этой гипотезы представляют интерес обнаруженные J.K. Thompson и R.E. Spina [86] корреляции между слабостью зрительно-пространственных соотношений и снижением точности оценки формы тела, полученные у здоровых испытуемых. Позднее зрительно-пространственные нарушения у больных с РПП были показаны в значительном числе исследований [44, 55, 59, 75, 78, 81]. Выявлены были и определенные корреляции нарушения обработки и интеграции соматосенсорной информации с нейрофизиологическими признаками дисфункции теменных отделов коры правого полушария головного мозга [44].

Теменная дисфункция, по крайней мере отчасти, может быть обусловлена «патологически измененной почвой», связанной наличием перинатальной резидуально-органической церебральной недостаточности, способной, согласно эволюционно-биологической концепции психической болезни Г.Е. Сухаревой [19], придать патогенезу «ряд новых, не специфических для данной этиологии особенностей». Изучение доманифестного периода выявило значительную распространенность резидуально-органической патологии в анамнезе подростков, страдающих НА, и определенную роль этой патологии в развитии заболевания [14, 20, 29, 36]. По данным M. Duchesne и соавт. [32], больных НА с более выраженными признаками органической дисфункции мозга в преморбидном периоде отличал худший исход.

Заметная часть публикаций посвящена подкорковым структурам. Авторы отмечают значимую роль дисфункции этих отделов и нарушений их взаимодействий с корой головного мозга в генезе нейрокогнитивного дефицита и формировании ригидного, стереотипизированного когнитивного стиля больных НА [24, 33, 79].

K. Foerde и соавт. [39] были показаны корреляции функциональных нарушений стриатума и лобно-подкорковых взаимодействий с отклонениями пищевого поведения. Другая группа исследователей [38], используя функциональный МРТ, выявила у страдающих НА девушек позитивную поведенческую реакцию при демонстрации изображений с чрезмерно худыми женскими телами, положительно коррелирующую с повышением активности вентрального стриатума, в то время как демонстрация женских тел с нормальными показателями индекса массы тела (ИМТ) не вызывали такой реакции. В контрольной группе здоровых девушек имела место прямо противоположная ситуация.

Подкорковые структуры, базальные ганглии, в первую очередь, стриатум являются ведущими элементами системы селекции программ поведения, их закреп-

ления и «автоматизации», а также подавления конкурирующей поведенческой активности [2, 12]. Ключевой считается роль базальных ганглиев в формировании различных навязчивостей, привычных патологических действий и иных форм ригидного стереотипизированного поведения.

Отдельного рассмотрения с позиций нейropsychологического и эволюционно-биологического подходов достоин вопрос о том, откуда берутся силы для столь фанатичного поведения, как НА, и чем оно вознаграждается. Здесь лишь упомянем, что сверхценные образования тесно спаяны со сферой инстинктов и влечений [8], а реализация инстинктивных программ сама по себе предполагает соответствующий эмоциональный аккомпанемент и энергетическое обеспечение [16], тесно связанные с подкорковыми структурами - 1-м анатомо-функциональным блоком, по А.Р. Лурия [13]. Хорошо известно, что в вентральном стриатуме происходит конвергенция мотивационных импульсов и импульсов системы подкрепления, следующих по дофаминергическому мезолимбическому пути, сигналов от орбитофронтальной коры и передней поясной извилины, обеспечивающих эмоциональную оценку внешних стимулов и регулирующих силу и характер аффективных реакций.

Среди подкорковых структур особое значение при НА придается также гипоталамусу, играющему центральную роль в управлении ощущениями голода и жажды, а также такими значимыми для человека функциями, как эмоциональное реагирование, формирование ответа на стрессовые факторы, сексуальное поведение. Это позволило Д. Сваабу [17] гипотезировать ведущую роль дисфункции этой области в разбитии НА и назвать ее «болезнью гипоталамуса», предполагая в основе заболевания аутоиммунный механизм.

Основываясь на данных литературы, можно предполагать у больных НА сложный комплекс взаимосвязанных нейropsychологических расстройств, генез которых в настоящее время до конца не ясен. Исследователи нередко выявляют положительные корреляции выраженности нейрокогнитивных аномалий и нарушений пищевого статуса в активном периоде заболевания, предполагая значимую роль голодания в развитии первых [3, 55, 81, 91]. Так, в недавнем, 2015 г., исследовании S. Weider и соавт. [87] подчеркивают значимые корреляции значений максимального снижения ИМТ и тяжести всего спектра нейрокогнитивных нарушений.

Хотя масса головного мозга составляет всего 2% массы тела, ЦНС является наиболее энергетически расходным органом человеческого организма, метаболические процессы в котором требуют потребления примерно 75% глюкозы крови, причем наиболее энергоемкими оказываются задания на «исполнительные-управляющие» функции, в большинстве работ было выявлено негативное влияние на них даже краткосрочного ограничения приема пищи [23, 41]. Значительное число публикаций посвящено эффектам ограничения приема пищи на когнитивный статус здоровых испытуемых. Было показано, что даже пропуск только утреннего приема пищи сопровождается тенденцией к падению уровня глюкозы в крови и достоверно влияет на когнитивные функции детей и подростков, в частности приводя к снижению академической успеваемости [34, 89]. Худшее функциональное состояние ЦНС у детей и подростков после ограничения приема пищи подтверждается нейрофизиологическими методами и данными функционального МРТ [40, 71]. Причем особенно заметен негативный эффект даже кратковременного голодания в отношении когнитивных процессов подростков с низкой массой тела [51]. В двух недавних исследованиях авторы обнаружили в группах здоровых молодых женщин с высоким образовательным уровнем (средний возраст составил 23,2 и 27,4 года соответственно) после 16 и 18 часов добровольного голодания

аномалии когнитивной гибкости, ухудшение способности к СПУ и нарастание проявлений СЦК [27, 69].

В то же время в значительном числе исследований было показано, что в основе нейрокогнитивного дефицита у больных НА лежит не только и не столько недостаточное питание, сколько иные патологические факторы [5, 28, 50, 43, 67, 73]. Так, нарушения исполнительных функций выявляются у родственников женского пола 1-2-й степени родства больных НА, в первую очередь, у сибсов, а в семьях больных отмечается накопление лиц со СЦК, трудностями СПУ и принятия решений [42, 50, 52, 54, 73]. Исследователи предполагают, что эти нарушения носят наследственно-конституциональный характер и могут являться фактором предрасполагающим к РПП.

Наибольшая выраженность нейрокогнитивного дефицита наблюдается в активном периоде НА и ассоциируется с большей продолжительностью и тяжестью заболевания [11, 22, 73]. Выраженная психическая ригидность и СЦК в активном периоде НА, по-видимому, отражают нейрофизиологическое «наложение» функциональной инертности, порождаемой сверхценной идеей, на преморбидные когнитивные особенности, которые на фоне недостаточного поступления питательных веществ создают «аффективную и когнитивную вязкость», затрудняющую любые мыслительные процессы, и в совокупности лежат в основе особого характерного для НА «глубинного когнитивного сдвига», отмеченного рядом авторов [5, 6, 72]. То, что он не отражается на академической успеваемости пациенток-перфекционисток с НА, а обнаруживается при патопсихологическом исследовании, объясняется тем, что основной упор в школьном обучении делается на запоминание материала, а не на его логическую переработку.

Полиморфизм нейрокогнитивных аномалий в активном периоде заболевания объясняется, с одной стороны, множественностью факторов, потенциально вносящих свой вклад в развитие нарушений высших психических функций у больных НА, в числе которых резидуально-органическая патология, влияние на высшие психические функции психофармакотерапии, а также коморбидных психических расстройств, в первую очередь, расстройств настроения, а с другой — отражать остроту состояния [3, 7, 83, 87].

В то же время можно говорить об определенной специфичности нейрокогнитивного дефицита при НА в виде повторяющихся из исследования в исследование указаний на недостаточность исполнительных функций и зрительно-пространственные нарушения, проявляющиеся расстройствами образа тела. В этом контексте представляются существенными полученные S. Fassino и соавт. [35] положительные корреляции выраженности этих нейропсихологических синдромов у больных НА.

Все сказанное позволяет рассматривать НА с нейропсихологической точки зрения как клиническую реализацию теменной и гипоталамической дисфункции через недостаточность регулирующих функций префронтальной коры с закреплением сформировавшегося когнитивно-поведенческого комплекса РПП на базе нарушенных корково-подкорковых взаимодействий. При этом можно думать о постоянном характере теменной дисфункции и преимущественно динамическом — лобной. Углубление последней по тем или иным причинам, в том числе и связанным с явлением относительной подростковой гипопрофронтальности, «подросткового обесточивания» лобных долей, поскольку основные энергетические затраты в период пубертатного криза идут на физическую трансформацию организма и гормональную перестройку, может актуализировать дисфункцию теменных отделов субдоминантного полушария, переводя ее на уровень клинической значимости.

По данным М. Grunwald и соавт. [44], выраженность нарушений обработки и интеграции соматосенсорной информации и нейрофизиологические корреляты дисфункции теменных зон коры правого полушария значимо не отличаются у больных в активном периоде НА и находящихся в состоянии стойкой ремиссии.

При этом наличие характерного для НА комплекса психических переживаний, идей, установок и сложного аноректического поведения не противоречит нейropsychологической теории НА, «поскольку мозг принимает в этом непосредственное участие» [17]. Еще З. Фрейд отмечал, что все временно нами допущенные психологические положения придется когда-нибудь перенести на почву их органической основы... [21]. Вполне возможно, что сверхценные идеи похудения лишь обслуживают в качестве симптомов компенсации те церебральные процессы, которые лежат в основе патологии.

Нейрокогнитивный дефицит хотя и уменьшается по мере выхода из острого периода заболевания, но в сглаженном виде сохраняется и во время ремиссии. Различные группы исследований выявили психическую ригидность, нарушения СПУ, СЦК у женщин с подростковой НА в анамнезе [48, 50, 65, 82, 85]. Так, по данным J. Holliday и соавт. [50], выраженность нейрокогнитивных нарушений убывает в последовательном ряду: больные НА - лица с НА в анамнезе - здоровые родственники больных НА.

V.V. Grachev, Yu.S. Shevchenko, E.A. Zubova
NEUROPSYCHIATRIC ASPECTS OF ANOREXIA NERVOSA
(ANALYTICAL REVIEW)²

The Russian Medical Academy of Post-graduate Education (Moscow).

Summary. The article reflects the results of studies of neurocognitive deficit and disturbances of the functional state of various CNS regions in patients with anorexia nervosa (AN). We represent the original neuropsychiatric concept of etiopathogenesis of adolescent AN, based on modern neuropsychological-neuropsychiatric data and views on the problem. Neuropsychological and neurophysiological oriented methods of therapy, which seems most pathogenetically justified and can be a means of overcoming treatment resistance are considered.

Keywords: anorexia nervosa, neurocognitive deficit, neuropsychiatry, neuropsychological dysfunction, cognitive remediation therapy, transcranial magnetic stimulation.

² Beginning part. Ending part see: Voprosy psicheskogo zdorov'ya detey i pidroستkov, 2016 (16), N 4.

О.М. Волкова, Г.В. Козловская, М.В. Иванов
**СИНДРОМ СТРАХОВ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

Резюме. В статье рассматривается история научного изучения феномена страха в хронологическом порядке. Описывается понимание страха и тревоги разными авторами в нейрофизиологическом, психологическом, психопатологическом, психоаналитическом и других аспектах. Приводятся результаты немногочисленных исследований, позволяющие дифференцировать патологические и физиологические страхи у детей дошкольного и школьного возраста. Клинические проявления страхов в раннем детском возрасте, их динамика, прогностическая значимость и критерии диагностики остаются недостаточно изученными.

Ключевые слова: синдром страхов, ранний детский возраст, тревожно-фобическое расстройство.

*«...проблема страха – узловой пункт,
в котором сходятся самые различные
и самые важные вопросы, тайна,
решение которой должно пролить яркий
свет на всю нашу душевную жизнь».*

З. Фрейд

Одно из первых определений понятия «страх» дает З. Фрейд в 1915-1917 гг. в своем труде «Введение в психоанализ» [14]: «Страх представляет собой реакцию на восприятие внешней опасности, связан с рефлексом бегства, и его можно рассматривать как выражение инстинкта самосохранения». Для всестороннего понимания этого психического явления необходимо рассмотреть различные точки зрения и подходы к его изучению.

Физиологическая сущность страха. Основоположник учения о высшей нервной деятельности И.П. Павлов [8] писал, что страх является проявлением естественного пассивно-оборонительного рефлекса с легким торможением коры головного мозга. Сложность проявления оборонительной реакции реализуется инстинктом самосохранения и зависит от степени зрелости центральной нервной системы [17].

Психоаналитическое трактование страха. Впервые о страхах в раннем онтогенезе заговорили зарубежные психоаналитики. В частности, О. Ранк [25] пишет, что первый страх приносит индивиду акт рождения. По О. Ранку, «рождение – настоящая травма, шок». Человек на протяжении почти всего детства пытается преодолеть свою первую травму. Страх, испытанный во время рождения, вновь возвращается во время поздних опытов отделения от матери. Этот страх такой сильный, что индивид его резко подавляет, чтобы забыть и держать страх вне сознания. Всю свою жизнь человек пытается преодолеть родовой травматизм. Когда же по разным причинам ему не удастся преодолеть травматизм рождения, для него открывается путь к неврозам, психозам и даже к сексуальным извращениям. З. Фрейд также признавал, что первое состояние страха возникло вследствие отделения от матери или утраты, в особенности утраты объекта любви [17]. Он же впервые попытался разграничить нормальные (физиологические) и невротические страхи и такие психические феномены, как страх и тревога. З. Фрейд показал, что если опасность неизвестна, это отнюдь не означает, что ее нет. Она может быть основана на угрозе, существующей в человеческом бессознательном. Поэтому попытки провести границу между внешней и внутренней угрозой оказались связаны с некоторыми трудностями. Кроме того, объект страха (или угрозы), как подчеркивает З. Фрейд, ссылаясь на американского психолога С. Холла,

может стать содержанием страха или тревоги благодаря филогенетическому унаследованию. Согласно теории С. Холла [21], дети в своем развитии кратко повторяют эволюцию всего человеческого рода. Детские страхи он объясняет обычным атавизмом, т. е. чем-то давно забытым, отошедшим, неактуальным, что позволяет поскорее пережить и прожить какие-то состояния с тем, чтобы к ним уже не возвращаться. С этим согласуется и то, что многие из внушающих страх вещей могут иметь с опасностью только символическую связь. Другой критерий дифференциации страха и тревоги предлагает использовать поведенческую реакцию. Если страх как аффект, основанный на инстинкте самосохранения, мобилизует человека для целенаправленных действий по отношению к реальной угрозе, то тревога в этом случае определяется как аффективное состояние беспомощности перед лицом угрозы [17]. Не исключено, считают некоторые авторы, в частности Р. Гринейкр [19], что ощущение опасности у ребенка появляется не в момент родов, а еще раньше, в пренатальном периоде, и что конституция, пренатальный опыт и обстановка непосредственно после рождения играют роль в предрасположенности к тревоге.

Исследованию детской тревожности, ее поведенческим проявлениям и связи с качеством детско-родительских отношений (в частности, с удовлетворением матерью базовых потребностей ребенка) посвящены работы Дж. Боулби [15], М. Кляйн [23] и др.

Отечественные психиатры, изучавшие ранний детский возраст в начале XX в., в частности Т.П. Симсон [10], также придерживались близкой к психоаналитической трактовки младенческих страхов. Так, в 1929 г. в своей монографии «Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста» помимо реактивных страхов, возникших под влиянием экзогенных причин Т.П. Симсон выделяет группу страхов, обусловленных внутренними конфликтными переживаниями ребенка [10]:

- страхи, связанные с изживанием младенческой аутоэротики (куда она относит боязнь воды, объясняемую вытеснением уретральной аутоэротики, страх «черного хлеба, котлеты, шпината – вытеснением анальной аутоэротики);
- страхи, связанные с моментом привязанности к объекту любви (матери, отцу) – это страхи темноты, одиночества, чужих людей;
- страхи, связанные с понижением порога возбудимости звукового анализатора у нервных и психопатических детей в виде непереносимости определенных звуков с первых дней жизни (стука, громких звуков, свиста, гудков).

Ночные страхи она также рассматривала как изживание неудовлетворенной материнской привязанности и неотреагированных аффектов, вытесненных в подсознание [10].

Страхи как показатель нормального психического развития в раннем возрасте. То, что страхи в определенные периоды онтогенеза могут быть вариантом нормального психического развития, подробно описано А.П. Захаровым [3]. Такие проявления страха, как крик, плач в сочетании с соматовегетативными реакциями в виде тремора тела, учащения сердцебиения, задержки дыхания, расширения глазных щелей, изменение черт лица, отмечаются уже в первые месяцы жизни и могут быть вызваны громкими резкими звуками, приближением крупных предметов. В 2-3 месяца жизни подобные реакции могут отмечаться в новой обстановке и в отсутствии матери. В 7 месяцев жизни отмечаются максимальные проявления страха в отсутствии матери. Опыт потери связи с окружающим миром, воплощенном в лице матери, переживается как беспокойство при разлуке с ней [3]. Г.К. Ушаков, говоря о страхах в раннем детстве, писал: «Генезис страха в раннем детском возрасте связан не столько с оценкой опасности для жизни той или иной ситуацией, сколько с неожиданной сменой интенсивности внешних раздражителей» [13]. Если же имеет место в этом возрасте частое перенапряжение

эмоциональной сферы в связи с непредсказуемым поведением матери или длительным ожиданием ее возвращения, происходит развитие тревожного типа реакций, которые являются предпосылкой для развития страхов одиночества, особой чувствительности к разлуке, неразделенности чувств и тревожности в целом [3].

Также страхи в раннем возрасте, по J. Werry и M. Aman [26], подразделяются на:

- примитивную реактивность – в первые месяцы;
- страх разлуки с матерью – в 7 месяцев;
- страх чужих – в 7-8 месяцев;
- страх определенных событий и объектов – старше года.

Некоторые формы страха носят патологический характер, являясь предикторами психических расстройств. На патологический характер страха, по мнению А.П. Захарова [3], указывают его:

- крайняя степень выраженности (ужас, шок, потрясение), ее несоответствие реальной угрозе;
- затяжное трудно обратимое течение;
- произвольность (полное отсутствия контроля со стороны сознания);
- неблагоприятное воздействие на личность, социализацию.

Страх как синдром нервно-психического расстройства. Уже в 1948 г. Т.П. Симсон [11] в монографии «Шизофрения раннего детского возраста» описывает особенности страхов, которые ознаменовывают начало шизофренического процесса. В их основе, по ее мнению, лежат галлюцинаторные явления. Их содержание не связано с образами реального мира и отражает расстройство ассоциативной связи (мышления). Чаще галлюцинации гипнагогические (в момент засыпания) или гипнопомпические (при пробуждении). По мнению Т.П. Симсон, отношение ребенка к этим страхам аутистическое, дети уединяются, не ищут помощи. О переживании страха можно судить по выражению лица, оборонительным действиям (кого-то гонит, прячется под кровать). Здесь же Т.П. Симсон отмечает необычную интенсивность страхов, даже тех, которые могут быть в норме, склонность их к генерализации и отрыв от первоначального раздражителя [11].

В дальнейшем Г.Е. Сухарева, И.А. Козлова, В.М. Башина [12, 5, 1] также говорят о галлюцинаторном происхождении страхов у детей дошкольного возраста при шизофреническом процессе. В.Н. Мамцева [7] рассматривала страхи, как рудиментарные продуктивные расстройства при шизофрении. По В.Н. Мамцевой, «...наиболее часты интенсивные диффузные страхи сверхценного и бредового характера, вызываемые самими обычными предметами. Содержание страхов может быть фантастическим или своеобразно вычурным. Страхи возникают часто без видимой причины, реже после сильного испуга, но и в этом случае они быстро теряют связь с психотравмирующей ситуацией, генерализуются, принимают причудливый характер, нередко трансформируются в навязчивые» [7].

Клиническая картина бредоподобных страхов, как предикторов шизофрении в раннем возрасте, была подробно описана Г.В. Козловской [6]; далее приведем ее наблюдения. Страхи в младенчестве являются распространенными нарушениями аффективной сферы. Это протопатические реакции ужаса («ночного террора») во время сна и в просоночных состояниях с двигательным возбуждением и младенческими криками. Фобические реакции могут быть ярко выраженными, чаще диффузного типа, но нередко и конкретного содержания. Это невротические страхи, возникшие ситуативно, иногда и аутохтонно (напр., страх белых халатов, пылесоса, других конкретных предметов). У младенцев из группы высокого риска по шизофрении были распространены страхи прикосновения и связанные с ними страхи стрижки ногтей, волос, душа, купания, воды. У них же в возрасте старше 1 года отмечались нелепые по содержанию страх новых предметов и страх хорошо

знакомых - кровати, горшка, цветка, ковра, маленьких детей, колеса, своих ручек, шума ветра, воды в трубах.

С возраста 2 лет отмечались страхи закрытых или открытых дверей, «страшного волка» (прячется за ковром), электрички (заедет в дом), дивана (засосет, когда уснешь), куклы (мишка задушит).

По степени выраженности страхи в ряде случаев могут достигать реакции паники с нарушением сознания и бурными протестными и защитными действиями.

Бредоподобные страхи можно было заподозрить в случаях ярко выраженного неадекватного страха к конкретному, до этого знакомому лицу – матери, отцу, другим близким или неодушевленному предмету. Они возникали внезапно или на фоне других нарушений и были непродолжительны. Например, на фоне ранее наблюдавшихся тревоги и страхов в рамках пограничных расстройств (нередко после небольшой смены жизненного стереотипа, например, переезда на дачу) возникало резкое усиление тревожно-боязливое состояние до степени бредоподобных переживаний. Дети вдруг начинали бояться до того привычных предметов: зажженной лампочки, одеяла, бутылочки с молоком, рисунка на обоях, старой знакомой игрушки, дерева, своего дедушки, знакомых людей. Реакции тревоги и страха достигали при этом состояний раптуса и паники. Дети подолгу не успокаивались, часами кричали, метались, обнаруживая бурный негативизм и защитное поведение. Бредоподобные страхи могли проявляться в виде диффузно-тревожно-боязливое настроения с гиперпатией всех чувств, со страхом ко всему окружающему в виде непереносимости резких и тихих звуков, прикосновений, манипуляций, близких и посторонних людей. Спустя короткое время (часов, 1-2 дней), реже спустя неделю такие страхи могли полностью прекратиться, и дети могли вернуться к общению с лицами, ранее вызывающими страх, не обращая внимания на прежде пугающие предметы. В дальнейшем катамнезе этих детей во многих случаях наблюдалось развитие других психотических эпизодов и нередко шизофрении.

Бредоподобные страхи нередко сопровождалось онейрическими нарушениями сознания. Последние наблюдались в просоночных состояниях и в бодрствовании с неузнаванием родных и, как правило, с неадекватным негативизмом к матери или близким. Онейрические состояния сознания сопровождалось, возможно, галлюцинациями воображения и гипнагогическими, о которых можно было судить по косвенным признакам. Например, мальчик 2 лет говорил матери: «Убери это свое страшное лицо», или другой мальчик того же возраста, с опережающим развитием, в течение недели панически боится своего дедушки, кричит при его появлении «дерево, дерево», мечется, как птичка, пытается залезть под кровать, при удержании становится как «бешеный», бьется головой о предметы, агрессивен, напряжен. После рассказал, что кожа лица дедушки была «как кора дерева», растущего у них на даче.

Предполагать бредовые расстройства в виде их прообразов можно было начиная с 2-летнего возраста, а в некоторых случаях и в 1,5 года. Например, мальчик 1,5 лет начал упорно отказываться принимать пищу из рук бабушки, отталкивал еду, отмахивал, сбрасывал со стола. В некоторых случаях дети или отказывались принимать пищу определенного цвета (например, белого или красного), или боялись предметов определенной окраски. Так, например, мальчик 2-х лет обнюхивал игрушки и предметы черного цвета, выбрасывал их в окно. Такого рода подозрительность в ряде случаев сопровождалась, вероятно, слуховыми иллюзиями [6].

Большое значение многими авторами придается ночным страхам. В частности Г.К. Ушаков пишет: «Наиболее типично проявление ночных страхов в период возрастного криза (2-4 года). Содержание их, как правило, малодифференцировано и у маленьких детей всегда навеяно неожиданностью фабулы рассказов окружающих, либо резко возникающих изменений окружающей обстановки. Прогно-

стически неблагоприятной является смена кратковременных ночных страхов более продолжительными; страхом, не сопровождающимся полным пробуждением, или страхом с пробуждением, но с сохранением испуга в бодрствующем состоянии; неблагоприятно распространение ночных страхов на дневное время; появление у такого ребенка боязливости в вечерние часы, предшествующие сну, и наконец, возникновение элементов вычурности в фабуле страха» [13].

Невроз страха, выделенный В.В. Ковалевым [4] в отдельную нозологическую единицу, рассматривается им достаточно подробно. Им описаны типы течения невроза страха (кратковременный и затяжной), который определяется возрастом ребенка. Выделены и этапы течения страхов: этап анксиозной реакции и этап невротического состояния. Относительно невроза страха в раннем дошкольном возрасте В.В. Ковалев писал, что страхи чаще возникали после действия острой или подострой психической травмы, а также в результате так называемой эмоциональной депривации [4]. Тип развития невроза во многом определялся характером травмы и особенностями преморбидной личности. У детей соматически ослабленных, с проявлением невропатии страх нередко генерализовался. По мере затяжного течения невроза страха, который в дошкольном возрасте наиболее часто протекает с волнообразными рецидивами, обнаруживались все более устойчивые изменения характера, появлялись колебания настроения со склонностью к субдепрессивному сдвигу. Таким образом, намечалось невротическое развитие личности, которое у детей протекало, по мнению В.В. Ковалева, по астеническому, обсессивно-фобическому, истерическому и ипохондрическому вариантам [4].

Попытки провести дифференциальный диагноз между невротическими страхами и страхами при шизофрении предпринимались Н.С. Жуковской [2]. Она выделяет следующие признаки страхов, характерных для дебюта шизофрении или обострения процесса в рамках приступообразного течения:

- фабула страхов не всегда отражала характер психотравмирующей ситуации;
- содержание страхов отличалось вычурностью, неадекватностью, нелепостью;
- охваченность страхами, влияние их на жизнедеятельность и поведение носили бредовой характер;
- в межприступном периоде отмечались аутистическое поведение, снижение активности, появление характерных расстройств в мышлении, диссоциация настроения;
- в динамике страхи постепенно утрачивали эмоциональную насыщенность, становились более вербализованными, появлялись рудименты психических автоматизмов, появлялись черты специфического дефекта личности.

Клинические проявления синдрома страха в раннем детском возрасте. По мнению З. Фрейда [17], в первые недели жизни младенца реакция испуга почти не сопровождается тем, что можно было бы назвать эмоцией страха. Но чем старше становится ребенок, тем в большей мере реакция испуга сопровождается вторичным поведением в виде страха и тревоги. Очевидно, уровень зрелости является одним из определяющих факторов реакции на опасную ситуацию. Сначала младенец реагирует рефлекторно, и эта реакция диффузна и недифференцирована. Страх перед конкретным объектом предполагает наличие способности его объективировать, т. е. различать конкретные объекты в окружающей среде. А эта способность опирается на определенную зрелость нервной системы [17].

В литературных источниках приводятся результаты исследования детей раннего возраста с учетом внешне наблюдаемого поведения ребенка. В частности, Дж. Боулби [15] перечисляет ряд наблюдаемых экспрессивных и моторных актов, которые, по его мнению, можно рассматривать как показатели страха – это осто-

рожное всматривание в сочетании с подавлением движений, испуганное выражение лица, тремор, плач, съеживание, убежание. Однако тщательный экспериментальный анализ реакции младенцев дает основание предположить, что некоторые довольно широко распространенные проявления страха в действительности выражают другую эмоцию. Это может быть беспокойство по поводу трудности ассимиляции чужого лица, физического дискомфорта, резкого ограничения свободы личного пространства [15].

Есть отдельные описания, что страх и тревога проявляются как соматовегетативные дисфункции. Однако в раннем возрасте такие симпатические и парасимпатические реакции, как покраснение или побледнение кожи, потоотделение, изменение частоты дыхания, частоты сердечных сокращений являются неинформативными, т. к. во многом зависят от соматического и неврологического статуса в целом. Мышечные проявления варьируют от напряжения до тремора и спазмов. Однако не все мышечные группы одинаково реагируют на тревогу. Обычно это мышцы головы, шеи, плечевого пояса, гипертонус которых приводит к дискомфорту и боли в этих областях. Тревогой и страхом могут быть вызваны локальные мышечные дисфункции, приводящие к ларингоспазму, нарушениям речи в виде мутизма и заикания, функциональным нарушениям желудочно-кишечного тракта в виде спастических запоров, рвот, кишечных колик [20].

Что касается нарушений поведения, то такие эквиваленты тревоги и страха как навязчивые состояния, особенности привязанности, расстройства игровой деятельности, нарушения пищевого поведения, агрессивности, нуждаются в дальнейшем детальном изучении.

Так Дж. Боулби считает проявлением тревоги у младенца так называемую «тревожную привязанность» к матери [15]. Мнение же некоторых авторов таково, что тревожная привязанность объясняется взаимодействием страха и гнева одновременно. О том, что тревога представляет собой комплекс феномена страха и одного или несколько дополнительных аффектов, таких как стыд, вина, гнев, страдание, интерес, упоминают и другие зарубежные авторы, в частности К. Изард [22].

К вопросу о нейрофизиологическом аспекте тревоги и страхов. Недостаточно изучены также нейрофизиологические механизмы возникновения тревоги и страха. Так, Г. Айзенк разработал концепцию нейротизма или так называемой эмоциональности или лабильности вегетативной нервной системы. Было установлено, что нейротизм связан с генной регуляцией транспортировки серотонина [16].

Позже американским ученым R. Hoehn-Saric [20] было высказано мнение, что ни одна из систем, взятая отдельно, не может отвечать за проявления тревоги. Тревогу следует рассматривать как конечный продукт взаимодействия систем, включающих ядра ствола головного мозга, лимбическую систему, переднюю кору и мозжечок. Лимбическая система, миндалина, возможно, генерирует эмоции и контролирует эмоциональные и автономные реакции на стрессовый стимул; кроме того гиппокамп и миндалина играют важную роль в процессе запоминания, сохранения и угасания страха. Лобные доли выполняют исполнительную функцию – участвуют в процессе оценивания, координации стратегий и принятия решений [20].

Соотношение тонуса вегетативной нервной системы варьирует в зависимости от степени интенсивности аффекта. Так, в работах E. Gellhorn приводятся убедительные доказательства того, что тревога характеризуется одновременно высокой активностью симпатической и парасимпатической нервных систем. Это согласуется с теорией, что тревога состоит из эмоциональных компонентов, некоторые из которых (страх, гнев, интерес) являются симпатическими, а другие (страдание, чувство вины) парасимпатическими. При остром страхе сначала резко усиливается деятельность парасимпатической нервной системы (тонус поперечно-полосатой мускула-

туры, частота сердечных сокращения и артериальное давление снижаются), которая затем сменяется активностью симпатической нервной системы. Умеренный и слабый страх активизирует обе автономные системы с доминированием симпатического компонента, что приближает страх по своим нейрофизиологическим проявлениям к состоянию сильной тревоги с выраженным беспокойством и гиперактивностью [18].

R. Malmö предположил, что нейрофизиологической основой тревоги является расстройство гомеостатических механизмов ретикулярной формации [24]. Г. Айзенк поддерживает точку зрения о существовании двух относительно независимых активирующих систем: ретикулярной формации, активирующей кору головного мозга, и лимбической, связанной с эмоциональными аспектами поведения и активностью нервной системы [16].

Заключение. Синдром страха в раннем детском возрасте, его значение в дальнейшем нервно-психическом развитии, в том числе вероятность возникновения на почве этого синдрома эндогенных психозов, рассмотрены в научных источниках недостаточно. Это отрицательно сказывается на решении не только теоретических, но и практических вопросов, связанных с проведением комплексной психопрофилактической работы, ранним выявлением нервно-психических расстройств у детей и проведением мероприятий медико-психологической и педагогической реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения. – М.: Медицина, 1989. – 256 с.
2. Жуковская М.С. Клиника неврозов страха у детей и подростков: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1972. – 17 с.
3. Захаров А.П. Ночные и дневные страхи у детей. – СПб.: Союз, 2000. – 448 с.
4. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М.: Медицина, 1985. – 288 с.
5. Козлова И.А. Клинические особенности шизофрении раннего детского возраста (начало заболевания до 5 лет): дис. ... канд. мед. наук. – М., 1967. – 248 с.
6. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации): автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1995. – 48 с.
7. Мамцева В.Н. Детская и подростковая психиатрия. – М.: Медицина, 2003. – 432 с.
8. Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности. – М.: Наука, 1973. – 661 с.
9. Ранк О. Травма рождения и ее значение для психоанализа. – М.: Когито-Центр, 2009. – 300 с.
10. Симсон Т.П. Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста. – М.: Медгиз, 1929. – 256 с.
11. Симсон Т.П. Шизофрения детского возраста. – М.: Медгиз, 1948. – 136 с.
12. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медицина, 1974. – 320 с.
13. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. – М.: Медицина, 1973. – 392 с.
14. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. – М.: Наука, 1989. – 456 с.

1. Bashina V.M. Rannjaja detskaja shizofrenija. – M.: Medicina, 1989. – 256 s.
2. Zhukovskaja M.S. Klinika nevrozov straha u detej i podrostkov: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M., 1972. – 17 s.
3. Zaharov A.P. Nochnye i dnevnye strahi u detej. – SPb.: Sojuz, 2000. – 448 s.
4. Kovalev V.V. Semiotika i diagnostika psihicheskikh zabolevanij u detej i podrostkov. – M.: Medicina, 1985. – 288 s.

5. Kozlova I.A. Klinicheskie osobennosti shizofrenii rannego detskogo vozrasta (nachalo zabolevaniya do 5 let): dis. ... kand. med. nauk. – M., 1967. – 248 s.
6. Kozlovskaya G.V. Psihicheskie narusheniya u detej rannego vozrasta (klinika, jepidemiologiya i voprosy abilitatsii): avtoref. dis. ... dokt. med. nauk. – M., 1995. – 48 s.
7. Mamceva V.N. Detskaya i podrostkovaya psihiatriya. – M.: Medicina, 2003. – 432 s.
8. Pavlov I.P. Dvadcatiletnij opyt ob#ektivnogo izuchenija vysshej nervnoj dejatel'nosti. – M.: Nauka, 1973. – 661 s.
9. Rank O. Travma rozhdeniya i ee znachenie dlja psihoanaliza. – M.: Kogito-Centr, 2009. – 300 s.
10. Simcon T.P. Nevropatii, psihopatii i reaktivnye sostojaniya mla-dencheskogo vozrasta. – M.: Medgiz, 1929. – 256 s.
11. Simson T.P. Shizofreniya detskogo vozrasta. – M.: Medgiz, 1948. – 136 s.
12. Suhareva G.E. Lekcii po psihiatrii detskogo vozrasta. – M.: Medicina, 1974. – 320 s.
13. Ushakov G.K. Detskaya psihiatriya. – M.: Medicina, 1973. – 392 s.
14. Frejd Z. Vvedenie v psihoanaliz: Lekcii. – M.: Nauka, 1989. – 456 s.
15. Bowlby J. Attachment and loss separation: anxiety and anger. – New York, 1975.
16. Eysenk H. The biological basis of personality. – IL: Tomas Springfield, 1967.
17. Freud S. The problem of anxiety. – New York: Norton, 1936.
18. Gellhorn E. The neurophysiological basis of anxiety: A hypothesis // Journal perspectives in biology and medicine – 1965. – vol. 8. – pp. 488-515.
19. Grinker R. Psychosomatic research. – New York: Norton, 1953.
20. Hoehn-Saric R., McLeod D. Somatic manifestations of normal and pathological anxiety. – In: Biology of anxiety disorders / Eds. R. Hoehn-Saric, D. McLeod – Washington, 1993. – pp. 177-222.
21. Hall G.S. Adolescence. Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education. – New York: Appleton, 1904. – vol. 2. – 616 p.
22. Izard C., Tomkins S. Affects and behavior: anxiety as a negative affect. In: anxiety and behavior / Ed. Ch. Spilberger. – New York, London: Acad. press, 1966. – p. 81.
23. Klein M. The psychoanalysis of children. – London: Hogarth Press, 1948.
24. Malmo R. Anxiety and behavioral arousal // Journal psychological review. – 1957. – vol. 64. – pp. 276-287.
25. May R. The meaning of anxiety. – New York, 1979. – pp. 179-205.
26. Rank O. The trauma of birth. – New York: Harcourt, Brace, 1929.
27. Werry J., Aman M. Anxiety in children. – In: Handbook of studies on anxiety Ed.: B. Davies. – North-Holland Biomedical Press, 1980. – pp. 165-192.

O.M. Volkova, G.V. Kozlovskaya, M.V. Ivanov
THE FEAR SYNDROME IN EARLY CHILDHOOD
(SCIENTIFIC REVIEW)

FSBSI «Mental health research center» (Moscow).

Summary. The article discusses the history of the study of the phenomenon of fear in chronological order. It describes the understanding of fear and anxiety by different authors in the neurophysiological, psychological, psychoanalytical and psychopathological aspects. The results of the few studies to differentiate physiological and pathological fears among children of school and preschool age. Clinical manifestations of fear in infancy, their dynamics, predictive value and diagnostic criteria are still poorly understood.

Keywords: fear syndrome, early childhood, anxiety and phobic disorders.

НЕКРОЛОГ

ИРИНА МИХАЙЛОВНА НИКОЛЬСКАЯ

5 июля 2016 года на 62 году жизни скоропостижно скончалась Ирина Михайловна Никольская.

Ирина Михайловна прошла богатый и многогранный профессиональный путь исследователя и преподавателя в школьном, вузовском и последипломном образовании, от нейрофизиологии к медицинской психологии.

И.М. Никольская закончила факультет психологии Ленинградского государственного университета им. А.А. Жданова в 1977 г. В 2001 г. защитила докторскую диссертацию «Психологическая диагностика, коррекция и профилактика патогенных эмоциональных состояний у младших школьников». На кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии под руко-

водством профессора, д.м.н. Эдмонда Георгиевича Эйдемиллера она состоялась как доцент, а затем и как профессор.

Все годы работы в СЗГМУ им. И.И. Мечникова исполняла обязанности помощника заведующего кафедры по научной работе. В этой должности с особой яркостью проявился ее талант организатора научного процесса. Ирина Михайловна отличалась особой принципиальностью в оценке научной продукции сотрудников кафедры, аспирантов и соискателей. Сотрудники всегда принимали ее оценки как наиболее весомые и аргументированные в научном споре. Она обладала адекватной самооценкой, с интересом относилась к новому, чтла традиции, отличалась самокритичностью.

Многообразие своего научного и клинико-психологического потенциала она воплотила в 220 публикациях, используемых в педагогической и психологической практике. Соавтор первой в России монографии, посвященной исследованию психологической защиты и копинг-поведения у детей «Психологическая защита у детей» (2000, 2006, 2010), учебных пособий «Семейный диагноз и семейная психотерапия» (2003, 2005, 2006, 2007) и «Детская психиатрия» (2005).

Автор новых психодиагностических и психокоррекционных технологий: выявления психологической защиты и копинг-поведения у детей (1999), оригинальной интегративной арт-терапевтической технологии «Метод серийных рисунков и рассказов» (2003, 2009). Уникальная технология «Метод серийных рисунков и рассказов» доказала свою высокую эффективность, была разработана в онтогене-

тическом ключе, что позволяет ее использовать для детей, подростков и взрослых. Автор новых вариантов проективной методики «Семейная социограмма» (2009, 2010). Соавтор модели реабилитации для пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами (2009). В качестве научного руководителя подготовила 6 кандидатов наук. Она видела потенциал каждого и умела ставить такие задачи перед соискателями, которые они были способны раскрыть.

Проводила лечебно-консультативную работу в Медицинском центре СЗГМУ имени И.И. Мечникова и на клинической базе кафедры – Центре восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина. Ее пациенты вспоминают о ней с благодарностью. Ирина Михайловна всегда находила адекватную и интересную форму изложения учебного материала как для психологов, так и для врачей. Проводя учебно-методическую работу на циклах кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, всегда получала высший балл в анонимном рейтинге слушателей. Помимо этой работы находила время для супервизии и балинтовских групп.

Ирина Михайловна проявила мужество, энергию и сострадание, работая в горячих точках России и СНГ. Являлась международным консультантом Детского Фонда ООН «ЮНИСЕФ». Участвовала в программах ЮНИСЕФ в Кыргызстане (2005, 2006 гг.), на Северном Кавказе (2007-2011 гг.), Казахстане (2012), Азербайджане (2012).

Ирина Михайловна являлась членом Ученого Совета педиатрического факультета, Проблемной комиссии «Нервные и психические болезни» СЗГМУ им. И.И. Мечникова, членом Диссертационного совета в Российском государственном педагогическом университете им. А.И. Герцена, Диссертационного Совета психологического факультета Санкт-Петербургского государственного университета, членом Санкт-Петербургского отделения Российского психологического общества и Ассоциации детских психиатров и психологов, членом редколлегии журналов «Вопросы психического здоровья детей и подростков», «Медицинская психология в России». Многие годы возглавляла Клуб друзей кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, последние годы была почетным президентом Санкт-Петербургского филиала Ассоциации детских психиатров и психологов.

В некрологах принято делиться формальными оценками в основном профессионального пути человека. Мы хотим отойти от этой традиции и сказать, что она блестяще освоила такие важные житейские роли, как женщина, жена, мать и бабушка, в своей семье создала питательную среду для роста и развития не только для своих детей и внуков, но и для своих учеников.

Скорбим вместе с близкими и родственниками, вспоминаем важные совместные события профессии и жизни, соотносим оценку своих поступков с возможной оценкой Ириной Михайловной.

**Сотрудники кафедры детской психиатрии,
психотерапии и медицинской психологии
Правление Ассоциации детских психиатров
и психологов**

**Редколлегия журнала «Вопросы психического
здоровья детей и подростков»**

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоро-
вья детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психоло-
гии, 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, 3 см слева, 1,5 см справа.
3. Графики, рисунки, диаграммы изображаются **в черно-белом формате, доступном для редактирования.**
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, город.
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, город, 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, не рассматриваются.
11. Плата за публикацию статей 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 25.08.2016 г.
Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.
Печать цифровая. Тираж 500 экз.
Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»
ООО «Сам Полиграфист»
129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.
www.onebook.ru