

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНСТВО ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И  
СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ  
ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ФАКУЛЬТЕТ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ



## **РОЖДЕНИЕ И ЖИЗНЬ**

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

2010

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНСТВО ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И  
СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ  
ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ФАКУЛЬТЕТ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

## **РОЖДЕНИЕ И ЖИЗНЬ**

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ДЕТСТВА  
15-16 ОКТЯБРЯ**

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

2010

**ББК**

УДК

**Рождение и жизнь:** Материалы международной конференции по клинической психологии детства / Под общей редакцией проф. В.А. Аверина, проф. А. Н. Корнева СПб: Изд. СПбГПМА, 2010. – 166 с.

В сборнике представлены материалы, в которых рассматривается широкий круг вопросов, связанных с клинической психологией детства. Затрагиваются общие методологические вопросы клинической психологии; предлагается решение частных вопросов клинической психологии в учреждениях образования и здравоохранения; значительное внимание уделяется проблемам перинатальной клинической психологии; анализируются психолого-педагогические аспекты подготовки клинических психологов в вузе.

Сборник предназначен для специалистов в области клинической психологии, преподавателей и аспирантов.

Издание подготовлено факультетом клинической психологии СПбГПМА.

**Редакционная коллегия:** доктор психологических наук, проф. А.Н. Корнев (отв. редактор), доктор медицинских наук, проф. О.С. Кульбах, кандидат педагогических наук, доцент Е.Р. Зинкевич, кандидат медицинских наук, доцент Д.Д. Исаев.

Материалы конференции печатаются в авторской редакции, за содержание опубликованных статей редакционная коллегия ответственности не несет.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....

### РАЗДЕЛ I. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

**ВАССЕРАМАН Л.И., ЧЕРЕДНИКОВА Т.В.**

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....

**ГРИГОРЕНКО Е.Л.**

ВЛИЯНИЕ ГЕНОМА НА ЧТЕНИЕ И ЕГО НАРУШЕНИЯ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....

**ИСАЕВ Д.Д.**

ПРОБЛЕМЫ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.....

**ИСАЕВ Д.Н.**

ДИЗОНТОГЕНЕЗ ИЛИ ПАТОПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ.....

**КОРНЕВ А.Н.**

О СЕМИОТИКЕ ДИАГНОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.....

**ЛУШИН В.Б.**

АУТИЗМ, ДЕПРЕССИЯ РОДИТЕЛЕЙ И «КОЛЬЦЕВЫЕ ЭФФЕКТЫ»: ОПЫТ КОНЦЕПТУАЛЬНОГО АНАЛИЗА НА ОСНОВЕ АМЕРИКАНСКОГО МАТЕРИАЛА.....

**НИКОЛЬСКАЯ И.М.**

КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ.....

**НОВИКОВА Т.О., КОВАЛЕВСКАЯ М.Г.**

ДУХОВНОЕ ПРОСТРАНСТВО: СЕМЬЯ – РЕБЕНОК.....

**МАСЛОВА О.И., КАРКАШАДЦЕ Г.А., СЕРГИЕНКО Н.С.**

ПЕДИАТРИЯ РАЗВИТИЯ И КОГНИТИВНАЯ НЕВРОЛОГИЯ.....

**ПОСОХОВА С.Т.**

ПРОЯВЛЕНИЕ ДОВЕРИЯ ПОДРОСТКАМИ, ПЕРЕЖИВШИМИ ПСИХОТРАВМИРУЮЩУЮ СИТУАЦИЮ.....

**СЕМАГО М.М.**

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ПОСТНЕКЛАССИЧЕСКОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ.....

**СКОБЛО Г.В., ТРУШКИНА С.В.**

ПОГРАНИЧНАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В РАННЕМ ДЕТСТВЕ: ПРОБЛЕМЫ РАСПОЗНАВАНИЯ И ТЕРАПИИ.....

**СОЛОВЬЕВА С.Л.**

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....

**СОРОКИН В.М.**

К ПРОБЛЕМЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЕДИНСТВА ПРЕДМЕТНОГО СОДЕРЖАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ В СМЫСЛОВОМ КОНТЕКСТЕ ПОНЯТИЯ «КЛИНИЧЕСКИЙ».....

**ТИТОВА В.В.**

ПРОСТРАНСТВО ПСИХОТЕРАПИИ.....

**ЭЙДЕМИЛЛЕР Э.Г.**

СИМПТОМО- И НОЗОЦЕНТРИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОНЕВРОЛОГИИ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ.....

## **РАЗДЕЛ II. ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**БЕЛОМЕСТНОВА Н.В.**

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ПО РИСУНОЧНЫМ ТЕСТАМ.....

**БОЙКОВА А.В.**

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ БАТАРЕЙ РАВЕНА И АМТХАУЭРА.....

**ВЕЙЦ А.Э.**

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС.....

**ВЕСЕЛОВА Т.В., БИЛЕЦКАЯ М.П.**

СИСТЕМНЫЙ СЕМЕЙНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ТРЕВОГИ У ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....

**ГРИГОРОВА З.Н.**

РОЛЬ ПСИХОЛОГА В СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В КОНФЛИКТЕ С ЗАКОНОМ.....

**ЕВДОКИМОВА И.А., ПИРОГОВ Д.Г.**

СВЯЗЬ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, СОСТОЯЩИХ В СТАБИЛЬНЫХ ПАРТНЁРСТВАХ, С ТИПОМ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ И ПРИЁМОМ АРВ-ТЕРАПИИ.....

**КАРКАШАДЗЕ Г.А.**

ИССЛЕДОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ ТУАЛЕТА У ДЕТЕЙ В МОСКВЕ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ.....

**КОРНЕВ А.Н.**

ПСИХОЛОГ В СИСТЕМЕ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДИЗОНТОГЕНЕЗОМ ЯЗЫКА И РЕЧИ.....

**ЛАССАН Л.П.**

К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ В КЛИНИЧЕСКОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА....

**ЛОХМАТКИНА Н.В.**

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ У ЖЕНЩИН, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ К ВРАЧАМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ.....

**МАЗУРОВА Н.В.**

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РОДИТЕЛЕЙ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА.....

**ПИРОГОВ Д.Г.**

ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТРАНССЕКСУАЛЬНЫХ УСТАНОВОК У ЖЕНЩИН.....

**ПУШИНА В.В., СМИРНОВА Е.А.**

ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ НА РАЗВИТИЕ СТРАХОВ У ПОДРОСТКОВ.....

**РАГОЗИНСКАЯ В.Г.**

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ИХ РАННЕГО РАЗВИТИЯ.....

**РУСИНА Н.А., ГАНУЗИН В.М., ГАНУЗИНА Г.С.**

СИНДРОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ КАК ФАКТОР  
ФОРМИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ.....

**РЫЖКОВА Т.Ю., ВЕЛИКАНОВА М.Г.**

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ  
ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДОМЕ РЕБЕНКА.....

**СВИРИДОВА Т.В.**

ОСОБЕННОСТИ САМООТНОШЕНИЯ МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С  
ХРОНИЧЕСКИМ СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ (НА ПРИМЕРЕ  
ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА И  
ПИЕЛОНЕФРИТА).....

**УЗЛОВ Н.Д., МОГИЛЕВЕЦ Н.Г.**

ОТНОШЕНИЕ МАТЕРЕЙ И ОТЦОВ К ОСТРОМУ РЕСПИРАТОРНОМУ  
ЗАБОЛЕВАНИЮ У СВОЕГО РЕБЕНКА МЛАДЕНЧЕСКОГО, РАННЕГО И  
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....

**ЧЕБУРКОВ А.В.**

ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИИ МАЛЬЧИКОВ И ДЕВОЧЕК-  
МИГРАНТОВ.....

**ЧИРКОВА Ю.В.**

ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО  
ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....

**ЧУТКО Л.С., АНИСИМОВА Т.И., СУРУШКИНА С.Ю.**

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА  
ВНИМАНИЯ: ПРОБЛЕМЫ В СЕМЬЕ И СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ.....

**ШЕНДРИК М.И., БИЛЕЦКАЯ М.П.**

МИШЕНИ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ  
АСТМОЙ.....

### **РАЗДЕЛ III. ВОПРОСЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**БАЛАШОВА Т.Н., ИСУРИНА Г.Л., ГРАНДИЛЕВСКАЯ И.В., РЕГЕНОВА  
А.Ю., ПЕЧЕНЕЖСКАЯ М.С., БУРИНА Е.А.**

ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА ПЛОДА И НАРУШЕНИЙ  
НЕЙРОРАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ: ТЕХНОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ  
ПРОГРАММЫ.....

**БЛОХ М.Е.**

ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИИ ПАЦИЕНТОК К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ  
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА  
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ЭТИХ МЕТОДОВ.....

**ДОБРЯКОВ И.В.**

ДИАДНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ  
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА РАННИХ ЭТАПАХ  
ОНТОГЕНЕЗА И ИХ ПРОФИЛАКТИКА.....

**ЗНАЧКОВ Д.В.**

ПРАКТИКА ГРУППОВОЙ РАБОТЫ С БУДУЩИМИ ОТЦАМИ В  
КРАСНОГВАРДЕЙСКОМ РАЙОНЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА....

**КОСТЕРИНА Е.М., КАРПЕНКО Т.В.**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЛИНГА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ХОЛДИНГА И  
РАЗВИТИЯ ОТНОШЕНИЙ ВНУТРИ ДИАДЫ МАТЬ-  
ДИТЯ.....

**КРУМПАНЕ А.Я.**

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДОРОДОВОЙ ПОДГОТОВКЕ КАК  
ФОРМА ПЕРВИЧНОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ МАТЕРИ И  
МЛАДЕНЦА.....

**ЛАЗАРЕВА М.Л., МАСЛОВА О.И., САДЫКОВА М.М., ГУРОВА О.И.,  
АХМЕРОВА Ф.Г., ГАРАСИК М.Н., ПУШИНА Ф.Г.**

КОГНИТИВНЫЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ РЕЗЕРВЫ ПРЕНАТАЛЬНОГО  
ДЕТСТВА.....

**ЛАЗУРЕНКО С.Б., МАСЛЕННИКОВА В.А.**

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РЕЧИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С  
ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА И СТЕПЕНИ  
ТЯЖЕСТИ.....

**ЛАНЦБУРГ М.Е.**

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ОПТИМИЗАЦИИ ДИАДИЧЕСКИХ  
ОТНОШЕНИЙ НА ОСНОВЕ РЕСУРСНОГО ПОДХОДА.....

**МУРЗА-ДЕР Г.А.**

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С  
ДИАГНОЗОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ ВТОРОГО И ТРЕТЬЕГО ТРИМЕСТРА  
БЕРЕМЕННОСТИ.....



**ПЛОТНИКОВА А.Л.**

ПРИЕМ РАЗДЕЛЕНИЯ МОДАЛЬНОСТЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ НЕВЕРБАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ В МЛАДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ.....

**СКРИЦКАЯ Т.В.**

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В ПРЕ-, ПЕРИ- И ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....

**СМИРНОВ А.Г.**

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО РИСКА ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ФАКТОРА, НЕГАТИВНО СКАЗЫВАЮЩЕГОСЯ НА РАЗВИТИИ РЕБЕНКА.....

**ТРУШКИНА С.В.**

НОРМАТИВНЫЕ МОДЕЛИ МАТЕРИНСТВА У ЖЕНЩИН И ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ИХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ.....

#### **РАЗДЕЛ IV. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ**

**ДЕРЕЧА В.А.**

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В ВЫПУСКНЫХ КВАЛИФИКАЦИОННЫХ РАБОТАХ СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ОРЕНБУРГСКОЙ ГОСМЕДАКАДЕМИИ.....

**ЗИНКЕВИЧ Е.Р.**

ТЕХНОЛОГИЯ ИМИТАЦИОННЫХ ИГР В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ – БУДУЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ.....

**ЗИНКЕВИЧ Е.Р., КУЛЬБАХ О.С.**

СОТРУДНИЧЕСТВО ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА КАК УСЛОВИЕ ПОСТУПАТЕЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.....

**КОЗИНА Н.В.**

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ КУРСА «ВВЕДЕНИЯ В ПРОФЕССИЮ» НА ФАКУЛЬТЕТЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.....

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ.....

## ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ

Настоящий сборник содержит материалы конференции (тезисы и доклады), цель которой – обсудить актуальные вопросы клинической психологии детского возраста.

С начала 90-х в этом научном направлении отмечался определенный застой. По ряду объективных причин активность научных исследований заметно снизилась, как и в детской психиатрии. Настало время «собирать камни». Попыткой начать этот процесс и является организация данной конференции. Она приурочена к десятилетию со дня создания факультета клинической психологии СПбГПМА.

Исторически ленинградская школа детской психиатрии и клинической психологии внесла немалый вклад в создание фундамента этой еще молодой научной дисциплины (Н.И. Озерский, С.С. Мнухин, Н.Н. Трауготт, Д.Н. Исаев, В.И. Гарбузов, А.И. Захаров, В.Е. Каган, А.Ю. Панасюк и др.). Факультет клинической психологии, созданный доктором психологических наук, профессором В.А. Авериним, продолжает и развивает эти традиции.

Клиническая психология, как самостоятельная научная дисциплина, находится в процессе становления. Генетически связанная с психологией развития и детской психиатрией, клиническая психология детства находится в поиске своего места в системе охраны психического здоровья детей. Определенные трансформации, происходящие в детской психиатрии, оказывают влияние и на клиническую психологию детства. Ряд изменений, произошедших за последние десятилетия в номенклатуре психологических специальностей, ломка традиций нозологического подхода в связи с принятием МКБ-10, вызывают необходимость в осмыслении сложившейся ситуации, соотнесении опыта, накопленного в российской школе клинической психологии с современными тенденциями западных научных школ. На современном этапе представляется важным преодолеть своеобразный изоляционизм, который был свойствен советской научной школе. Необходима ассимиляция огромного фонда научных знаний, накопленных мировым научным сообществом.

Вышеупомянутая «островная тенденция», которая в силу известных идеологических установок была присуща советской клинической психологии, привела к тому, что в настоящее время решение задач подготовки клинических психологов сталкивается с немалыми трудностями. Создание современной системы подготовки клинических психологов невозможно без глубокого методологического анализа западных учений, долгое время находившихся в СССР под запретом (З. Фрейд, А. Фрейд, К. Хорни, А. Адлер, К.Роджерс, Ж.Пиаже, К.Ясперс и многих других). Пока они представлены в учебных курсах, предлагаемых студентам, рядоположенно с отечественными теориями, в явно неравной пропорции.

Предстоит решение непростой задачи: сохранив все лучшее из традиций отечественной школы, интегрировать это с современными достижениями западной школы. В противном случае, мы будем учить будущих специалистов «вчерашней психологии», предоставляя им самостоятельно делать выбор между классической отечественной психологией XX века и современной западной психологией XXI века, сформировавшейся на основе вышеупомянутых учений. В связи с этим представляется актуальным обсуждение существующих методологических позиций в системе подготовки клинических психологов, интеграции национального и зарубежного опыта. Отдельного внимания заслуживает анализ позитивных и негативных аспектов включения российской высшей школы в Болонский процесс.

В соответствии с вышеприведенной позицией была составлена программа конференции, охватывающая основные актуальные вопросы общих и частных разделов клинической психологии детей и подростков. В сборнике представлены доклады не только психологов, но и врачей (психиатров, неврологов и педиатров). И это произошло не случайно, поскольку в области решения клинических задач интеграция, взаимодействие врачей и клинических психологов представляется не только естественной, но и жизненно необходимой, как с теоретической, так и с практической точек зрения.

Композиция сборника отражает традиционное разделение клинических дисциплин на общие и частные вопросы патологии. В первом разделе «Методологические проблемы клинической психологии» представлены материалы, затрагивающие фундаментальные и общие вопросы клинической психологии или содержащие мета-анализ современных тенденций в мировой науке. Раздел «Частные вопросы клинической психологии» содержит работы, посвященные изучению отдельных форм патологии и прикладным аспектам клинической психологии. Раздел «Вопросы перинатальной психологии» посвящен исследованиям, относящимся к соответствующему недавно выделившемуся научному направлению. И, наконец, в последний раздел «Психолого-педагогические аспекты подготовки клинических психологов» включены сообщения, посвященные проблемам психологии и педагогики высшей школы.

*А.Н. Корнев*  
*Доктор психологических наук, профессор,*  
*СПбГПМА*

# РАЗДЕЛ I. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

## ИЗ ИСТОРИИ ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ СПбГПМА

*В.А. Аверин*

*Доктор психологических наук, профессор,  
декан факультета клинической психологии СПбГПМА*

Как отмечал Б.Г.Ананьев, «практическая потребность в управлении ресурсами и резервами целостного человека привела к сближению различных прикладных дисциплин» [1; 90]. Особое место среди них принадлежит медицинской науке, ее новым междисциплинарным связям с различными отраслями психологии и, прежде всего, с медицинской психологией. Возникновению этих связей, по мнению Б.Г.Ананьева, способствует углубление понимания «относительности границ между гигиеной и воспитанием, оздоровительно-восстановительной практикой и формированием человека, психотерапией и социально-педагогическими воздействиями» [1; 91].

Осознание углубления связей между медициной и психологией привело к пониманию необходимости подготовки специалиста-психолога широкого профиля, способного в своей практической и научной деятельности решать комплекс задач, направленных на повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека, гармонизацию его психического развития, охрану здоровья, профилактику и преодоление недугов, психологическую реабилитацию.

Приказом Министерства образования РФ 368 от 02.03.2000 г. была утверждена специальность «Клиническая психология», а уже 1 сентября этого же года в Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии - первой среди медицинских вузов страны - была начата подготовка специалистов по специальности 030302.65- «Клиническая психология». В этой связи следует особо подчеркнуть роль ректората и, прежде всего, ректора Академии профессора В.В.Левановича, горячо поддержавшего идею создания факультета, и активно поддерживающего факультет все годы его существования.

В основу создания факультета положены результаты многолетнего опыта кафедры психологии и педагогики Ленинградского педиатрического медицинского института. Решением Ученого Совета Академии от 4 апреля 2000 г. кафедра психологии и педагогики была преобразована в кафедру общей и клинической психологии. Силами преподавателей этой кафедры, а также других кафедр Академии и приглашенных педагогов и ученых из СПбГУ, РГПУ им. А.И. Герцена, НИПИ им. В.М. Бехтерева, как и других учебных и

научных учреждений города был начат образовательный процесс со студентами первого курса в количестве 20 человек.

С момента организации факультета основной задачей являлось создание и реализация образовательного маршрута студентов с акцентом на естественнонаучную и гуманитарную подготовку будущих специалистов с целью формирования у них антропоцентрического или личностно-ориентированного мировоззрения. Избранная методология подготовки студентов обусловила последующее развитие факультета.

Следующим шагом в его развитии стало образование кафедры клинической психологии, ставшей первой выпускающей кафедрой, обеспечивающей подготовку студентов по ряду специальных дисциплин и дисциплинам специализации. В свою очередь, кафедра общей и клинической психологии была преобразована в кафедру общей и прикладной психологии с курсом медико-биологических дисциплин. Она обеспечивает учебный процесс по циклам гуманитарных, естественнонаучных и общепрофессиональных дисциплин.

С учетом специфики педиатрической медицинской академии вполне естественным стал и выбор первой специализации в пользу «психопрофилактики, психокоррекции и психотерапии детей и подростков». Первыми клиническими базами факультета стали клиники детской клинической больницы Академии, другие лечебные, научные и образовательные учреждения города.

В 2007 г. была образована кафедра психосоматики и психотерапии, осуществляющая учебный процесс по ряду специальных дисциплин и дисциплинам еще одной специализации – «Психология кризисных состояний и переживаний». Одновременно с этим в структуре детской клинической больницы был образован психотерапевтический кабинет для психологического обеспечения лечебного процесса в клиниках больницы, а также для образовательного процесса со студентами факультета.

Большое внимание уделялось и уделяется формированию библиотечного фонда факультета. Начатый практически с нуля сегодня библиотечный фонд насчитывает более 9 тысяч экземпляров книг. Студенты и преподаватели могут ознакомиться с более чем 40 периодическими изданиями, выписываемыми библиотекой.

Факультет располагает компьютерным классом на 12 посадочных мест, специально оборудованным классом для проведения тренингов с необходимой видеозаписывающей и воспроизводящей аппаратурой. Сегодня все учебные аудитории обеспечены мультимедийной аппаратурой.

Особое внимание на факультете с первого дня его образования уделялось и уделяется научно-исследовательской деятельности студентов. Алгоритм этой подготовки включает несколько направлений. Первое из них - участие студентов в работе студенческого научного общества, руководителем которого со дня его образования является зав. кафедрой клинической психологии доц. Д.Д. Исаев. На протяжении многих лет в рамках ежегодной вузовской студенческой конференции работает секция клинической

психологии, на которой, как правило, студенты факультета представлены 8-10 докладами. Второе направление - это участие студентов в научных конференциях других вузов, а также конференциях, проводимых под эгидой СПб психологического общества. Наконец, третье направление - это написание студентами курсовых и дипломных работ. Важным требованием, предъявляемым деканатом факультета к курсовым работам 3-го курса, является обязательная эмпирическая часть, выполненная по результатам обследования основной и контрольной групп. Еще одно пожелание деканата при выборе студентом темы исследования - это пролонгированный характер исследования, которое продолжается в рамках курсовой работы на 4- курсе и завершается дипломной работой. Подобная организация научно-исследовательской работы позволяет студенту провести полноценное исследование заявленной темы, некоторые из которых потом переформулируются в темы кандидатских диссертаций. В подтверждение этого приведу выдержки из отчета Председателя ГАК профессора С.Л. Соловьевой по результатам первого (2005 г.) и второго (2006 г.) выпусков студентов факультета: «Многие выпускные работы содержали в себе элементы научной новизны, а некоторые, как, например, дипломы В.С. Тихомировой «Выявление депрессивных проявлений у детей с детским церебральным параличом», Л.Б. Павловой «Образ «Я» и его влияние на систему отношений со значимыми другими у подростков-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата», Е.А. Полоухиной «Влияние наличия ребенка-инвалида на брачно-супружеские отношения», С.А. Куликовой «Разработка и экспертиза программы психологического сопровождения беременных женщин» выполнены на хорошем современном уровне кандидатской диссертации» (2005 г.). Такая же высокая оценка была дана в 2006 г. диплому А.В. Тагильцевой «Внутренняя картина болезни сексуального здоровья у женщин с сексуальными дисфункциями». Следует отметить, что все названные студенты стали аспирантами или соискателями факультета или других научных учреждений и по окончании аспирантуры успешно защитили кандидатские диссертации в 2009-10 гг. На сегодняшний день уже пять выпускников факультета защитили кандидатские диссертации. Подобный результат говорит о правильности пути, избранного на факультете в части научно-исследовательской подготовки студентов.

Тематика курсовых, дипломных работ и тем кандидатских диссертаций позволяет определить основные научные направления, формируемые на факультете. Во-первых, это «Психология психосоматических расстройств у детей», во-вторых, «Проблемы психосексуального развития и формирования гендерной идентичности», в-третьих, «Клиническая логопатология детского возраста», в-четвертых, «Вопросы кризисной психологии детства». Выполняются работы по нейропсихологии детского и подросткового возраста, перинатальной психологии и психологии раннего возраста, по психологическим аспектам абилитации детей с особыми нуждами.

Важнейшей частью профессиональной подготовки клинического психолога является его практическая подготовка, осуществляемая в рамках учебных практикумов и практик. Практическая деятельность студентов

реализуется на клинических базах факультета, в числе которых: Детская клиническая больница Педиатрической Медицинской Академии, Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия», Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Институт мозга человека Российской Академии Наук, ФГУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта, «Психиатрическая больница» №3 им. И.И. Скворцова-Степанова, «Психиатрическая больница» №7 (Клиника неврозов им. И.П. Павлова), «Городской центр восстановительного лечения с психоневрологическими нарушениями», Наркологическое отделение детской инфекционной больницы №3, «Специализированный дом ребенка» №316 (психоневрологический), «Родильный дом» №9, №15», «Центр психолого-медико-социального сопровождения» Выборгского района, «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат (VI вида) №9», «Средняя общеобразовательная школа 594» Московского района. Все это позволяет получить на выходе квалифицированных специалистов, пользующихся спросом у работодателей.

### **Литература**

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания.- Л.: ЛГУ, 1968.-339с.

### **РЕЗЮМЕ**

Дана краткая история становления и развития факультета клинической психологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии. Описывается структура факультета, связи с лечебно-научными подразделениями города, обеспечивающие профессиональную подготовку студентов. Приводятся данные о результатах учебно-научной деятельности.

### **SUMMARY**

In the articles a short history of development of the faculty of Clinic Psychology of State Saint-Petersburg pediatric Academy is stated. Also a specialist can find an information about the structure of the faculty, its connections with scientific and medical departments of the city which provide professional training for students.

# СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

*Л.И. Вассерман, Т.В. Чередникова*  
*Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург*

Методологические проблемы современной детской нейропсихологии сводятся не только к поискам продуктивного соединения качественного и психометрического методов диагностики. Наиболее важными здесь являются проблемы синтеза идеографических (синдромно-аналитических) и номотетических (групповых, статистических) подходов к исследованию нейропсихологических связей. Первый из них позволяет выявлять различные нейропсихологические синдромы, а второй – решать вопросы верификации их клинической типологии, а также вариативности, с учетом функциональной специализации полушарий, интеллектуальных, возрастных, половых, индивидуально-психологических, социально-психологических и социокультурных факторов. Самые большие трудности при этом заключаются в разграничении индивидуальных, возрастных и патологических особенностей нейропсихологического развития, а также в сложности соотнесения психических функций с разными мозговыми механизмами в детском возрасте. Все эти проблемы, в целом, пока являются актуальными не только для отечественной, но и зарубежной детской нейропсихологии [1], [4], [5], [6], [8], [9], [13], [15].

***Проблемы соотношения психометрических и качественных методов нейропсихологической диагностики.*** Практика использования за рубежом различных детских нейропсихологических батарей [8], [9], [10], [11], [15] показала недостаточность чисто психометрических методов для полноценной нейропсихологической диагностики [4], [5], [6], [8], [11]. Поэтому в психометрических исследованиях пытаются решать проблему учета качественных данных, используя при этом, в основном, три способа: 1) анализ профиля тестовых оценок по разным нейропсихологическим пробам, с выделением их различных клинических паттернов (синдромов) [8], [15]; 2) введение дополнительных шкал для оценки качественных параметров выполнения тестов [7]; 3) варьирование условий проведения стандартной процедуры количественного измерения, которое может включать снятие временных лимитов, изменение мотивации, оказание разнородной и дозированной помощи и т.д. [10]. В последнем случае применяются принципы обучения, разработанные в рамках концепции «зоны ближайшего развития» Л.С. Выготского [8]. История развития психодиагностики в целом показывает, что на этапе зрелости качественно-описательного изучения особенностей поведения человека переход к их количественной оценке происходит закономерно и неизбежно. Классификация и типологизация всесторонне изученных и четко дифференцированных качественных параметров тестовой



деятельности создает основания для их количественной оценки с помощью метрических или ранговых шкал [1], например, путем начисления штрафных баллов за каждую ошибку определенного рода с последующим их суммированием [6] или путем ранжирования ошибок по тяжести, а разных стилей и стратегий тестовой деятельности – по сложности [7] и т.д. Так, развитие нейропсихологического оценивания в тесте «Комплексная фигура» Рея-Остерриса прошло этапы от качественного анализа возрастных стилей копирования фигуры – к их ранговым измерениям по степени возрастной зрелости и позже – к многомерной психометрической оценке более чем 17 других качественных параметров рисунка [12].

***Проблемы соотношения идеографических и номотетических подходов.*** Однако типологизация и классификация качественных симптомов в ходе их описательного анализа методологически должна дополняться факторно-аналитическими методами верификации связи или независимости ошибок одного или разного рода. Без этого результаты качественного анализа различных симптомов могут порождать тенденциозность, необоснованную генерализацию частных обобщений, и даже фактологическую деформацию [1], [8], [13].

Совершенно очевидно, что синдромно-аналитический подход в чистом виде, без групповых нормативно-сравнительных клинических исследований остается во многом субъективным и частным методом анализа. Однако, именно в силу своей частности, этот метод является незаменимым в случаях индивидуальных исследований, а также эвристических, направленных на поиск уникальных для отдельного ребенка патологических феноменов или еще неизвестных и неизученных феноменов нейропсихологической патологии. Таким образом, перспективным и теоретически обоснованным представляется совместное использование обоих подходов, идеографии и групповой статистики, а также качественного и психометрического оценивания в решении различных вопросов нейропсихологической диагностики.

Теоретико-методологические проблемы нейропсихологической диагностики.

***IQ и частный нейропсихологический дефицит.*** Наиболее спорным методологическим вопросом в этой области является необходимость учитывать влияние на отдельный нейропсихологический дефицит общего интеллекта как показателя успешности интегральной работы мозга, что экспериментально и теоретически обосновано [2], [13], [14]. Несмотря на авторитетные заявления Lezak [12] о том, что интеллект – это всего лишь видимость единой способности, которую создает просто удивительно слаженная (бесшовная) работа множества отдельных функций, растет число экспериментальных фактов, подтверждающих неразрывные связи любых психических структур с высшими уровнями их системной иерархии, в том числе и когнитивной (т.е. интеллекта) [14]. Такая иерархия есть проявление системно-структурной (или модульно-сетевой, в современных терминах нейрокогнитивной психологии) организации работы мозга [3]. Диссертационное исследование И. Логвиновой, проведенное под нашим руководством, показало, например, что клинически

однородные группы детей 5-7 лет, с диффузными резидуально-органическими повреждениями головного мозга (пре-, пери- и постнатального генеза), достоверно различаются между собой структурой, уровнями, функциональным составом, коррекционной и возрастной динамикой нейропсихологического дефицита в зависимости от степени их общего интеллектуального развития (неопубликованная рукопись, 2010).

***Теоретические проблемы возрастных нормативов.*** Создание валидных методик нейропсихологической диагностики для детей в рамках обоих методов связано с необходимостью разработки дифференцированных возрастных нормативов. Разработку таких нормативов во многом тормозят исторически сложившиеся недочеты теоретико-методологических установок нейропсихологии, а также специфика определения нормативов в условиях постоянных изменений развивающейся детской психики.

Так, в когнитивной нейропсихологии изучение расстройств познавательных функций в связи с морфофизиологическими мозговыми повреждениями служит базой для формирования теории об их строении в норме (хотя и не без оговорок), как у взрослых, так и у детей [6], [10]. Но установка лишь на данные о поражениях мозга значительно затрудняет однозначные выводы о структуре когнитивных функций в норме. Во-первых, она не учитывает, что видимый при обследовании дефект может быть, на самом деле, проявлением действий компенсаторных механизмов в системной перестройке функции [1], [4], [5], [11], [12]. Во-вторых, нейропсихологический симптом может возникать, согласно теоретическим представлениям А.Р. Лурия, как системный эффект – вторичное расстройство прямо не затронутых повреждением функций или звеньев системы [4]. В-третьих, нарушения деятельности мозга могут, парадоксально, проявляться не симптомами дефицитарности, но парциальной гиперфункции [1], [4], [5], [12]. Все это затрудняет нейропсихологическое соотнесение структуры и ее функции, особенно в детском возрасте.

Вопрос о диагностике нормативного строения нейропсихологических функций в онтогенезе дополнительно осложнен необходимостью учета возрастной перестройки и хроногенного развития функциональных структур [1], [5], [13], [15]. Так, тестовые показатели мозговой дисфункции в старшей возрастной группе оказываются нормативными для возрастных достижений младших детей. С другой стороны, слишком ранний прогресс отдельных способностей в детском возрасте может быть проявлением системной патологии, а не просто опережающих темпов возрастного развития. Например, исследование особенностей цветоструктурирования у детей показало, что достижением шестилетнего возраста, в сравнении с пятилетним, является опора на детальный наглядный план при раскраске рисунка. Однако такой подробный внешний план у подростков свидетельствует уже о дисфункции возрастной интериоризации планирующих действий и дефиците внутреннего планирования [7]. Другой пример – неспособность детей 4 лет в норме выделять в тесте «Цветоструктурирование» сложную графическую фигуру птицы из зрительного шума. При этом только в группе шизофрении дети этого возраста могли

увидеть на тестовом рисунке целостную фигуру птицы, что оказывалось не только опережением возрастных возможностей сложного зрительного восприятия, но и симптомом патологии нейроразвития [13], [15].

И, наконец, в силу хроногенного характера психического развития, наличие даже довольно выраженных повреждений отдельных мозговых структур может слабо или совсем не проявляться в одном возрасте и дать отчетливую клинику в другом. Известно, например, что ранние левополушарные повреждения мозга обнаруживаются в когнитивных дисфункциях у детей только с началом их школьного обучения [15], а лобная патология – преимущественно, в подростковом возрасте [2], [12].

Таким образом, классический для исследования взрослых принцип изучения нарушения ВПФ в детской нейропсихологии необходимо методологически дополнять установкой на исследование нормативного строения и развития нейропсихологических функций [8].

**Методологические вопросы разработки возрастных нормативов.** Их основой, по-видимому, должно стать сочетание трех экспериментальных методов нейропсихологического исследования: лонгитюдных, «поперечных возрастных срезов» и индивидуально-типологических. Необходимость лонгитюдных методов для выявления возрастных закономерностей структурной перестройки когнитивных функций и общих направлений их системной организации доказывают многочисленные экспериментальные данные, накопленные в научной школе Б. Г. Ананьева, а также в зарубежной науке [15], [16].

Метод «поперечных срезов» при этом раскрывает строение нейропсихологических функций на каждом отдельном этапе онтогенеза и позволяет оценить нормативный уровень их возрастного развития.

Исследования индивидуальных характеристик психической деятельности здоровых детей способны выявить не только различные типы, но также идиосинкратические варианты развития, которые не отвечают клиническим критериям патологии, но имеют выраженные индивидуальные особенности [1]. Эти нейропсихологические особенности могут касаться темпов, сроков и уровней возрастного созревания и развития отдельных психических функций, а также их внутренней структурной организации и межсистемных связей. Такие исследования требуют отказа от искусственного экспериментального контроля индивидуальных различий в норме, традиционного для психометрических тестов [9]. Однако выделение индивидуальных особенностей нейропсихологического развития возможно только на основе их соотнесения с известными статистическими нормативами, а также их общими типами и разновидностями.

**Частные проблемы психометрических и качественных методов.** Проблемы психометрии нейропсихологического дефицита у детей связаны с необходимостью разработки тестовых нейропсихологических батарей. Их создание сводится к поиску и подбору наиболее актуальных для каждого возраста заданий, чувствительных к закономерным изменениям нейропсихологических функций на разных этапах онтогенеза. Опыт наших

исследований с различными нейропсихологическими методиками («Нейропсихологическая батарея» Ахутиной, Яблоковой (2001), тест «Комплексная Фигура» Рея (Бостонский вариант [12], тест «Цветоструктурирование» [7]), а также с тестами интеллекта «ГИП» и WAIS Д. Векслера [13] – показывает, что ни одна из них, и даже ни один из тестовых параметров не являются одинаково чувствительными к клиническим, интеллектуальным, половым социально-психологическим и другим различиям или коррекционным изменениям когнитивных функций у детей разного возраста. Знание таких диагностических тонкостей различных методик позволяет значительно сократить объем временных затрат при проведении направленной нейропсихологической диагностики с помощью нейропсихологических батарей, особенно в детском возрасте, что подчеркивают отдельные авторы [6], [15].

Частные методические проблемы качественной нейропсихологической диагностики во многом сводятся, как полагают M.D. Lezak и коллеги [12], не столько к выбору особо значимых или сензитивных тестов и специальных проб, сколько к искусству нейропсихологического анализа, наличию необходимого объема и глубины научных знаний и навыков исследования у нейропсихологов. Любой тест в таких руках может оказаться неожиданно продуктивным, поэтому нет специальных нейропсихологических тестов, но есть специфическая направленность их применения и анализа [1], [8], [15]. Открытыми здесь пока остаются вопросы теоретического обоснования и практического поиска диагностически значимых качественных параметров тестирования.

***Перспективы развития нейропсихологической диагностики.*** В связи с прогрессом новейших медицинских технологий изучения мозга наиболее перспективными для нейропсихологии детского возраста, по-видимому, станут проблемы разработки новых методологических установок, направленных на изучение не только традиционных нейропсихологических связей, но и корреляций психических дисфункций с нарушениями разных уровней нейрофизиологической и нейробиохимической активности мозга, а также нейрогенетики [3], [14]. Эта проблема была в свое время предсказана и всесторонне теоретически обоснована Л.М. Веккером [2]. Он утверждал, что для понимания онтогенеза различных психических свойств и функций, необходимо их строгое соотнесение с уровнем своего «ближайшего» носителя, входящего в сложную иерархию всех других возможных носителей (как психических, так и мозговых). Именно в этих направлениях ведутся современные методологические поиски западной нейропсихологии, которая, как замечает J.M. Fuster, остро нуждается в теории, представляющей строение психики в парадигме его пространственно-временного (добавим, и модально-интенсивностного) изоморфизма в отношении к объективному миру и мозговой организации [17].

## Литература

1. Вассерман Л. И., Шерешевский Г. Современные батареи для детской нейропсихологической диагностики, используемые в англоязычных странах (обзор) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. — 2006. — № 3. — С. 13–15.
2. Веккер Л.М. Психические процессы: в 3-х т. Л.: изд-во Лен. ун-та. — 1974-1981. — 3 т.
3. Величковский Б.М. Когнитивная наука: Основы психологии познания: В 2 т. — М. : Издательский центр «Академия», 2006.— 2 т.
4. Симерницкая Э.Г. Нейропсихологические методы экспресс-диагностики: «Лурия – 90». — М., 1991.
5. Цветкова Л.С. Мозг и интеллект: нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности.— М. : Просвещение, 1995.
6. Фотекова Т.А. Состояние вербальных и невербальных функций при общем недоразвитии речи и задержке психического развития: нейропсихологический анализ: Дис. ... д-ра психол. наук. — Москва. — 2003.
7. Чередникова Т. В. Психодиагностика нарушений интеллектуального развития у детей и подростков (Методика «Цветоструктурирование») — СПб: Речь, 2004.
8. Шерешевский Г. Сравнительный анализ концепций развития в работах Выготского и Пиаже: Нейропсихологический подход к транскультуральным исследованиям // Сибирский психологический журнал. — 2006.— № 24. — С. 77–87.
9. Baron IS. Neuropsychological evaluation of the child. New York, NY: Oxford University Press; 2004.
10. Delis DC, Kramer JH, Kaplan E, Holdnack J. Reliability and validity of the Delis-Kaplan Executive Function System: An update. J Intern Neuropsychol Soci 2004; 10: 301–303.
11. Glzman JM. Quantitative and qualitative integration of Lurian procedures. Neuropsychol Rev 1999; 9 (1): 23-32.
12. Lezak MD, Howieson DB, Loring DW. Neuropsychological assessment. New York, NY: Oxford Psychological Press; 2004.
13. Reed J, Warner J, eds. Child Neuropsychology: Concepts, Theory, and Practice. UK, West Sussex: Willy-Blackwell. 2008.
14. Shaw P., et al. Intellectual ability and cortical development in children and adolescents. Nature. 2006;440:676–679.
15. Teeter PA, Semrud-Clikeman M. Child Neuropsychology. Assessment and interventions for neurodevelopmental disorders. Copyright. USA: Allyn & Bacon; 1997.
16. Tranel D. Theories of clinical neuropsychology and brain-behavior relationships: Luria and beyond. Textbook of Clinical Neuropsychology, eds Morgan JE, Ricker JH (Taylor and Francis, New York), 2007, 27–37.
17. Fuster JM. Cortex and mind. New York, NY: Oxford University Press; 2003.

## РЕЗЮМЕ

В статье излагаются основные теоретико-методологические проблемы диагностики современной детской нейропсихологии. Среди них вопросы продуктивного соединения качественного и психометрического методов диагностики, соотношения идеографических (синдромно-аналитических) и номотетических (групповых, статистических) подходов к исследованию нейропсихологических связей, а также теоретические проблемы разработки возрастных нормативов, с учетом хроногенных, функционально-динамических и индивидуально-типологических принципов развития психики, а также различных психо-социо-биологических факторов, включая общий интеллект. Среди частных вопросов выделяется необходимость сочетания лонгитюдных, поперечных и индивидуально-описательных методов при разработке возрастных нормативов и др. Определяются перспективы развития новых методологий, связанных с изучением нейрофизиологических, нейробиологических и нейрогенетических корреляций психических функций.

## SUMMARY

The article outlines the main theoretical and methodological problems of modern diagnosis of child neuropsychology. Among them are the questions of productive connections of qualitative and psychometric methods of diagnosis, the ratio of ideographic (syndromic analysis) and nomotetic (group, statistical) approaches to the study of neuropsychological linkages, as well as theoretical problems of age norms, taking into account chronogenic, functionally dynamic and individually-typological principles of mental development, as well as various psychosocio-biological factors, including general intelligence. Among the particular issues the article highlights the need for a combination of longitudinal, cross-ages and individual narrative techniques in the creation of age norms, etc. Also prospects for the development of new methodologies related to the study of the neurophysiological, neurobiological and neurogenetic correlations of mental functions are defined.

# ВЛИЯНИЕ ГЕНОМА НА ЧТЕНИЕ И ЕГО НАРУШЕНИЯ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

*Е. Л. Григоренко*

*МГУ, Москва, Россия*

*Йэльский Университет, Нью Хэвен, США*

## **Генетика чтения и нарушения процессов чтения: состояние на сегодня**

Как бы оно не называлось, не диагностировалось, и не измерялось, нарушение чтения (так же называемое дислексией или неспособностью к овладению чтением) всегда считалось состоянием, патогенез которого включает в себя наследственные факторы. Эта идея первоначально была представлена в описании первого известного случая дислексии в конце девятнадцатого и начале двадцатого веков, и хотя она и оспаривалась, эта идея постепенно завоевала полное (или почти полное) принятие [1]. Таким образом, предположение, что дислексия, по крайней мере, в некоторой степени, имеет генетическую природу, доминирует уже давно. Что изменилось за вековой период научных исследований дислексии, так это понимание степени воздействия этих наследственных факторов и генетических механизмов, от которых они зависят.

Эти изменения происходили параллельно с формированием точки зрения, согласно которой чтение представляет собой сложную систему когнитивных процессов, которые поддерживаются несколькими областями мозга [2]. Процесс чтения включает в себя различные когнитивные репрезентации (или структуры). Их биологические корни находятся в различных анатомических областях мозга, каждая из которых характеризуется определенной архитектурой. Кроме того, география чтения в мозге предполагает создание адекватной связи между различными функционально сопряженными анатомическими областями, отвечающими за чтение. Вкратце, сложный, многокомпонентный процесс когнитивной системы чтения протекает при поддержке функциональной системы мозга, формирующейся в процессе овладения чтением. Согласно общераспространённой точке зрения, эта функциональная система мозга, в свою очередь, создается под влиянием сложных генетических механизмов. Эта система может быть «разлажена» более чем одним способом, тем самым, приводя к возникнованию дислексии<sup>3</sup>. Соответственно, вполне вероятно предположить, что неисправность в системе мозга, которая отвечает за чтение может быть вызвана несколькими различными «поломками» в соответствующих этой системе генетических механизмах [4].

На данный момент ученые имеют лишь общую идею о том, что входит в эти механизмы и как они работают. Тем не менее, некоторые элементы этого «наброска» прорисованы с достаточной ясностью.

Широко признано мнение о том, что чтение – это навык, который связан с социализацией. Иными словами, для подавляющего большинства людей,

приобретение чтения как навыка требует обучения, то есть наличия социальных «других». Это означает вовлечённость либо человека, который уже приобрел подобные навыки (например, учителя) и может передавать эти знания другим, либо социальных инструментов, которые могут способствовать приобретению навыков чтения путем формализации знаний о том, как эти навыки могут передаваться (например, посредством компьютеров). Пытаясь понять генетические механизмы, стоящие за процессом чтения, исследователи делают допущение, что дислексия возникает, несмотря на адекватное образование. Иными словами, исследователи генетических факторов, лежащих за навыками чтения, предполагают, что трудности при овладении чтением, наблюдающиеся при дислексии, не могут быть объяснены полным отсутствием или плохим качеством обучения.

Известно, что практически все характеристики чтения (например, скорость и точность чтения) и составляющие его процессы (например, фонематическое осознание или извлечение лексической информации) распределены в генеральной популяции по законам Гауссовской кривой (т.е., распределены нормально); другими словами, характеризуются широким спектром индивидуальных различий. Исследования источников этих индивидуальных различий показывают, что значительная часть межиндивидуальной изменчивости характеристик чтения и процессов, связанных с навыками чтения, может быть объяснена вариативностью в их генетических ресурсах (т.е., их геномах). Оценки масштабов генетической вариативности показывают, что, в среднем, они находятся где-то между 40 и 60% [5]. Однако эта вариативность различается по следующим обстоятельствам: а) в разные периоды жизни, б) в разных языковых сообществах, в которых эти измерения проводятся, и с) в разных социальных группах, к которым принадлежат семьи исследуемых пробандов (т.е. тех людей, которые страдают дислексией). Эти оценки, как правило, получают в результате исследований родственников и называют «оценками наследуемости». Для получения оценок наследуемости, исследователи набирают выборки различных типов генетических родственников, например, однойцевых (монозиготных) и двухцевых (дизиготных) близнецов или других членов семьи (например, родителей и детей; братьев и сестер; членов расширенной семьи). После определения степени генетического родства<sup>1</sup>, участвующие родственники могут быть оценены по показателям чтения или по выполнению задач, связанных с чтением. Это делается затем, чтобы степень их генетического сходства можно было сравнить со степенью сходства по собранным поведенческим показателям (например, скоростью чтения или

---

<sup>1</sup> Например, однойцевые близнецы, как предполагается, имеют идентичные геномы по своей структуре, так как они развиваются из одной зиготы в результате её деления, тогда как у двойняшек, геномы похожи только частично (в среднем примерно на 50%), так как они развиваются из двух отдельных зигот. Подобные "усредненные" прогнозы о генетическом сходстве можно сделать для любого типа родственников.



пониманием прочитанного). Несколько статистических методов было разработано для получения оценки наследуемости при изучении разных типов родственников. На данный момент не существует ни одного совершенного метода получения этих оценок, поэтому исследователи часто используют несколько видов родственников и многочисленные статистические подходы с целью минимизации ошибок и получения максимизации точности при оценке влияния наследственности.

При проведении этих исследований было получено несколько интересных результатов. Во-первых, несмотря на то, что, при проведении мета-анализа [5] было показано, что межиндивидуальные различия в показателях объяснялись различиями в геноме в среднем на 40-60%, ученые обнаружили некоторые систематические колебания этих оценок. В частности, эти оценки ниже, если они были получены на более ранних этапах развития (например, среди детей дошкольного возраста или в начальных классах). Эти оценки также имеют тенденцию меняться в зависимости от языка, на котором они были получены и от специфических особенностей чтения, характерных для этого языка, тем самым, позволяя предполагать, что есть огромные различия в том, как генетические факторы проявляются в различных лингвистических контекстах. Наконец, эти оценки, как правило, расходятся в зависимости от характеристик выборки, на которой они были получены. Эти характеристики включают в себя социальный статус, этнические группы, и качество школьного образования. Таким образом, когда характеристики чтения (например, скорость и аккуратность) и показатели, полученные при предъявлении задач, связанных с чтением (например, задач на сегментацию слов или быстрое последовательное называние имен объектов) изучаются среди населения в целом (т.е., генеральной популяции), значительную часть соответствующих индивидуальных различий можно объяснить генетическими различиями между людьми. Таким образом, нормальные межиндивидуальные различия в чтении связаны с генетической вариативностью.

Масштаб генетического влияния, возможно, является еще более значительным при изучении нарушений чтения. В ряде исследований, ученые подсчитывали оценки наследуемости в выборках, сформированных из пробандов с дислексией и их родственников. Подобное ограничение параметров формируемых выборок обычно приводит к получению более высокой оценки наследуемости (часто родственники участников с низким уровнем навыков чтения демонстрируют аналогичный уровень навыка). Кроме того, в этих ограниченных выборках исследователи в дополнение к наследственности использовали различные статистические индикаторы степени генетических влияний, такие как, например, относительная оценка риска. Эти оценки обычно показывают приблизительную вероятность того, что родственники пробанда с дислексией также страдают дислексией. Эти оценки сравниваются с оценками общего риска, т.е. частотой встречаемости дислексии в генеральной популяции. В частности, было подсчитано, что в генеральной популяции США, нарушение процесса чтения встречается у 5-12% детей школьного возраста [6]. Статистические показатели относительного риска

свидетельствуют, что риск манифестации дислексии среди родственников пробандов, которые страдают этим заболеванием, значительно выше, чем частота встречаемости этого заболевания в генеральной популяции. Эти данные подтверждают важную роль генов в развитии и проявлении дислексии.

Для получения оценок относительного риска, исследователи изучают семьи пробандов с дислексией. В подобных исследованиях могут использоваться разные типы семейных ячеек: братья и (или) сестры, нуклеарные или ядерные семьи (т.е., родители и их дети) и расширенные семьи (т.е., семейные единицы, включающие не только родителей и детей, но и более далеких родственников, например бабушек и дедушек). Поскольку, идеального метода оценки относительного риска на данный момент не существует, работа с различными комбинациями родственников имеет сильные и слабые стороны. Поэтому, как и в случае с оценкой коэффициента наследуемости, чтобы максимально повысить точность и воспроизводимость результатов, исследователи используют несколько разных подходов.

Хотя научная литература полна данных, подтверждающих гипотезу о том, что генетические факторы важны для понимания индивидуальных различий в овладении чтением и в патогенезе нарушений чтения (т.е., дислексии), четкое определение специфики этих факторов оказалось сложной задачей. На данный момент, в литературе имеются ссылки примерно на 20 ( $\pm$  в зависимости от исследователей и используемых фенотипических определений дислексии) генетических локусов, потенциально содержащих гены, вовлеченные в формирование генетической основы овладения чтением или нарушения этого процесса. Имеются в виду определенные участки или области генома, которые показали статистически значимые коэффициенты генетического сцепления [7]. Как правило, эти регионы включают в себя более одного, а часто и сотни генов. Кроме того, выделено 6 генов-кандидатов [8], ассоциирующихся с дислексией. Под генами-кандидатами подразумевают гены, расположенные в пределах локусов сцепления, которые статистически связаны с дислексией, при том, что ни один из этих локусов или генов до сих пор не был либо полностью принят, либо полностью отклонен исследователями, работающими в разных лабораториях.

Информация о локусах сцепления и генах-кандидатах была получена с помощью так называемых молекулярных исследований чтения и процессов, относящихся к чтению. В отличие от исследований наследуемости и относительного риска, в которых рассматриваются исключительно поведенческие показатели (уровень чтения и выполнение задач, связанных с чтением), эти исследования предполагают еще и сбор генетического материала, ДНК. Их можно разделить на несколько основных категорий, которые отличаются тем, на каком материале получены образцы ДНК (ДНК может быть получена из различных биологических материалов, например, слюны, волос, кожи, и крови). Например, они могут включать только пробандов и контрольную группу людей, соответствующих пробандам по ряду важных показателей (например, пол, возраст, этническая принадлежность, образование), но не страдающих изучаемым расстройством (например,

дислексией). Другая категория молекулярных исследований может включать такие типы родственников, как братья, сестры или нуклеарные и расширенные семьи. Молекулярно-генетические исследования также различаются по типу генетических единиц, на которые они ориентированы (т.е., конкретные гены, специфические генетические регионы или весь геном).

Первое молекулярно-генетическое исследование дислексии было проведено с участием расширенных семей пробандов с дислексией [9]. В подобных исследованиях, у членов семей пробандов с дислексией также оцениваются такие показатели, как уровень чтения и выполнение задач, характеризующих процессы, связанные с чтением, а также берут биологические образцы. Идея, и в этом случае состоит в том, чтобы сопоставить сходство в исполнении задач на чтение и сходство в генах. Только теперь генетические сходства оцениваются не приблизительно, как при определении коэффициента наследуемости или относительного риска (т.е., путем разложения дисперсии), а более точно. Это делается с помощью специальных молекулярно-генетических методов (генотипирования и секвенирования) и статистических методов (например, анализа генетического сцепления и генетических ассоциаций). При этом семейные единицы могут включать пары братьев и сестер, нуклеарные и расширенные семьи. От этого зависит размер выборки, которая необходима для получения достаточной статистической мощности, требуемой для того, чтобы отличить присутствие реальной генетической связи от случайного шума. Как правило, труднее всего найти большие семьи и работать с ними, но они обычно предоставляют наибольшую мощность для определения генетического механизма дислексии (по крайней мере, в этих семьях). Семейные образования меньших размеров, такие как ядерные семьи или пары братьев и сестер легче выявлять и с ними легче работать. Однако требования к ним в отношении объема выборки гораздо выше.

Научная литература демонстрирует использование различных типов образцов, полученных от разных типов родственников, используемых в молекулярно-генетических исследованиях дислексии [10]. В литературе также есть примеры использования различных единиц генетического анализа. Самое первое молекулярно-генетическое исследование дислексии включало в себя сканирование генома целиком. В этом случае весь геном подлежал анализу, хотя в этом исследовании было очень мало маркеров, и они были белковыми маркерами (технология на тот момент не позволяла работать с маркерами ДНК). На сегодняшний день, проведено девять полно-геномных исследований дислексии [11-19]. В этих исследованиях использовались сотни, тысячи и сотни тысяч генетических маркеров (полиморфизмов); исследования отличались друг от друга использованной технологией и бюджетными возможностями. Существуют также исследования, направленные на специфические, избранные области генома. Выбор этих регионов, как правило, определяется либо результатами предыдущего сканирования генома, либо теоретической

гипотезой, основанной на конкретном аспекте дислексии<sup>1</sup>. В некоторых исследованиях выбор регионов происходил иным способом, например через обнаружение хромосомных aberrаций. В системе здравоохранения Дании, например, существует закон скрининга всех новорожденных на макрохромосомные изменения (макро-аберрации). Это дает возможность исследователям изучать людей, которые имеют такие изменения, на наличие дислексии [20]. Гипотеза состоит в том, что если у человека с такой aberrацией присутствует дислексия, то ген(ы), затронутые этой aberrацией так или иначе будут связаны с манифестацией дислексии.

Как было указано выше, в настоящее время  $\pm 20$  различных геномных регионов рассматриваются как потенциальное местонахождение генов-кандидатов для дислексии и этот лист постоянно растет [21]. В конечном счете целью такой работы является выявление конкретных генов, функция которых связана с формированием мозговой функциональной системы, лежащей в основе чтения т.е. ответственных за создание в мозге сетей, поддерживающих различные типы когнитивных репрезентаций, необходимых для приобретения навыков чтения. Проводятся исследования и по выявлению конкретных генов-кандидатов. В настоящее время, выявлено 6 генов-кандидатов для дислексии (*DYX1C1*, *KIAA0319*, *DCDC2*, *ROBO1*, *MRPL2* и *C2orf3*), но этот лист тоже постоянно растет [20], [22]. На данный момент, в этой области исследований существует информация, как в поддержку, так и в опровержение участия каждого из этих генов в формировании генетической основы дислексии. Таким образом, результаты исследований довольно сложно интерпретировать однозначно, но очевидно то, что есть необходимость в еще большем количестве времени и усилий для того, чтобы оценить уровень участия каждого из этих генов в чтении и в процессах, связанных с чтением.

### **Что показывают результаты исследований?**

В общем, накопленные на сегодняшний день данные могут быть разделены на определенные и предварительные. Один определенный вывод заключается в том, что индивидуальные различия, описывающие то, как различные лица приобретают навыки и практику чтения, связаны с генетическими различиями между ними. Иными словами, чтение, в типичных и атипичных формах, связано с геномом. Похоже, что связь между чтением и геномом, более сильна для тех лиц, которые испытывают трудности при овладении чтением по сравнению с теми, кому это дается легко (при условии, конечно, что отсутствуют другие отклонения в развитии и имеются адекватные условия обучения). Это наблюдение получило широкое признание и часто

---

<sup>1</sup> Например, в одном из ранних исследований изучалось короткое плечо хромосомы 6 (6p), в частности, в области блока генов главного комплекса гистосовместимости (HLA), в контексте гипотезы, что существует связь между дислексией и леворукостью, и леворукостью и аутоиммунными функциями. Ни одна из связей не была подтверждена, однако регион, 6p21, выявленный в результате этого исследования, по-прежнему остается крупным игроком в научной области, содержа в себе 2 гена-кандидата RD: *DCDC2* и *KIAA0319*.

воспринимается как факт. Однако и этот факт надо интерпретировать осторожно. Похоже, что прочность связи между чтением и геномом является переменной величиной, будучи слабее в раннем детстве и постепенно усиливаясь во время школьных лет и в подростковом и взрослом возрасте. Практически ничего не известно, однако, о чтении пожилых и стареющих людей: таких исследований было просто недостаточно для понимания динамики наследуемости оценки чтения и процессов, связанных с чтением, поскольку они продолжают видоизменяться в старшем и пожилом возрасте.

Помимо этого основного утверждения (т.е., той точки зрения, что чтение, по крайней мере, частично, контролируется генами), степень уверенности в интерпретации результатов в области генетических исследований падает довольно быстро. Да, оценки наследуемости высоки, но какие конкретные генетические механизмы создают и обосновывают их? Переход от статистических оценок роли генетических факторов к идентификации этих факторов оказался очень сложным. Это характерно не только для исследований чтения. Появилась даже фраза о «пропавшей без вести наследуемости», которая ссылается на феномен нескольких не очень плодотворных попыток «перевести» высокие коэффициенты наследуемости, полученные для различных заболеваний и расстройств (например, диабет, СДВГ, аутизм) в соответствующие им конкретные генетические механизмы [23]. Область изучения генетических основ чтения испытывает влияние аналогичных исследований других комплексных нарушений поведения и развития. В частности, многие первоначальные положительные выводы, сделанные относительно наличия генетической ассоциации с тем или иным геном (или генами) часто сопровождается неудачными попытками воспроизвести полученные результаты, что свидетельствует либо о высоком уровне гетерогенности участвующих генетических механизмов, либо о высоком уровне ложных (невоспроизводимых) положительных результатов. Обе интерпретации неудовлетворительны. Первое из допущений логически подводит к выводу о том, что результаты генетических исследований невозможно эффективно обобщать, поскольку на данный момент обнаружены специфические генетические механизмы, которые могут быть характерны для конкретных семей, но не говорят нам многого о генетике чтения вообще (т.е., в генеральной популяции). Из второго допущения следует, что первоначальные выборки были слишком малы, и их статистической мощности было недостаточно, для того, чтобы статистически различить истинные и ложные результаты. Следовательно, необходимы гораздо большие выборки для того, чтобы отсеивать среди начальных многообещающих результатов те из них, которые являются «ложными позитивами».

Разумеется, ни первая, ни вторая интерпретация не представляется идеальной. Тем не менее, хотя оба эти варианта являются наиболее очевидными, они не являются единственно возможными. Во-первых, в последние несколько лет исследования в области генетики и геномики привели к захватывающим открытиям, которые превзошли все ожидания, порожденные первым поколением изучения последовательности генома человека

(секвенирования) в 2000 году. Среди этих открытий три, пожалуй, заслуживают наибольшего внимания: 1) обнаружение других, помимо ранее известных, источников структурных изменений в геноме; 2) выяснение роли эпигенетических механизмов в процессах изменения генома на протяжении жизни и в различных контекстах (например, диета, школьное образование и т.д.); и 3) объяснение роли нестабильных или подвижных элементов в геноме. Хотя в этом обзоре невозможно обсудить эти "новые" генетические механизмы подробно, важно отметить, что ни один из них на сегодняшний день не был рассмотрен в исследовании генетических основ чтения и дислексии. Совершенно очевидно, что работы в этой сфере еще много! Важно проанализировать все доступные результаты исследований и, отложив результаты несовместимого характера, попробовать выдвинуть гипотезы о различных основополагающих теоретических соображениях, которые могли бы объединить эти результаты вместе. Таким образом, хотя, на первый взгляд, коллекция размером в 6 генов-кандидатов дислексии кажется неинтерпретируемой, все они, похоже, в разной степени способствуют развитию головного мозга в процессе созревания и миграции нейронов [24]. Вполне возможно, что в дальнейшем, новые технологии позволят нам перейти к изучению генетических систем, а не конкретных генов.

### **Почему это важно?**

Наблюдающийся быстрый прогресс в развитии клеточной и молекулярной технологий и их эффективное применение в научных исследованиях порождает энтузиазм в научном сообществе и уже привел или ещё приведёт к многочисленным замечательным открытиям. Эти открытия питают надежды и ожидания в отношении радикальных изменений в способах профилактики, лечения, реабилитации и восстановления в области нервно-психических заболеваний и расстройств. Некоторые из этих открытий уже привели к практическим результатам, в основном в области диагностики и фармацевтической медицины. Возникла новая научная область так называемого геномного общественного здравоохранения (*public health genomics*, PHG<sup>1</sup>)--это быстро развивающиеся междисциплинарные научные исследования, практической целью которых является ответственное и эффективное внедрение текущих открытий в области изучения генома в общественное здравоохранение с целью улучшения здоровья населения [25-27]. Области науки, возникшие на основе знаний о геноме называются различными «-омиками» (-omics)<sup>2</sup> [28].

---

<sup>1</sup>PHG близко связана с так называемой индивидуализированной геномной медициной—направлением медицины, в которой информация о геноме человека используется в целях здравоохранения путем использования данных о генотипе больного, экспрессивных паттернов генома и его/её семейной истории болезни с целью оценки риска для здоровья.

<sup>2</sup>Кластер наук, фокусом которых является структурные и функциональные характеристики генома: изучение генома (genomics), матричной РНК (mRNA, transcriptomics), белков, кодируемых mRNA (proteomics), и продуктов метаболизма этих белков (metabolomics).

Они характеризуются огромными возможностями, связанными с использованием данных, полученных в контексте этих научных областей, для прикладных целей.

Тем не менее, важно отметить, что упомянутый выше энтузиазм по-прежнему в основном относится только к научному сообществу. Люди, практикующие в медицине, на сегодняшний день редко используют эти открытия в своей повседневной деятельности. Немногие из них знают о многочисленных разработках и успехах в этой области [29]. Кроме того, контакты с широкой общественностью выявили отсутствие глубокого понимания общего смысла последних открытий в области генетики и геномики. Распространенные заблуждения отражают недостаток знаний [30-33], предвзятое отношение к определенным терминам [34], и наличие сильных личных, моральных, и этических переживаний [35-37] относительно использования и злоупотребления генетической и геномной информацией [38]. Успех в интеграции знаний, важных для укрепления здоровья населения, зависит от способности общества понять необходимость сбора и изучения информации о семейной истории, которая имеет отношение к разным заболеваниям и расстройствам, дает возможность проконсультироваться со специалистами здравоохранения, а также стимулирует и поддерживает поведение, направленное на сохранение и укрепление здоровьем [39-40].

Было бы справедливо сказать, что очень немногие из этих открытий (если они имеются вообще), по крайней мере, на данный момент, оказали влияние на психотерапию и образование. Хотя данных, полученных непосредственно от психологов и профессионалов, работающих в сфере образования, об уровне их понимания генетики и геномики пока не существует, нет никаких оснований полагать, что их уровень владения этими знаниями чем-то отличается от уровня, характеризующего широкую общественность. Педагоги, хотя они и далеки от этой области знаний, находятся всего в нескольких шагах от медицинских работников. В самом деле, нарушения развития, особенно широко распространённые из них, такие как разные виды неспособности к обучению в целом и дислексии в частности, являются вопросами общественного здравоохранения, которые адресуются, в первую очередь, педагогам.

Если дислексия признается одним из вопросов здравоохранения, то современное понимание роли РНГ должно применяться к пониманию роли генетики и геномики в вопросах, касающихся дислексии в такой же степени, как оно применяется к вопросам детского диабета или детской шизофрении.

От автора.

Работа над идеями, изложенными в этой статье, и её текстом была проведена при финансовой поддержке National Academy of Sciences, США, и National Institutes of Health (NIDCD--DC007665 и NICHD--HD052120), США. Автор выражает благодарность Сюзанне Кривульской за ее редакторскую помощь при подготовке этого текста.

## Литература

1. Fletcher JM, Lyon GR, Fuchs LS, Barnes MA. Learning disabilities. New York, NY: Guilford; 2007.
2. Pugh K, McCardle P, editors. How children learn to read: Current issues and new directions in the integration of cognition, neurobiology and genetics of reading and dyslexia research and practice. New York, NY: Psychology Press; 2009.
3. Pernet CR, Andersson J, Paulesu E, Demonet JF. When all hypotheses are right: A multifocal account of dyslexia. *Human Brain Mapping*. 2009;30:2278-92.
4. Grigorenko EL. At the height of fashion: what genetics can teach us about neurodevelopmental disabilities. *Current Opinion in Neurology*. 2009;22:126-30.
5. Grigorenko EL. Genetic bases of developmental dyslexia: A capsule review of heritability estimates. *Enfance*. 2004; 3: 273-87.
6. Katusic SK, Colligan RC, Barbaresi WJ, Schaid DJ, Jacobsen SJ. Incidence of reading disability in a population-based birth cohort, 1976–1982, Rochester, Minnesota. *Mayo Clinic Proceedings*. 2001; 76: 1081–92.
7. Schumacher J, Hoffmann P, Schmal C, Schulte-Korne G, Nothen MM. Genetics of dyslexia: the evolving landscape. *Journal of Medical Genetics*. 2007; 44: 289-97.
8. Grigorenko EL, Naples AJ. The devil is in the details: Decoding the genetics of reading. In: McCardle P, Pugh K, editors. *Helping children learn to read: Current issues and new directions in the integration of cognition, neurobiology and genetics of reading and dyslexia*. New York, NY: Psychological Press; 2009. p. 133-48.
9. Smith SD, Kimberling WJ, Pennington BF, Lubs HA. Specific reading disability: identification of an inherited form through linkage analyses. *Science*. 1983; 219 : 1345-7.
10. Grigorenko EL. A conservative meta-analysis of linkage and linkage-association studies of developmental dyslexia. *Scientific Studies of Reading*. 2005; 9: 285-316.
11. Meaburn E, Harlaar N, Craig I, Schalkwyk L, Plomin R. Quantitative trait locus association scan of early reading disability and ability using pooled DNA and 100K SNP microarrays in a sample of 5760 children. *Molecular Psychiatry*. 2008 Jul 7; 13: 729-40.
12. Igo RPJ, Chapman NH, Berninger VW, Matsushita M, Brkanac Z, Rothstein JH, et al. Genomewide scan for real-word reading subphenotypes of dyslexia: novel chromosome 13 locus and genetic complexity. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)*. 2006; 141: 15-27.
13. Kaminen N, Hannula-Jouppi K, Kestila M, Lahermo P, Muller K, Kaaranen M, et al. A genome scan for developmental dyslexia confirms linkage to



- chromosome 2p11 and suggests a new locus on 7q32. *Journal of Medical Genetics*. 2003; 40: 340-5.
14. Brkanac Z, Chapman NH, Igo RPJ, Matsushita MM, Nielsen K, Berninger VW, et al. Genome scan of a nonword repetition phenotype in families with dyslexia: Evidence for multiple loci. *Behavior Genetics*. 2008; 38: 462-75.
  15. de Kovel CGF, Hol FA, Heister J, Willemen J, Sandkuijl LA, Franke B, et al. Genomewide scan identifies susceptibility locus for dyslexia on Xq27 in an extended Dutch family. *Journal of Medical Genetics*. 2004; 41: 652-7.
  16. Fagerheim T, Raeymaekers P, Tonnessen FE, Pedersen M, Tranebjaerg L, Lubs HA. A new gene (DYX3) for dyslexia is located on chromosome 2. *Journal of Medical Genetics*. 1999; 35: 664-9.
  17. Fisher SE, Francks C, Marlow AJ, MacPhie IL, Newbury DF, Cardon LR, et al. Independent genome-wide scans identify a chromosome 18 quantitative-trait locus influencing dyslexia. *Nature Genetics*. 2002; 30: 86-91.
  18. Nopola-Hemmi J, Myllyluoma B, Voutilainen A, Leinonen S, Kere J, Ahonen T. Familial dyslexia: neurocognitive and genetic correlation in a large Finnish family. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2002; 44: 580-6.
  19. Raskind WH, Igo RPJ, Chapman NH, Berninger VW, Thomson JB, Matsushita M, et al. A genome scan in multigenerational families with dyslexia: Identification of a novel locus on chromosome 2q that contributes to phonological decoding efficiency. *Molecular Psychiatry*. 2005; 10: 699-711.
  20. Buonincontri R, Bache I, Silahatoglu A, Elbro C, Veber Nielsen A-M, Ullmann R, et al. A cohort of balanced reciprocal translocations associated with dyslexia: identification of two putative candidate genes at DYX1. *Behavior Genetics*. in press.
  21. Rubenstein K, Matsushita M, Berninger VW, Raskind WH, Wijsman EM. Genome scan for spelling deficits: effects of verbal IQ on models of transmission and trait gene localization. *Behavior Genetics*. in press.
  22. Newbury DF, Paracchini S, Scerri TS, Winchester L, L. A, Walter J, et al. Investigation of dyslexia and SLI risk-variants in reading- and language-impaired subjects. *Behavior Genetics*. in press.
  23. Avramopoulos D. Genetics of psychiatric disorders methods: Molecular approaches. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010; 33: 1-13.
  24. Galaburda AM, LoTurco JJ, Ramus F, Fitch RH, Rosen GD. From genes to behavior in developmental dyslexia. *Nature Neuroscience*. 2006; 9: 1213-7.
  25. Brand H. Good governance for the public's health. *European Journal of Public Health*. 2007; 17: 541.
  26. Brand A, Schroder P, Brand H, Zimmern R. Getting ready for the future: integration of genomics into public health research, policy and practice in Europe and globally. *Community Genetics*. 2006; 9: 67-71.
  27. Burke W, Khoury MJ, Stewart A, Zimmern RL, Bellagio Group. The path from genome-based research to population health: development of an international public health genomics network. *Genetics in Medicine*. 2006; 8: 451-8.

28. Tan TW, Lim SJ, Khan AM, Ranganathan S. A proposed minimum skill set for university graduates to meet the informatics needs and challenges of the "-omics" era. *BMC Genomics*. 2009; 10: S. 36.
29. Chen LS, Goodson P. Public health genomics knowledge and attitudes: a survey of public health educators in the United States. *Genetics in Medicine*. 2007; 9: 496-503.
30. Condit CM. What is 'public opinion' about genetics? *Nature Reviews Genetics*. 2001; 2: 811-5.
31. Chapple A, May C, Champion P. Lay understanding of genetic disease: a British study of families attending a genetic counseling service. *Journal of Genetic Counseling*. 1995; 4: 281-300.
32. Richards M, Ponder M. Lay understanding of genetics: a test of a hypothesis. *Journal of Medical Genetics*. 1996; 33: 1032-6.
33. Walter FM, Emery J, Braithwaite D, Marteau TM. Lay understanding of familial risk of common chronic diseases: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Annals of Family Medicine*. 2004; 2: 583-94.
34. Condit CM, Dubriwny T, Lynch J, Parrott R. Lay people's understanding of and preference against the word "mutation". *American Journal of Medical Genetics*. 2004; 130 A: 245-50.
35. Henneman L, Timmermans DR, van der Wal G. Public experiences, knowledge and expectations about medical genetics and the use of genetic information. *Community Genetics*. 2004; 7: 33-43.
36. Bates BR, Lynch JA, Bevan JL, Condit CM. Warranted concerns, warranted outlooks: a focus group study of public understandings of genetic research. *Social Science & Medicine*. 2005; 60: 331-44.
37. Barns I, Schibeci R, Davison A, Shaw R. "What do you think about genetic medicine?" Facilitating sociable public discourse on developments in the new genetics. *Science Technology & Human Values*. 2000; 25: 283-308.
38. Hahn S, Letvak S, Powell K, Christianson C, Wallace D, Speer M, et al. A community's awareness and perceptions of genomic medicine. *Public Health Genomics*. 2010; 13: 63-71.
39. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*. 1999; 49: 651-61.
40. Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH. Shared decision making about screening and chemoprevention. a suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force. *American Journal of Preventive Medicine*. 2004; 26: 56-66.

## РЕЗЮМЕ

В статье обсуждается сегодняшнее состояние научных знаний о генетических основах дислексии (специфической неспособности к обучению чтению) в контексте как количественных, так и молекулярно-генетических исследований.

## SUMMARY

This article discusses the current state of the knowledge on the genetic bases of developmental dyslexia (specific reading disabilities), briefly covering the relevant quantitative and molecular-genetic literature.

# ПРОБЛЕМА ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

*Д.Д. Исаев*

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

Значимым личностным измерением в клинической психологии является гендер. Вместе с тем именно этот аспект клинической психологии оказывается наименее четко разработанным и трудным для практической реализации.

«Эволюционная» смена терминов и трудности адекватного перевода понятий «sexual identity» и «gender identity» привели к сосуществованию в течение ряда лет терминов «половая идентичность», «гендерная идентичность» и «сексуальная идентичность». Одни авторы использовали их как синонимы, другие пытались проводить дифференциацию и разъяснять, чем один термин отличается от другого. Вместе с тем к настоящему времени в современной научной литературе появился новый термин: «квир-идентичность». Актуальной остается задача разобраться с терминологической путаницей и не только найти место терминам в понятийном аппарате современной психологии, но и определиться с их практической ценностью.

Термин «половая идентичность» постепенно отходит в прошлое как маркер медицинского и эссенциального подхода к пониманию взаимосвязи биологического пола и концепции маскулинности/фемининности. На его место для большинства авторов последнего десятилетия пришло понятие «гендерной идентичности». И вот в процессе широкого использования обнаружилось, что его сугубо психологическая, даже социально-психологическая и феминистская родословная привела к неудовлетворительному для клинической психологии и медицины определению. В отечественных и зарубежных руководствах приводится определение гендерной идентичности, в котором подчеркивается лишь субъективное ощущение себя мужчиной или женщиной или же существом в некоторой неопределенной позиции между двумя полами [1], [2], [3]. Очевидно, что узкие рамки этого определения являются явно недостаточными для понимания, например, психологических особенностей лиц с гомосексуальной ориентацией. Практически более адекватной и ценной выглядит модель гендерной идентичности, предложенная Ричардом Грином, в которой выделяется три компонента: 1) ядерная морфологическая идентичность или анатомическая половая идентичность, 2) гендерное ролевое поведение или полотилическое маскулинное или фемининное поведение и 3) сексуальная ориентация, предпочтение сексуального партнера или выбор сексуального объекта [4]. Возможные рассогласования между этими компонентами позволяют описывать различные варианты идентичностей, с которыми приходится работать психологам и психотерапевтам.

В соответствии с нашим пониманием, **гендерная идентичность** представляет собой психологический конструкт, основанный на личностной

*переработке своей половой принадлежности, самовосприятия сексуальности и психологических особенностей, пропущенных через стереотипную типологию (гендерную схему), сконструированную обществом.*

Такой подход делает ненужным само понятие «сексуальной идентичности», в том варианте, как оно сегодня определяется. Во-первых, сексуальная ориентация уже входит в концепцию гендерной идентичности, во-вторых, сексуальные меньшинства маркируются как отличные именно с точки зрения гендерной неконформности («движение за права геев посвятило себя истреблению фиксированных понятий фемининности и маскулинности» [5, 63]. Формирование гомосексуальной идентичности – это формирование альтернативной гендерной идентичности [6]. Не зря в этом случае многие авторы так или иначе возвращаются к понятию «третий пол», т.е. говорят о существовании некоего иного гендера, иной гендерной идентичности!

Специального рассмотрения и объяснения требует появившаяся в последние годы концепция «квир-идентичности». Она возникла в недрах современной феминистской теории в связи с появлением новых практик деконструкции гендера и «размывания» границ традиционных гендерных идентичностей [7]. «Квир» не подразумевает никаких конкретных, специфических черт, квир-идентичность – это идентичность без сущности [8], «квир» объявляется не идентичностью, а критикой существующих идентичностей [5]. Главным и единственным критерием отнесения человека к этой категории оказывается необычность, нестандартность, расхождение со всем нормальным, легитимным, господствующим. Неверно полагать, что это новое название, изначально существовавшее как презрительное наименование гомосексуалов, описывает геев и лесбиянок: «Быть «квир» значит отрицать как нормативную гетеросексуальность, так и гомосексуальность» [9, 53].

Квир-теория настаивает на условности категоризации по полу, гендеру и сексуальности и пытается объединить под своими знаменами любого желающего, поскольку «квир» — не объективная природная данность, а перформанс, театрализованное представление, «квир» можно стать по выбору» [9].

В одних случаях предлагаемая квир-идентичность выглядит скорее как протестная идентичность, «анти-идентичность», а в других мы вправе говорить об описаниях, подпадающих под критерии незавершенной, не сформированной, т.е. проблемной идентичности: «Я нечто», «неопределенное и непонятное». Фактически «квир» стал эпатажным противопоставлением существующих идентичностей и смешением гендерных проблем под одним ярлыком. Если это «перформанс, театрализованное представление» [9], то это вовсе и не идентичность, а ролевое поведение, которое с идентичностью может быть связано весьма слабо.

Концепция «квир» стала результатом феминистского протеста против социальной нормативности и политическим лозунгом разрушения гендерного (социального) устройства мира с убежденностью, что любая идентичность может изобретаться или переформулироваться ее носителем [10], [11]. С интересующей нас практической точки зрения квир-теория выглядит скорее как

пожелание, а не как существующая реальность. Это некий идеальный теоретический (феминистский) конструкт, пытающийся гендерную идентичность превратить в индивидуальную, неповторимую идентичность отдельной личности.

Говоря иначе, квир-идентичность не может ничего добавить в наше понимание, рассмотрение и изучение психологии пола и гендерной идентичности. Фактически это попытка обойти стигмы и уравнивать права меньшинства, даже если это меньшинство представлено одним человеком. Вот только проблема (гендерного) равенства решается не в философских дискуссиях, а в тех социальных изменениях, которые позволяют личности развиваться, а окружающим принимать и понимать ее своеобразие и непохожесть как норму.

Практическим воплощением гендерной идентичности традиционно становились концепции маскулинности-фемининности (некоторые авторы даже ставят знак равенства между понятиями М/Ф и гендерной идентичностью или употребляют понятие «полоролевая идентичность», что, безусловно, неверно).

К настоящему времени существует четыре основных модели рассмотрения маскулинности и фемининности: биполярная модель; ортогональная модель (полная независимость маскулинности и фемининности); неортогональная модель (частичная независимость), теория гендерных линз [1], [12], [13], [14] и др.

Первая концепция маскулинности/фемининности была сформулирована Терман и Майлз в 30-х годах XX века и рассматривались как простой биполярный конструкт, основанный на континуально-альтернативной модели. Это означало, что если человек имеет высокие показатели маскулинности, то его показатели фемининности должны быть низкими. Индивид может быть или маскулинным или фемининным, но не обладать теми и другими качествами одновременно. В основе концепции лежало представление, что маскулинность и фемининность являются глубинными и изначально присущими, природно заданными (в соответствии с полом) внутренними аспектами личности: мужчина должен обладать маскулинной идентичностью, а женщина – фемининной. Отклонение от конвенциональной взаимосвязи «пол–гендер–желание» считалось признаком психической патологии.

Наиболее известным эмпирическим воплощением этой концепции стала пятая шкала в методике ММРІ. К настоящему времени многие авторы считают, что шкала «М-Ф» является устаревшей, поэтому психологи и сексологи давно не ориентируются на ее результаты.

Как известно, в начале 70-х годов биполярная модель была пересмотрена психологом Сандрой Бем, которая предложила концепцию андрогинии (ортогональная модель). В ней маскулинность/фемининность рассматриваются как независимые измерения, и в рамках одного пола выявляются четыре психологических типа: маскулинные, фемининные, андрогинные (имеющие высокие показатели по шкалам типично мужских и типично женских свойств и качеств), психологически недифференцированные (имеющие низкие показатели по тем и другим шкалам). Андрогиния определялась как

совмещение двух взаимодополняющих структур (М и Ф) внутри одного человека. Полоролевой опросник Сандры Бем (BSRI; [15]) стал основным инструментом психологов для изучения специфики гендерных особенностей людей. В те годы феминисткам казалось, что андрогинная личность представляет собой новый гармоничный стандарт психического здоровья и альтернативу традиционным гендерным ролям.

Очень скоро обнаружилось, что полной независимости «маскулинных» и «фемининных» качеств не существует, как и не может быть «истинной» андрогинии. Проведенные исследования показали, что для полюсов параметров маскулинности и фемининности применима континуально-альтернативная модель, а при их средней выраженности – ортогональная [8]. Появилась необходимость говорить о неортогональной модели, в которой часть качеств одним полюсом принадлежит маскулинности, а другим – фемининности. На этом этапе отчетливо обнаружилось «расщепление» самостоятельных списков М/Ф, однако адекватного метода (методики) для ее изучения найдено не было.

Современный этап развития социологии и психологии, получивший название постмодернизма, говорит о необходимости смены парадигмы в определении и изучении гендера. В его основе оказывается понимание, что представление о мире детерминируется отношением к нему, как к объекту познания. Единственным способом познания социально сконструированного мира гендера является познание его изнутри, через субъективное восприятие индивидом окружающих людей и самого себя. На этом пути утрачивают свою ценность формализованные методы исследования [16]. Исследование необходимо начинать с представления мира таким, каким его фактически воспринимает данный конкретный субъект [17]. Инструментом изучения разнообразия гендерной идентичности оказывается деконструкция бинарных оппозиций (М-Ф) и «субъективация объективного». Если, следуя взглядам Джудит Батлер, рассматривать гендер как сугубо индивидуальный атрибут, маркер различий с другими индивидами [18], то использование формализованных опросников оказывается категорически неприемлемым.

Новый системный подход изучения проблем гендерной идентичности требует и адекватного инструмента для решения актуальных исследовательских задач.

Неудовлетворенность существующими теоретическими моделями и ограниченность методологических подходов заставляет обращаться к многофакторным концепциям [19]. Новым подходом к изучению гендерной идентичности в отечественной литературе объявляется *мультиполярная модель*. Эта модель допускает существование нескольких вариантов гендерной идентичности в рамках одного пола [20]. То, какой будет идентичность, зависит и от набора предписаний и ожиданий, предъявляемых обществом (эталон «мужественности» и «женственности»), и от отношения личности к собственным индивидуальным свойствам, связанным с полом, и к своим гендерным ролям [19]. Вариант гендерной идентичности – это сочетание различных свойств и качеств, которыми личность сама характеризует свою гендерную

идентичность через гендерные представления о себе, гендерную самооценку, гендерные планы, способы и структуры поведения [20].

В рамках нового понимания гендерной идентичности (теория гендерных линз [14]) для ее изучения необходимой оказывается реконструкция (части) субъективного гендерного пространства, отражающего личностные смыслы, а не диагностика маскулинности и фемининности как независимых личностных конструктов. При анализе характера и структуры гендерной идентичности требуется прочтение ее «изнутри», т.к. специалисты не могут знать и оценивать характер и структуру других людей, имеющих атипичную сексуальность или мыслящих и существующих качественно в другом коде восприятия пола, идентичности и межполовых отношений. Использование одно– или двухшкальных опросников для измерения степени выраженности маскулинных и фемининных характеристик личности более не может считаться соответствующим самой концепции [19].

Методом практической реализации современного понимания гендерной идентичности и способом ее изучения является психосемантический подход [21]. В психосемантике реализуется парадигма конструктивизма, в которой субъективная картина мира трактуется не как зеркальное отражение действительности, а как одна из возможных пристрастных культурно-исторических моделей мира, которые создает субъект. В центре внимания психосемантических методов находится реконструкция индивидуальной системы значений, через призму которой происходит восприятие субъектом мира, других людей и самого себя. Субъект рассматривается как некое пространство смыслов, индивидуальных значений, социальных отношений и идентификаций, а анализируется индивидуальная структура личности, описываемая на его собственном языке, в системе собственных конструктов [22].

Для того чтобы получить полное и комплексное представление о структуре гендерной идентичности личности, необходимо рассматривать ее, ориентируясь на две категориальные системы разного уровня: коннотативную (эмоционально-оценочную) и денотативную (предметно-ориентированную).

Основной технологический прием в психосемантике состоит в субъективном шкалировании (оценке) испытуемым предлагаемых объектов по заданным шкалам.

Универсальный трехфакторный *семантический дифференциал* отражает универсальные эмоционально-оценочные формы классификации и позволяет исследовать восприятие, социальные установки и личностные смыслы. Он выделяет «смысловые поля», объединяющие разные образы и суждения на основе близости их личностных смыслов в сознании индивида. Благодаря семантическому дифференциалу личность моделируется как некий внутренний механизм эмоционально-мотивационного предпочтения, выявляются гендерные установки, стереотипы и другие эмоционально насыщенные, слабо структурированные и мало осознаваемые параметры внутреннего видения и отношения к окружающему миру и самим себе.



Если семантический дифференциал выявляет отношение человека к понятиям через ассоциации, то прямое использование личностных шкал, отражающих гендерную схематизацию в *Полоролевом дифференциале*, дает описание предметно-ориентированной системы нормативно-оценочных суждений, характерных для индивида. В методике Полоролевого дифференциала содержится 48 биполярных шкал, в которых в качестве оппозиций представлены личностные качества, традиционно приписываемые преимущественно мужчинам или женщинам (в основу взяты гендерные стереотипы, зафиксированные на американской и российской выборках [15], [23]. В процессе шкалирования предлагаемых объектов («большинство мужчин», «большинство женщин», «Я в настоящее время», «каким я хочу видеть любимого человека»), респонденты демонстрируют свое видение лиц своего и противоположного пола, а также характеризуют себя через призму гендерных стереотипов и выявляют свои предпочтения в адрес желаемого партнера.

Использование двух вышеназванных методик дает возможность выявить индивидуальное своеобразие гендерной схемы, построить профиль мужественности/женственности, выявить мало осознаваемые представления об образах лиц своего и противоположного пола, определить направленность сексуально-эротического влечения и степень удовлетворенности имеющейся идентичностью, а также вектор ее изменения.

Таким образом, современный этап развития гендерной психологии и потребности практической работы с проблемными клиентами заставляют пересмотреть и конкретизировать понятие «гендерная идентичность», дав определение, в котором находят отражение механизмы формирования идентичности и указываются проблемные подсистемы, влияющие на психологическое состояние субъекта и возможность возникновения кризиса гендерной идентичности.

Методом практической реализации современного понимания гендерной идентичности предлагается психосемантический подход, а в качестве психологических методик, позволяющих осуществлять диагностику гендерной идентичности, - Семантический дифференциал и Полоролевой дифференциал.

## Литература

1. Алексеев Б.Е. Полоролево поведение и его акцентуации. СПб.: Речь, 2006.
2. Аусландер Л. Женские + феминистские + мужские + лесбийские-гей + квир исследования = гендерные исследования? // Гендерные исследования. Харьков, 2000. № 5. С. 51-55.
3. Бем С. Линзы гендера: Трансформация взглядов на проблему неравенства полов. – М.: РОССПЭН, 2004.
4. Бушмакина О.Н. Со-бытие пола в поле социальности // Гендерная теория и историческое знание. Сыктывкар: Изд-во СыктГУ, 2005. С. 20-28.

5. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. СПб. - М.: Академия, 2004.
6. Великанова Л.П. Мультиполярный подход в типологии гендерной идентичности // Известия КГТУ. 2008. №13. С. 156-160.
7. Джагоз А. Введение в квир-теорию. Пер. с англ. М.: Канон+, 2008.
8. Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В. Концепции и перспективы исследования пола в клинической психологии // Психологический журнал. 2001. № 3. - С.100-115.
9. Жеребкина И.А. Феминистская теория 90-х годов // Введение в гендерные исследования Ч.1./ Под ред. И.А. Жеребкиной. Харьков: ХЦГИ; СПб.: Алетейя, 2001. С. 63-66.
10. Исаев Д.Д., Евдокимова И.А. Особенности построения гендерной идентичности у лесбиянок и транссексуалов // Ананьевские чтения – 2007. Матер. научн.-практ. конф. 23-25 октября 2007 г. СПб., 2007. С. 546-548.
11. Каган В.Е. Половая идентичность у детей и подростков в норме и патологии: дисс....докт. мед. наук. - Л., 1991.
12. Квэйл Ш. Постмодернизм // Психологическая энциклопедия 2-е изд./ Под ред. Р. Корсини и А. Ауэрбаха. - СПб.: Питер, 2003. - С. 617-618.
13. Келли Г.Ф. Основы современной сексологии. Пер. с англ. СПб: Питер, 2000.
14. Кон И.С. Квир-теория // И.С. Кон. Лики и маски однополой любви. Лунный свет на заре. М.: Олимп, АСТ, 2003. С. 100-104.
15. Кон И.С. Сексология. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: «Академия», 2004.
16. Крукс Р., Баур К. Сексуальность. Пер. с англ. СПб.: Прайм-Еврознак, 2005.
17. Мелков С.В. Сексуальная идентичность в контексте современной культуры // Развитие личности. 2007. № 2 С. 100-109.
18. Петренко В.Ф. Основы психосемантики. СПб.: Питер, 2005.
19. Ходырева Н.В. Гендер в психологии: история, подходы, проблемы // Вестник Санкт-Петербургского университета. 1998. Сер.6. Вып.2, №13. С. 74-82.
20. Bem S.L. The measurement of psychological androgyny // J. of Consulting and Clin. Psychology. 1974. №42. P. 155-162.
21. Butler J. Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity. New York-London: Routledge, 1990.
22. Green R. The “Sissy Boy Syndrome” and the Development of Homosexuality. New Haven: Yale Univer. Press, 1987.
23. Heilbrun A. Human sex-role behavior. N.Y.: Pergamon Press, Emory University, 1981.

## РЕЗЮМЕ

Потребности клинической психологии заставляют пересмотреть и конкретизировать понятие «гендерная идентичность», дав определение, в котором находят отражение механизмы формирования идентичности и указываются проблемные подсистемы, влияющие на психологическое состояние субъекта и возможность возникновения кризиса гендерной идентичности. Методом практической реализации современного понимания гендерной идентичности предлагается психосемантический подход, а в качестве психологических методик, позволяющих осуществлять диагностику гендерной идентичности, - Семантический дифференциал и Полоролевой дифференциал.

## SUMMARY

Contemporary requirements of clinical psychology make to go over and define concretely a «gender identity» concept, having made definition, which is reflected in mechanisms of formation of identity, and are point out the problem subsystems, exerting influence on a psychological state of the subject and on a possibility of becoming of crisis of gender identity. As a method of practical realisation of modern determination of gender identity is offered the psychosemantic way of looking, and as the psychological methods, allowing to diagnose a gender identity - Semantic differential and Sexrole differential.

## ДИЗОНТОГЕНЕЗ ИЛИ ПАТОПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ?

*Д.Н. Исаев*

*Институт специальной педагогики и психологии*

В настоящее время в профессиональный обиход детских патопсихологов и психопатологов для объяснения природы отклонений развития психики детей входит такой конструкт – как дизонтогенез. Его появление в нашей стране в середине XX века, как нам кажется, явилось закономерным следствием ограниченных возможностей у психопатологов и патопсихологов в установления этиологии отклонений развития и психических расстройств у детей. Перспектива принять во внимание для этой цели наследственные факторы была исключена, поскольку генетика как наука была под запретом. Объяснить причины расстройств, применяя психодинамические теории, также было нельзя из-за идеалистического ярлыка, которым эти теории были заклеены. В то же время в нашей стране еще не были достаточно изучены микро и макросоциальные условия для того, чтобы их использовать для этой цели.

Единственная официально одобренная возможность диагностики отклонений развития и психических расстройств должна была быть сугубо «материалистической» – выявление последствий органического поражения ЦНС и установление особенностей нарушения ВНД.

В результате, в подавляющем большинстве случаев в зависимости от клинической картины в детской психопатологии использовались следующие диагнозы: расстройство поведения органического происхождения, нарушение психического развития как следствие органического поражения головного мозга, психотическое расстройство органического генеза и т.д.

В связи с тем, что в отношении детского возраста патопсихологическая оценка психических нарушений не может быть полноценной, если она не учитывает также и отклонений от стадии возрастного развития, на которой находится больной ребенок, вызванного болезненным процессом либо его последствиями [1], появилось понятие психического дизонтогенеза [2]. Это понятие должно было бы реализовать специфическую задачу детской патопсихологии, определяя качественный характер нарушения психического развития ребенка. Первоначально дизонтогенез был использован лишь вместо понятия «аномалия развития» – термина, который применялся в дефектологии (ретардация, асинхрония).

Г.Е. Сухарева используя одной из первых в психопатологии термин «дизонтогенез», полагала, например, что «группа олигофрений отличается от других дизонтогенезов ЦНС большей сложностью клинических проявлений» [3; 20].

Г.К. Ушаков, введивший этот конструкт в детскую психиатрию, считал, что решает этиологическую задачу: «...истинный процесс развития психики может быть раскрыт лишь в ходе изучения онтогенеза взаимодействия

организма ребенка и среды. Наука не владеет пока исчерпывающими сведениями о таком взаимодействии» [4; 63].

В.В. Ковалев указал на то, что «большое место в клинической картине психических заболеваний принадлежит негативным и продуктивным дизонтогенетическим симптомам» [5; 19]. Тем самым он подтвердил, что для объяснения возникновения любых психических расстройств у детей следует использовать конструкт – дизонтогенез.

В.В. Лебединский [1], обобщив взгляды своих предшественников, неправомерно, с нашей точки зрения, очень расширил употребление конструкта «психический дизонтогенез». Созданная им классификация не может быть принята без серьезных замечаний.

Например, *психическое недоразвитие* – умственная отсталость, характеризующаяся тотальностью необратимых, незрелых психических нарушений, не может быть связана только с обязательным недоразвитием высших форм мышления при относительной сохранности элементарных процессов в ЦНС. Могут быть и другие соотношения структурных поражений.

*Задержанное психическое недоразвитие* (ЗПР) представляется как замедление темпа развития, недостаточность общего запаса знаний, ограниченность представлений, незрелость мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности. Это понятие также вызывает возражение.

1. При ЗПР основной, а то и единственный симптом – не задержанное развитие, а затрудненное освоение школьных навыков. «... недостаточно оправданными являются тенденции относить к задержкам умственного развития дефекты в школьной успеваемости детей...» [6], [70].
2. К ЗПР относят клинические формы столь различной этиологии, что, например, её соматогенную разновидность следует рассматривать как астеническое состояние болезненного происхождения, а психогенную – как социально-педагогическую запущенность.
3. При ЗПР когнитивные нарушения часто настолько незначительны, что вряд ли её обоснованно считать стойким недоразвитием психики.

*Поврежденное психическое развитие* описывается, как расстройство возникающее после 3 лет и проявляющееся обычно в различной степени выраженности психических расстройствах – органической деменцией. При всей правильности трактовки деменции как повреждение ЦНС, остается не ясным какая симптоматика связана с повреждением, какая – дефицитарна, а какая лишь имеет динамический характер. Практически все повреждения ЦНС сопровождаются реакцией личности на дефект и т.д.

*Дефицитарное психическое развитие* связывается с первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, а также с инвалидизирующими соматическими заболеваниями. Однако эти психические отклонения в первую очередь являются реактивными «дефицитарными» образованиями личности, возникшими как переживание того или иного недостатка развития. Кроме того,

это переживание больным реакции окружающих на инвалидность. Лишь в части случаев к ним присоединяются стойкие проявления нарушений психики.

Понятие *искаженное психическое развитие*, не может исчерпывающе объяснить, что такое детский аутизм, характеризующийся нарушением общения, расстройством коммуникации, своеобразием поведения. Аутизм, нередко генетический в своей основе, возникает при очень разных заболеваниях, вносящих в него свои особенности, и во многих случаях психическое недоразвитие не является его основной симптоматикой.

*Дисгармоническое психическое развитие* – термин описательный, его уже давно используют для оценки расстройств личности, которые характеризуются недоразвитием эмоционально-волевой сферы, тотальностью патологических черт, стабильностью патологических черт характера, и социальной дезадаптацией. Это расстройство наименее оправдано относить к одной из форм дизонтогенеза, так как оно в подавляющем большинстве случаев связано с наследственным отягощением, сложным темпераментом, сочетающимся с реакциями личности на трудные социальные условия. Иногда действие этих факторов осложняется также негрубыми факторами повреждения или недоразвития мозга.

Представление о том, что применение «дизонтогенеза» ответит на вопрос об участии возрастного фактора в происхождении патопсихологических синдромов, не только оказалось неточным, но и потребовало учета этиологии, функциональной локализации, частного и общего вида дефекта. По мере изучения нормального и отклоняющегося развития выяснилось, что невозможно одним даже ёмким понятием охватить всю сложность созревающей психики.

Использование этого конструкта затруднено еще и тем, что этиология дизонтогенеза теперь понимается иначе. К расширенному спектру биологических вредностей, вызывающих дизонтогенез: были добавлены социальные факторы: патохарактерологическое формирование личности, социальная запущенность, (аномалии развития эмоционально-волевой сферы).

К дизонтогенезу должны быть предъявлены и более серьезные претензии, например, он, при его диагностировании, практически, предопределяет ту или иную патопсихологию. Как видно, например, из классификации В.В. Лебединского, не только отклонения психического развития, но и фактически, почти вся детская психопатология может идти только по шести указанным им путям.

Дизонтогенез оказался дополнительным образованием между этиологией, патогенезом, с одной стороны, и клинической формой, – с другой. Он не смог стать ни всеобъемлющим этиологическим, ни патогенетическим механизмом.

Из дизонтогенеза невозможно также напрямую выводить ни негативную симптоматику, ни продуктивную. Возникновение этих симптомов сложнее, и их происхождение связано со многими факторами.

Этиология дизонтогенеза, несмотря на попытки её расширения, всё ещё предусматривает лишь ограниченное число вмешивающихся в нормальное и отклоняющееся развитие вредностей. Фактически, этот конструкт не

предполагает и не может учитывать всю существующую множественность воздействий на организм и психику в процессе их формирования.

Возражая против некритичного использования дизонтогенеза, следует вспомнить, что задолго до введения этого понятия Л.С. Выготский уже решал проблему нормального и отклоняющегося психического развития [7]. Он считал, что биологическое и культурное при развитии нормальных и отсталых детей сплавлены в высший синтез. Им были предложены законы этого синтеза. Культура, по его мнению, видоизменяет природные данные. Если природные запасы бедны, то и культурные приемы поведения – незначительны и бедны, а потому и сама возможность возникновения и достаточно полного развития высших форм поведения оказывается часто закрытой из-за бедности материала. В процессе культурного развития у ребенка происходит замещение одной функций другими, прокладывание обходных путей, и это открывает перед нами совершенно новые возможности в развитии ненормального ребенка. Развитие обходных путей становится основой его компенсации. Основа культурных форм поведения составляет опосредованная деятельность, использование внешних знаков в качестве средства дальнейшего развития поведения. Там, где функции задержаны и культурное развитие страдает. Овладение собственным поведением отличается от степени развития той или иной функции. Например, умственная отсталость – неумение овладеть собственными процессами поведения, неумение их использовать. В понимании механизмов развития могут помочь признаки накопления культурного опыта.

Современный зарубежный подход к анализу нормального и отклоняющегося развития в значительной степени развивает теории Л.С. Выготского.

Для диагностики детского развития рекомендуется использовать классификационную схему, состоящую из 5 осей, так как, она строится на основе изучения органических вредностей, психодинамических механизмов и всего того, что отражает взаимодействие между ними. При этом следует учесть, что клинико-психопатологический, психодинамический и социальный этиологические факторы всегда выступают в комбинации. В то же время степень их участия может привести к различным результатам у разных индивидов. Латентные факторы могут быть генетическими, органическими или представлять собой комбинацию психологического и психосоциального опыта на более ранних стадиях, которые оказывают влияние в последующей жизни [8]. Наиболее важные этиологические факторы: а) различия в степени трудности темперамента [9], б) органические факторы [10], [11], в) эмоциональные привязанности между матерью и ребенком [12], [13], г) смерть одного из родителей или развод [11]. Важны также фактор пола – уязвимость, фенотипическое разнообразие, запаздывание развития у мальчиков [14] и наследственные факторы – различное реагирование на стрессоры, различие в адаптации, в оформлении жизненного опыта, в восприятии среды, в реакции других лиц на ребенка [9].

В XXI веке специалисты по патопсихологии и психопатологии, диагностируя и прогнозируя детское развитие и психические расстройства, не

должны, себя ограничивать какой либо одной теорией, как бы ни был известен её творец, как бы ни было велико её научное влияние.

Такой подход, называемый *«психологией (патопсихологией) развития»* культивируется большинством детских патопсихологов и психопатологов. Он основан на *парадигме* оценки развития детской нормальной и отклоняющейся психики, посредством нескольких моделей: биологической, поведенческой, когнитивной, психодинамической, эволюционной, семейной и социологической [15].

Основной принцип «патопсихологии развития» гласит, что для адекватного понимания неадаптивного поведения необходимо рассматривать его по отношению к тому, что является нормой для соответствующего периода развития.

Сущность «психопатологии развития», предполагает изменение и реорганизацию фундаментальных аспектов биологических и поведенческих систем [16]. При этом в центре внимания должны находиться психологические процессы, объясняющие взаимное влияние этих систем.

С точки зрения организации развития (системы развития), адаптационные паттерны, присущие раннему возрасту (например, произносимые ребенком звуки речи), со временем развиваются и трансформируются в высокоорганизованные функции, такие как владение речью и языком в целом.

По мере того, как биологически заложенные в ребенке способности все более полно проявляются на каждой новой стадии развития, они вступают во взаимодействие с факторами окружающей среды, тем самым, направляя снова и снова процесс развития в иное русло.

Развитие каждого ребенка проходит сенситивные периоды, временные интервалы, на протяжении которых роль влияний внешней среды на его развитие – как позитивных, так и негативных – существенно возрастает.

В процессе роста появляются как типичные, так и нетипичные изменения. Для каждой стадии возрастного развития имеются действия и навыки, которыми должен овладеть нормально развитый ребенок. Существуют также отклонения в поведении и психические нарушения наиболее характерные для данной возрастной группы.

Постоянно существующая взаимозависимость ребенка и среды (транзакция) требует оценки влияния природы и воспитания, а также учета результатов этих влияний и их взаимоотношений [17]. При этом ребенка и среду следует рассматривать как активно действующих агентов адаптивного и неадаптивного поведения.

Патологическое развитие непрерывно – изменения в развитии носят постепенный и количественный характер, так что будущие паттерны поведения могут быть в ряде случаев предсказаны на основании предшествующих изменений. Оно также может быть и дискретным, при котором – изменения в развитии происходят резко и носят качественный характер.

Генетические факторы влияют на поведение, эмоции и мышление, но чтобы это влияние проявилось, необходимы соответствующие внешние условия.



В то же время эмоциональная реактивность и регуляция аффектов являются важнейшими аспектами раннего и последующего развития, влияя на качество социальных интеракций детей и их отношения с социальной средой на протяжении всей жизни.

Анализ патологического поведения, основанный на принципах научения и социального познания, придает большое значение когнитивным процессам, сопутствующим проявленному поведению или предвещающим его.

Экологическая модель Бронфенбреннера [18] требует понимания социального и средового контекста, который зависит от учета проксимальных и дистантных событий, а также событий непосредственно влияющих на ребенка в конкретной ситуации и в конкретное время.

Эволюционные подходы к патологическому поведению ребенка акцентируют внимание на отношения младенец – родитель. В зависимости от развившейся привязанности – процесса установления и поддержки эмоциональных связей с родителями развивается внутренняя модель отношений – образ того, что он ожидает от окружающих, и как он к ним относится. В центре внимания должны быть отношения детей со средой, а не отдельный ребенок.

Нормальное и патологическое развитие детей зависит от разнообразных условий среды и социального окружения. При этом индивид рассматривается одновременно как активный участник собственного развития. Включаются процессы собственной динамики и саморегуляции, являющиеся конституциональными компонентами развития и вносящими свой существенный вклад в манифестацию и нарастание психических расстройств. При этом ни генетические факторы, ни условия среды не являются ведущими, происходит «перекрывание» этих влияний благодаря свободному решению личности [19].

В заключение следует подчеркнуть, что «дизонтогенез», который первоначально предполагалось использовать для психопатологической оценки биологической основы нарушений при расстройствах развития, неправомерно стали использовать в случаях, когда анализировали не структурные, а динамические изменения в процессе заболеваний. Произошедшая подмена – расширение использования этого конструкта фактически лишила возможности построения полиэтиологического и многогранного – функционального диагноза. В результате диагностики становились ярлыками и не способствовали установлению реального прогноза, многогранного лечения, психолого-педагогической коррекции детских психических расстройств и состояний недоразвития.

## Литература

1. Выготский Л.С. Проблемы развития психики // Собр. соч. М., 1983. Т. 3.
2. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей). 2-е изд., доп. и перераб. М.: Медицина, 1995.

3. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М.: МГУ, 1985.
4. Мнухин С.С. О временных задержках, замедленном темпе умственного развития и психическом инфантилизме. // Труды Ленинградского педиатрического медицинского института. Л. 1968. Т. 51.
5. Оудсхоорн Д.Н. Детская и подростковая психиатрия. – М.: Прогресс, 1993.
6. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. М.: Эксмо-Пресс, 2001.
7. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1965. Т. III.
8. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973.
9. Швальбе, 1927. Цит. по Г.К. Ушакову Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973.
10. Шпиц Р.А. Три организатора психики // Шпиц Р.А. Психоанализ раннего детского возраста. - М.: ПЕР СЭ; СПб.: Университетская книга, 2001. С. 122–144.
11. Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development // Amer. Psychol. 1977. V. 32. P. 513–531.
12. Bowlby J. Attachment & Loss. New York: Basic Books, 1973.
13. Chess S., Thomas A. Origins and Evolution of Behavior Disorders. New York: Brunner/Mazel, 1984.
14. Hutt C., 1974. Цит. по [8].
15. Rutter M. et al. Neuropsychiatric Study in Childhood. - Philadelphia: Lippincott, 1970.
16. Sameroff A.J. Infant risk factors in developmental deviancy. In : The Child in His Family. New York: Wiley, 1978.
17. Sroufe L.A., Rutter, M. The domain of developmental psychopathology // Child Development. 1984. V. 55. P. 17–29.
18. Werry J.S. Psychopathological Disorders of Childhood. New York, 1972.
19. Wener Ch., Kerig P. Developmental Psychopathology. Boston: McGraw Hill, 2004.

## РЕЗЮМЕ

Конструкт «дизонтогенез», первоначально использовавшийся для психопатологической оценки биологической основы расстройств развития, неправомерно стали применять не только для анализа структурных, но и динамических процессов при заболеваниях. Такое расширение применения препятствует построению полиэтиологического функционального диагноза. В результате диагностики стали ярлыками, не способствующими установлению прогноза, лечения и психолого-педагогической коррекции детских психических расстройств и состояний недоразвития. Выход из сложившегося положения в использовании для диагностики парадигмы «психологии (патопсихологии)

*развития», основанной на всесторонней оценке развития нормальной и отклоняющейся психики формирующегося индивида.*

## SUMMARY

The pattern, named «dizontogenezis» primarily was used in term of psychopathological description of biologically caused developmental disorders; but subsequently meaning of this term became broader and they start to apply it both to structural and dynamic pathological processes. This is interfering with development of polyetiologic diagnosis. As a consequence a diagnosis is transformed into labels which wasn't suitable for predicting or clinical and psycho-pedagogical treatment of developmental mental disorders. The proper way in such circumstances should be the using of “developmental psychology/patopsychology” paradigm; this approach is based on comprehensive assessment of personality in the developmental course.

## О СЕМИОТИКЕ ДИАГНОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

*А.Н. Корнев*

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая  
медицинская академия*

*Если что-то существует, то оно существует в некотором количестве. Если  
оно существует в некотором количестве, это можно измерить.  
Рене Декарт*

*Не все важное можно измерить, но не все,  
что можно измерить, важно.  
Альберт Эйнштейн*

Клиническая психология de jure выделилась в самостоятельную специальность 10 лет назад. De facto ее возникновение как научного направления прослеживается с первых клинических работ психопатологов, в которых психологическая плоскость психических расстройств стала самостоятельным предметом исследования (П.Жане, В.М.Бехтерев, Э.Кречмер). Анализ истории дальнейшего развития клинической психологии показывает, что еще долго степень ее самостоятельности была невелика [7]. Большинство опубликованных клинико-психологических исследований XX века написаны психиатрами.

Само понятие «клинико-психологическое исследование» продолжает оставаться двойственным по значению. В одних работах термин означает клиническое (психопатологическое) исследование, дополненное экспериментально-психологическими методиками. В других – изучение лиц с душевными расстройствами с позиций клинической психологии. На Западе клиническая психология давно стала самостоятельной наукой, лишенной того «комплекса неполноценности», от которого пока не могут избавиться их российские коллеги.

К.Ясперс одним из первых предпринял глубокий анализ индивидуальных психологических черт психически больных. В своем фундаментальном труде «Общая психопатология» он выступил не только как психопатолог, но и как клинический психолог [10]. Вслед за Э.Шпрангером разграничив парадигмы «объясняющей психологии» и «понимающей психологии», он убедительно доказал важность последней при изучении душевно больных. Специальные главы в этом труде посвящены психологической феноменологии при психических расстройствах и важности ее изучения в дополнение к классическому психопатологическому анализу. На примере анализа подробных историй болезни он обосновывает необходимость не только учета т.н. «психологически понятных связей» психопатологических синдромов, но и глубокого анализа индивидуальных черт характера больного и историю его жизни в преморбиде. Пережитый психоз он рассматривал не как вычеркнутые из жизни дни, недели, месяцы, а как своеобразный жизненный опыт. В его

книге предпринята одна из первых попыток выделения для клинической психологии самостоятельного предмета исследования и языка описания, как предпосылок для самостоятельного научного направления. Он настаивал на том, что для понимающей психологии ценно не столько то, что измеряемо с помощью экспериментальных методов, сколько то, что может быть понято только с помощью вчувствования, инсайта врача или клинического психолога. В этом случае исследовательским инструментом по существу является сам психолог, его душевная конструкция, обогащенная профессиональным опытом и резонирующая переживаниям пациента. Прежде всего, это относится к плоскости переживаний пациента, измерить которые объективными методами крайне трудно, если вообще возможно. В качестве иллюстрации К.Ясперс приводит такой простой, всем известный феномен, как астенический синдром. Посредством объективной регистрации мы можем констатировать низкую работоспособность и истощаемость. Но кроме этого существует то, что можно назвать «переживанием повышенной утомляемости». Можно добавить еще один пример, из клиники детского возраста. Ночной энурез у ребенка это не только невротическая (или неврозоподобная) дисфункция. Это еще и переживание «ночного недержания мочи», которое у разных детей весьма различается. Это не исчерпывается тем, что обычно называют критикой к болезни или нозогнозией. Это в некотором смысле образ жизни (в глубинно психологическом смысле слова). К.Ясперс настаивал, что для эффективной диагностики этой феноменологии недостаточно обычного эмпатического сопереживания со стороны специалиста. Клинический психолог или психопатолог должны эксплицитно квалифицировать эти психические феномены, относящиеся к уровню переживаний. В практике работы с детьми это особенно важно. Мы воздержимся от более обстоятельного анализа этих вопросов, так как в нашу задачу не входит сопоставительный анализ указанных направлений в психологии и психопатологии. Предметом данного сообщения является психопатология детского возраста и ее отображение в понятиях, диагностических категориях, используемых клинической психологией.

Одним из важнейших атрибутов научной дисциплины наряду с другими признаками является наличие самостоятельного, аутентичного понятийного аппарата. Зрелость, системная организованность понятийного аппарата отражает внятность и структурированность представлений о предмете научной дисциплины. Это требование в полной мере приложимо к клинической психологии детского возраста. В клинических дисциплинах (к которым должна быть причислена клиническая психология) это отражено в семиотике – учении о симптомах и синдромах и их иерархических системных взаимоотношениях. На выделении патогномоничных<sup>1</sup> симптомов и синдромов, их дифференциации базируется диагностический процесс.

Методологическую основу диагностического процесса в клинической психологии заложил Л.С.Выготский в своей статье «Диагностика развития и

---

<sup>1</sup> Патогномоничными называют симптомы, синдромы, специфичные для определенного заболевания.

педологическая клиника трудного детства» Л.С.Выготский эксплицировал для психологов то, что давно являлось нормой в медицине: уровневую структуру диагностического процесса [1]. В этой работе он справедливо подчеркивал, что при диагностике развития у детей с дизонтогенезом важно не ограничиваться симптоматологическим, описательным уровнем диагностики. Необходим качественный, содержательный анализ всего симптомокомплекса, «динамических процессов» и причинных механизмов, лежащих в их основе. Центральной проблемой в такой диагностике Лев Семенович справедливо считал «вскрытие механизма симптомообразования: как развился, с помощью какого механизма возник данный симптом» [там же, стр.320]. Несомненно, диагноз клинического психолога должен быть синдромологическим, вскрывающим механизмы выявленных симптомокомплексов. Особо хотелось бы подчеркнуть, что синдром, как совокупность симптомов, не может быть описан на основе личных предпочтений исследователя. Он должен подчиняться общепринятым таксономическим принципам [9].

В западной психологии принято различать два вида диагноза: идеографический и номотетический [8]. Номотетический диагноз ориентирован на выявление типологических характеристик, выявленных у пациента и соотнесение их с определенной рубрикой классификации. Идеографический диагноз рассматривает пациента как уникальную личность в уникальных жизненных обстоятельствах. Данный вид диагноза особенно близок гуманистическому и экзистенциальному направлениям в клинической психологии. Он подразумевает подход с позиций понимающей психологии. Эти два вида диагнозов не находятся в альтернативных отношениях. Они взаимно дополняют друг друга. Номотетический диагноз допускает использование практически всего диапазона диагностического инструментария. Идеографический диагноз опирается, прежде всего, на клиническую беседу, наблюдение и проективные методы исследования. Нам представляется, что в силу своеобразия, возрастной и значительной индивидуальной изменчивости детской психологии в детской клинической психологии идеографический диагноз имеет особенно большой вес. Идеографический диагноз может формулироваться с использованием как профессиональной, так и общей, литературной и метафорической лексики. Нельзя не отметить, что как в профессиональной, так и в художественной литературе внутренний мир переживаний ребенка отражен поверхностно и неполно.

Для номотетического диагноза принципиально важно использование четких семиотических категорий. В связи с этим представляется актуальным анализ состояния, в котором находится семиотика клинической психологии детского возраста. В наиболее разработанном виде семиотика психических нарушений у детей представлена в руководствах по психиатрии. Из современных публикаций можно назвать монографию В.В.Ковалева, специально посвященную этому вопросу «Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков» [3]. Это, пожалуй, единственная работа, в которой представлено полное подробное систематическое описание психопатологических синдромов преимущественно

детского и подросткового возраста. К этому можно добавить еще одну работу, в которой с клинико-психологических позиций подробно изложена семиотика речевых и когнитивных нарушений, наблюдающихся у детей с аномалиями речевого развития [5]. Других психологических исследований по семиотике детских расстройств нам не встречалось. Таким образом, клинический психолог оказывается перед необходимостью пользоваться диагностическими категориями, существующими в психиатрии.

Пожалуй, самый популярный ресурс, которым пользуются клинические психологи это МКБ-10. Однако в этой классификации, как и в DSM- IV вопросы детской патологии представлены весьма скупо. Поэтому под руководством Майкла Раттера была разработана и в 1996 издана ВОЗ Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте, а в 2003 г. был опубликован ее русский перевод. Она построена по тем же симптоматологическим принципам, что и МКБ-10 и так же по многим позициям расходится с номенклатурой, принятой в российской психиатрической школе. В 1994 году была издана классификация нарушений развития и психического здоровья детей раннего возраста «Zero to three» [11].

В последние 30 лет в западных науках о психическом здоровье прослеживается тенденция как бы выводить многие психические аномалии из-под юрисдикции психиатрии. Это обосновывается травмирующим влиянием психиатрических диагнозов как своеобразного клейма неполноценности на личность пациентов. Об этом же свидетельствует эволюция номенклатуры, смена терминологии в таких классификациях, как DSM-3 и DSM-4 (США) и МКБ-10. В них явно стали превалировать психологические, формализованные критерии разграничения психической нормы и патологии. Существует своеобразный тренд замены психопатологических терминов психологическими, менее травмирующими эквивалентами. Например, вместо психопатий – расстройства личности, вместо дебильности, имбецильности, идиотии – умственная отсталость легкая, умеренная, тяжелая и глубокая. Предварительные публикации материалов готовящейся новой версии американской классификации – DSM-V, свидетельствуют о еще большем уклоне в сторону ухода от традиционных психопатологических дефиниций и терминов и замене их описательными психологическими характеристиками. С одной стороны это облегчает для клинических психологов понимание и использование соответствующих диагностических терминов. С другой – размывает границы между истинными психопатологическими расстройствами и психологическими состояниями, вызывающими временную социальную дезадаптацию [12]. В ряде случаев это приводит к гипердиагностике. Как отмечают авторы, подобный подход к определению СДВГ и аутизма в DSM-IV вызвал в США псевдоэпидемию этих расстройств.

Поворот от традиций немецкой нозоцентристской психиатрической школы к англо-американской симптоматологической парадигме создал немало трудностей для стран, в которых психиатрическая школа стояла на нозоцентристских позициях. К их числу относится Россия. Принятие Россией международной классификации психических и поведенческих расстройств

десятого пересмотра (МКБ-10) создало немалые трудности в диагностическом процессе, так как требует от психиатра перевода с языка давно устоявшихся в психиатрии нозологических диагнозов на язык симптоматологической и синдромологической таксономии. Логика этих двух школ настолько радикально различается, что результатом такого перевода нередко оказывается существенное обеднение, а иногда и искажение информации о психическом расстройстве. Немалая часть психопатологических категорий вообще не находит себе места в МКБ-10. Еще одной особенностью МКБ-10 и DSM-4 является так называемый дименсиональный (dimensional) подход, т.е. параметрический, где в основу диагноза ставится определенный набор параметров, выделенных в качестве «критериев включения» из общего континуума психологических признаков в популяции. Альтернативой является категориальный подход к диагнозу, где большое значение имеет «чувство целого», распознавание «нозологического гештальта». Категориальный подход к диагностике релевантен нозоцентристской парадигме. При этом интерпретация даже отдельных симптомов производится с учетом контекста состояния в целом. Рассмотрим в качестве примера клинический случай, где поводом для обращения стали многочисленные опасения, которые ребенок 10 лет высказывает по поводу соматических «симптомов». При диагностическом анализе данные проявления приобретают качество психопатологических симптомов при условии, что они наблюдаются на фоне общей депримированности или дистимии, заставляют ребенка многократно обращаться к врачу за разъяснениями, сопровождаются многословными описаниями болезненных ощущений, диссоциируют с объективной тяжестью соматического состояния и т.п. Тогда они могут трактоваться, например, как ипохондрические симптомы. В отсутствии подобного контекста (или другого аналогичного) эти жалобы будут рассматриваться не как симптом, а как индивидуальные особенности поведения здорового ребенка.

Еще один терминологический ресурс, которым пользуются клинические психологи – нейропсихология, являющаяся единственным научным направлением в клинической психологии, где сложилась стройная система синдромологических категорий и разработанная А.Р.Лурия фундаментальная теория факторного анализа, составившая методологическую основу нейропсихологической диагностики. Нельзя не отметить, однако, что для резидуальных состояний детского возраста в нейропсихологии адекватной семиотики пока еще не разработано. Применение же «взрослой» терминологии оказывается не всегда адекватным для детства. При одинаковом наименовании симптомы распада и проявления дизонтогенеза имеют разное содержание. Симптоматика и механизмы афазии взрослых и дисфазии у детей (например, при моторной алалии) имеют весьма существенные различия. Подобных примеров можно привести немало.

Разнообразная терминология, относящаяся к сфере поведенческих и личностных и эмоциональных нарушений, используемая в психологических исследованиях представляет собой довольно разношерстный, эклектичный набор понятий, не имеющий под собой какой-либо единой логики и единой



теоретической базы. Заимствуются термины, возникшие в рамках разных научных школ западной клинической психологии и психиатрии: психодинамической, бихевиористской, когнитивной, гуманистической психологии, гештальт-терапии и др.

Возникнув на стыке двух наук: психиатрии и общей психологии клиническая психология, если можно так выразиться, переживает кризис идентичности. По формальному статусу, относясь к психологическим наукам, она должна была принять методологические основания, свойственные общей психологии. То есть изучать и описывать патологические состояния по законам нормы, характеризуя отдельные процессы и способности (внимание, память, мышление и др.). Этот путь избрали основатели патопсихологии (Б.В.Зейгарник, С.Я.Рубинштейн). В то же время наличие глубоких корней, связывающих клиническую психологию с психиатрией, обязывает сохранять приоритет клинического подхода, то есть целостного видения пациента и его проблем, с учетом этиологии и патогенеза. При патопсихологическом подходе психолога интересует в первую очередь особенности психологических процессов (внимание, память, мышление) у индивида, страдающего психическим или соматическим расстройством. При клиническом же подходе приоритеты иные: психология болезненного/патологического процесса (в том числе процесса патологического развития), психологические механизмы, модели формирования психического заболевания, психогенез психопатологических состояний. Из существующих отечественных публикаций такого типа можно назвать, пожалуй, только одну работу, относящуюся к детскому возрасту [6]. В определенном смысле два указанных подхода дополняют друг друга. Однако информация первого рода (патопсихологическая) не всегда приводит к знанию второго рода.

Идеолог и основатель патопсихологии Б.В.Зейгарник придерживалась мнения, что теоретической основой патопсихологии должна быть общая психология [2]. Выбрав эту парадигму и соответствующий язык описания, патопсихологии, тем не менее, всегда чувствовали ее ограниченность, неполноту. Во многих работах Б.В.Зейгарник, то и дело возникают психиатрические обозначения синдромов, нейропсихологическая терминология, что вполне объяснимо. Патопсихологических категорий релевантных клиническим синдромам пока никем не предложено, а может быть в этом и нет необходимости. Чем создавать психологический перевод психопатологических категорий, клиническому психологу проще освоить уже разработанную психопатологическую семиотику, как основу для синдромологического диагноза. Общепсихологические категории, модели из когнитивной психологии, нейронаук, теории привязанности, психоанализа и др. на наш взгляд уместно использовать при анализе механизмов выявленных расстройств. В наименовании же самих расстройств, их таксономическом аспекте терминологической эклектики быть не должно.

В связи с этим нельзя не затронуть еще одну проблему, отчасти касающуюся семиотики диагноза. На протяжении последних десятилетий отмечается бурный рост применения психологами разнообразных опросников,

в том числе и многочисленных самодельных квазитестовых методик. Многие, «ничтоже сумняшеся», используют наименования шкал опросников в качестве синдромальных обозначений. Это заблуждение проистекает от недостаточной осведомленности относительно технологии создания опросников и границ их диагностических возможностей. Конструкты и факторы, получающиеся при математическом анализе ответов респондентов, в значительной степени зависят от содержания самого опросника, созданного автором. То есть это искусственный конструкт в отличие от клинического синдрома, состав которого определяется природными механизмами, этиологией и патогенезом расстройства. Наименования шкал – это чаще всего метафора, достаточно произвольно выбранная автором методики, да еще переведенная с другого языка. Оценки в какой-либо из шкал, выходящие за пороговые значения в ключе, вовсе не эквивалентны симптому и не могут сами по себе рассматриваться в качестве признаков расстройства. Нельзя забывать, что данные опросников это всего лишь самоописание ребенка, зависящее не только от сформированности способности к рефлексии, но и от субъективного понимания самих вопросов.

Нынешнее состояние клинической психологии детского возраста таково, что, резюмируя, трудно предложить нечто конструктивное. По существу необходим цикл исследований, специально посвященный вопросам семиотики в клинической психологии. Нужны отсутствующие пока научные данные о возрастной феноменологии поведения (в широком смысле слова) в норме и патологии и методологические исследования, посвященные собственно семиотике психологического диагноза у детей и подростков.

## Литература

1. Выготский Л.С. Основы дефектологии// Собр. соч., М., 1983, Т.5.
2. Зейгарник Б.В. Основы патопсихологии.– Изд. МГУ, 1973.
3. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.,1985.
4. Корнев А.Н. О классификации психических расстройств у детей раннего возраста //Сб. науч. трудов Санкт-Петербургского Института раннего вмешательства.– СПб, 1996.–с.41-44.
5. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста. – СПб., Речь, 2006.
6. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма.– М., Центр лечебной педагогики, 2000.
7. Мясищев В.Н. Личность и неврозы.– Л.: Изд. ЛГУ, 1960.
8. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология.– М.: АСТ/Прайм-Еврознак, 2007.
9. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза.– М.: «Медицина», 1989.
10. Ясперс К. Общая психопатология.– М., Практика, 1997.

11. "Zero to three" Diagnostic classification 0–3. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood.–Arlington AV, 1994.

12. Wykestil T., Callard F. Diagnosis, diagnosis, diagnosis: towards DSM-5 // J. of Mental Health. – 2010.– V19.–N. 4.– P.301-304.

## РЕЗЮМЕ

Анализ истории развития и современного состояния клинической психологии детского возраста позволяет утверждать о наличии методологической незрелости этой научной дисциплины. Обсуждается ее близость и отличие от психопатологии. Обсуждаются принципы построения семиотики и методологические основы психологического диагноза. Анализируются особенности номотетического и идеографического диагноза. На основании анализа литературы делается вывод, что эта наука переживает своеобразный «кризис идентичности». Принципиальным для методологии представляется выбор между патопсихологической и общепсихологической позицией в диагностическом анализе. Аргументируется правомерность использования в клинической психологии психиатрической семиотики

## SUMMARY

According to analysis of child clinical psychology current state it seems reasonable to conclude that there are some methodological immaturity features are presents. The closeness and difference between clinical psychology and psychopathology are discussed. Some clinical semiotics' structure principals and methodological background of diagnostic process are analyzed. The comparative analysis of nomotetical and ideographic types of diagnose is made. Conclusion is made that nowadays clinical psychology as a scientific discipline pass through some "identity crisis". From methodological point of view it seems important for psychologists in diagnostic assessments to make a proper choice between general psychology and clinical approaches. As a conclusion several arguments are presented in favor the reasonability for clinical psychologists to use psychiatric terms in the course of diagnostic process.

# **АУТИЗМ, ДЕПРЕССИЯ РОДИТЕЛЕЙ И «КОЛЬЦЕВЫЕ ЭФФЕКТЫ»: ОПЫТ КОНЦЕПТУАЛЬНОГО АНАЛИЗА НА ОСНОВЕ АМЕРИКАНСКОГО МАТЕРИАЛА**

*В.Б. Лушин  
Нью Йорк (США)*

Аутизм и расстройства аутического спектра относятся к разряду психосоциальных проблем, которые фундаментально воздействуют не только на жизнь самих пациентов, но и на жизнь многих людей, вовлечённых в их социальную орбиту, прежде всего – родителей аутичных детей. Сама природа аутистических расстройств – консистентное нарушение способности детей к формированию социального контакта и эмоциональной близости с окружающими – значительно снижает субъективное благополучие родителей (O'Brien, 2007) [6]. Появляется всё больше научных данных, указывающих, что изменение эмоционального статуса родителей, важного фактора в развитии любого ребёнка, в случае вынесения диагноза, связанного с аутизмом, может вести к возникновению «кольцевого эффекта» (looping effect), вызывающего дальнейшее усугубление аутических проявлений у ребёнка и снижение эффективности коррективной терапии.

Задача этой статьи – попытаться проанализировать имеющиеся научные данные о воздействии эмоционального статуса родителей аутичных детей на эффективность терапии, проводимой с детьми, артикулировать негативные родительские эмоциональные реакции на аутизм у детей с использованием трёх классических концептуальных моделей депрессии – когнитивно-бихевиоральной, рационально-эмоциональной и интерперсональной; а также наметить перспективы выработки прагматичной методологии психотерапевтической помощи этой категории населения.

Вопрос о роли родителей в патогенезе и даже этиологии аутизма обсуждался в научном мире Запада ещё в 1960-е годы: например, исследования, проведённые тогда Бруно Беттельгеймом, породили популярную, и впоследствии раскритикованную – теорию о влиянии материнских эмоций на возникновение аутизма у детей [11]. Современные исследования указывают, что на вторичном причинно-следственном уровне эмоциональный статус родителей может существенно воздействовать на эффективность коррекционной терапии, проводимой с аутичными детьми [6, 10]. Влиятельная работа Гринспена и Видер свидетельствует, что скорость и глубина освоения аутичными детьми коммуникативных и социальных навыков позитивно коррелируют с частотой аффективных интеракций между родителями и детьми и длительностью периодов координированного внимания между ними [3]. Качественные исследования Силлера конкретизируют, что на освоение аутичными детьми функциональной речи существенно воздействует уровень родительской поведенческой синхронизации с фокусом внимания детей: с тем,

насколько часто родители словесно идентифицируют и отмечают жестовым указанием предметы, на которые ребёнок обращает внимание [8].

Нетрудно предположить, что способность родителей к постоянным аффективным интеракциям, координированному вниманию и поведенческой синхронизации зависит от их эмоционального состояния. Картер демонстрирует, например, что уверенность матерей аутичных детей в своей родительской компетентности позитивно коррелирует с результатами коррекционной терапии, проводимой с детьми [4]. О'Брайен иллюстрирует подобную взаимосвязь с психодинамических позиций, используя концепцию «неопределённой потери» (*ambiguous loss*) [6].

Как показали несколько недавних исследований, у многих (65-70 процентов) родителей аутичных детей развивается психологический синдром, клинически напоминающий официальное описание Большой Депрессии [6]. Узнав о диагнозе аутизма у своего ребёнка, который, как правило, выносится после 17-месячной возрастной отметки, многие родители в течение более 3-х месяцев испытывают дисфорию, ангедонию, значительное снижение самооценки, а также инсомнию и снижение аппетита. Этот комплекс негативных эмоционально-поведенческих реакций, по сути дела, конгруэнтен симптомам Большой Депрессии, указанным в психиатрическом Диагностическо-Статистическом Руководстве (DSM IV) – официальном тексте современной американской психиатрии. Значительно менее многочисленна категория родителей, не реагирующих на аутизм детей ярко выраженными депрессивными симптомами; среди этой резилентной группы выделяются родители, сумевшие примириться с мыслью об особенностях своего ребёнка, уверенные в своей компетентности, и достигшие успеха в других областях [4], [6], [8].

По имеющимся данным, лишь от 10 до 15 процентов родителей аутичных детей, страдающих депрессивными проявлениями, получают систематическую профессиональную помощь в преодолении этих эмоциональных страданий [6,] 2]. В большинстве стран, включая Россию и США, отсутствуют организационные механизмы и методические разработки для оказания систематической психологической помощи родителям аутичных детей – помощи, которая, как свидетельствуют вышеприведённые данные, столь настоятельно необходима этой большой и эмоционально незащищённой группе населения.

Для разработки методики такого рода терапевтического курса представляется рациональным артикулировать негативную эмоциональную реакцию родителей на аутизм детей в рамках трёх основных моделей депрессии: когнитивно-бихевиоральной, рационально-эмоциональной и интерперсональной. Когнитивно-бихевиоральная модель увязывает депрессию с маладаптивными глубинными схемами (*core schemas*), глубоко интернализированными оценочными суждениями, враждебными для самого индивидуума, который их испытывает. Эти схемы и вызывают негативные эмоции, составляющие депрессию.

Согласно теории Аарона Бека, одного из пионеров изучения депрессии и создателя когнитивно-бихевиоральной модели, маладаптивные схемы вызваны нарушениями процессов интернализации информации, определяющей ценность индивидуума – например, маркеров восприятия собственной адекватности и, главное, потенциальной успешности в различных социальных ролях; соответственно, улучшение этих процессов должно вести к позитивному изменению схемат и к излечению депрессии [1].

Согласно некоторым исследованиям, стойкие депрессивные реакции у родителей аутичных детей связаны с глубокими изменениями существующих схемат и формированием новых [12]. Узнав о депрессивном диагнозе ребёнка, родитель утрачивает исключительно глубокую схему позитивного самовосприятия в родительской роли. Многие родители, узнав о диагнозе, интернализуют чувство вины, глубинное убеждение в том, что к возникновению аутизма у ребёнка привели их собственные биологические или поведенческие недостатки [6]. Схемата предвкушения долговременной радости выполнения родительской роли замещается ожиданием многолетнего стресса и страдания в результате расстройства, обнаруженного у ребёнка. Родители испытывают натиск мыслительных автоматизмов, связанных с ухудшением прогноза всей их последующей жизни, и также с ожиданием проявлений жалости со стороны других, что, естественно, ранит их чувство достоинства, как сообщают Вольф и О'Брайен [12], [6].

Представляется, что из трёх компонентов когнитивно-бихевиоральной терапии, разработанной Беком – поведенческого, когнитивного и схематического – последние два особенно важны для терапевтической помощи родителям аутичных детей. Уместно предположить, что постепенное обнаружение и трансформация интернализованных самообвинений и других маладаптивных схемат, связанных с аутизмом у детей, могло бы привести к угасанию депрессивной симптоматики у родителей.

По мнению Альберта Эллиса, автора рационально-эмоциональной модели, депрессия связана с иррациональными убеждениями, возникающими в раннем детстве, или биологически детерминированными. Концепция иррациональных убеждений родственна концепции схемат, однако, в отличие от Бека, связывавшего схемат с оценочными суждениями, Эллис настаивал на чисто когнитивной природе иррациональных убеждений. С его точки зрения, в основе депрессии лежат убеждения людей в отношении жёсткой причинно-следственной связи между явлениями социальной жизни, убеждения, как правило, не подтверждённые никакими эмпирическими данными. Этот распространённый тип иррациональных убеждений он саркастически называл “*масстербацией*” (“*musterbating*” – от английского слова *must* – *должно*). К этой категории относится, например, неоправданное убеждение в том, что аутизм, обнаруженный у ребёнка, непременно должен привести к ухудшению качества его жизни – по некоторым данным, у высокофункционалирующих индивидуумов с расстройствами аутического спектра уровень субъективного благополучия существенно выше среднего [2]. В отличие от когнитивно-бихевиорального подхода с его тремя вышеупомянутыми терапевтическими компонентами,

рационально-эмоциональная терапия (RET) фокусируется на эффективном оспаривании иррациональных убеждений пациента [11].

Не исключено, что компонент RET может быть успешно интегрирован в психотерапию для родителей аутичных детей. По крайней мере, одно маладаптивное убеждение, типичное для этой категории людей – интернализированное чувство вины за аутизм своих детей – представляется безусловно иррациональным. Нет никаких эмпирических свидетельств того, что возникновение аутизма у детей связано с биологическими дефектами или поведенческими ненормальностями родителей. Систематическая интернализация этой информации родителями аутичных детей, вероятно, могла бы привести к облегчению их эмоциональных страданий. Представляется, что и компоненты интерперсонального подхода к депрессии могут быть использованы в оказании помощи родителям аутичных детей. Эта модель, хоть и бихевиористская по определению, основана на теории привязанности Джона Боулби, исследователя психоаналитической школы. Сторонники интерперсональной модели усматривают этиологию депрессии в нарушениях межличностных отношений пациента; эти нарушения ведут к искажению глубинных схемат, что и вызывает депрессию (Wakefield, 2010) [11]. Нарушения межличностных отношений подразделяются на четыре проблемных области: оплакивание (grief), несогласие (dispute), смена ролей (role transition), и интерперсональные дефициты (interpersonal deficits). Третья из них – смена ролей – имеет прямое отношение к опыту родителей аутичных детей. Узнав о диагнозе своего сына или дочери, человек неизбежно расстаётся с ролью родителя здорового ребёнка, ролью, обеспечивающей поток позитивной обратной связи на социальном уровне, укрепляющей чувство гордости и собственного достоинства. На смену ей приходит социальная роль родителя ребёнка-инвалида, несущая в себе негативные персональные и социальные импликация [6]. Терапия, основанная на этом понимании, могла бы помочь пациенту быстро расстаться с прежней ролью, беспрепятственно выразить эмоции, вызванные этим расставанием, и выработать навыки и механизмы самоподдержки в новой.

Представляется, что компоненты всех трёх классических концептуальных моделей депрессии, продуктивно скомпонованные в интегрированную терапевтическую методику, могли бы стать эффективным инструментом в терапевтической работе с многочисленной группой населения, страдающей эмоционально, и, к сожалению, пока не получающей регулярной помощи – родителями аутичных детей. Необходимы дальнейшие качественные и количественные исследования, которые выделили бы наиболее важные локусы терапевтического воздействия, направленного на максимально эффективное мультимодальное воздействие, улучшающее и состояние родителей, и реакцию аутичных детей на коррективную терапию.

## Литература

1. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press: NY.
2. Benson, P. (2009). *Depression and Parenting Children with Autism: The Role of Stress Proliferation*. Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, Hilton San Francisco & Renaissance Parc 55 Hotel, San Francisco, CA, Extracted at [http://www.allacademic.com/meta/p109794\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p109794_index.html).
3. Greenspan, S. I., Weider, S. (1997). Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating: A chart review of 200 cases of children with autistic spectrum diagnoses. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 1: 87-141.
4. Kuhn, J.C., & Carter, A.S. (2006). Maternal Self-Efficacy and Associated Parenting Cognitions among Mothers of Children with Autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (4), 564–575.
5. Horwitz, A. & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press: NY
6. O'Brien, M. (2007). Ambiguous Loss in Families of Children with Autism Spectrum Disorders. *Family Relations*, 4, pp. 25-31.
7. Ritvo, E. & Freeman, B. J. (1977). National Society for Autistic Children Definition of the Syndrome of Autism. *Journal of Pediatric Psychology* 2 (4), pp. 146-148.
8. Siller, M. & Sigman (2008) M. Modeling Longitudinal Change in the Language Abilities of Children With Autism: Parent Behaviors and Child Characteristics as Predictors of Change. *Developmental Psychology* 2008, 44, (6), 1691–1704.
9. US Department of Health and Human Services (2010). *Critical Issues for Parents with Mental Illness and their Families*. Extracted at <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/KEN-01-0109/ch4.asp>;
10. Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values. *American Psychologist*, 3. pp. 373-388.
11. Wakefield, J. C. (2010). *Depression: Clinical and conceptual issues*. Seminar/lecture course at NYU Silver school of SW.
12. Wolf, L., Noh, S; Fisman, S. N., & Speechley, M. (1989). Brief report: Psychological effects of parenting stress on parents of autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 19 : (1)

## РЕЗЮМЕ

Статья анализирует имеющиеся научные данные о воздействии эмоционального статуса родителей аутичных детей на эффективность терапии, проводимой с детьми, артикулирует негативные родительские эмоциональные



реакции на аутизм у детей с использованием трёх классических концептуальных моделей депрессии – когнитивно-бихевиоральной, рационально-эмоциональной и интерперсональной; а также намечает перспективы выработки прагматичной методологии психотерапевтической помощи этой категории населения.

## SUMMARY

This paper analyzes recent peer-reviewed data on cause-and-effect relationships between emotional status of the parents of children with autistic-spectrum disorders and the children's outcomes in early intervention. The paper articulates adverse parental emotional reaction to children's autism using cognitive-behavioral, rational-emotive, and interpersonal conceptual frameworks, and discusses potential methods of its treatment for a pragmatic, non-pathologizing intervention model.

## ПЕДИАТРИЯ РАЗВИТИЯ И КОГНИТИВНАЯ НЕВРОЛОГИЯ

*О.И. Маслова, Г.А. Каркашадзе, Н.С. Сергиенко  
Научный центр здоровья детей РАМН  
Москва*

До настоящего времени для детского невролога бывает сложной диагностика заболеваний у детей первых 3-х лет жизни, имеющих в анамнезе данные о патологии перинатального периода. Заболевания с органическим поражением ЦНС (врожденная гидро- или/и микроцефалия, пороки развития, ДЦП, эпилепсия, генетически-детерминированная патология) верифицируются и клинически и специализированными методами исследования достаточно своевременно. А значительная группа детей, наблюдающихся неврологом (26-31%), с 6-12 месяцев жизни имеют синдромальный диагноз.

При анализе жалоб, предъявляемых родителями при обращении в первые 3 года жизни ребенка, часто видна их полисимптомность, разрозненность в группировке, не всегда адекватная оценка их как в сторону гипо-, так и гипердиагностики, трудность во временной оценке их появления, динамике и интенсивности. Наиболее часты жалобы на нарушения засыпания и сна; расстройства общения, речи, заикание, тики; задержки и своеобразие развития; нарушения поведения, настроения; наличие тревоги, страхов; гипермоторность и гиперактивность, характер пищевого поведения. Необходима оценка вновь появившихся или обострение ранее имевшихся жалоб, что позволяет логическому построению многоуровневого диагноза в возрастном аспекте с учетом комплекса клинических симптомов, соответствия или несоответствия физиологическому развитию – психоневрологическому, психологическому, физическому и соматическому. Любой процесс, в том числе и патологический, всегда обращен в будущее: по длительности, типу течения, степени тяжести. И с самого начала диагностики встают вопросы прогноза исхода заболевания – выздоровление, инвалидизация, компенсация, восстановление или жизнь с болезнью, но в новых условиях, что крайне важно как для ребенка, так и для всей его семьи.

Гармоническую сочетанность неврологического, психического и психологического статуса и развития мы определяем как «когнитивную неврологию», т.к. в детском возрасте, с учетом постоянного возрастного совершенствования ребенка происходит становление познавательной сферы, как социализирующей, так и социальной составляющей её. И только у ребенка можно говорить о «когнитивной педиатрии», при определенной иерархии созревания всех органов и систем, обеспечивающих соматическую, когнитивную, эмоциональную, поведенческую стороны жизни, что возможно обозначить как «педиатрию развития».

При современном состоянии методов реабилитации, компенсации и восстановления многие заболевания становятся иными, чем ранее, по уровню

жизни [1]. И сейчас для всех специалистов педиатрического профиля важным является качество жизни ребенка различного возраста: здорового или имеющего патологию различных органов/систем. В качестве жизни – в любом возрасте ребенка – значительную роль имеет функционирование когнитивной сферы (состояние внимания, памяти, восприятия, предречи- и речи, зрительно-моторной координации, аналитико-синтетических процессов), а также эмотивных и поведенческих реакций [2].

В силу пластичности нервной системы ребенка парциальный когнитивный дефицит может на 1-2-3 годах жизни проявляться симптомами задержки развития: моторного, психического, предречевого и речевого, инфантилизма, пограничной интеллектуальной недостаточности, педагогической и/или социальной запущенности, а в ряде случаев – депривации. При осмотре невролога кроме традиционного опроса и осмотра ребенка нужны новые подходы к диагностике, помогающие выявить продрому развития психического, психосоматического или дизонтогенетического состояния, в большинстве своём не имеющих неврологического симптоматического или синдромального топического выражения. Именно в этот период, раннего развития, необходима совместная диагностическая работа невролога с психологом, логопедом, дефектологом для верификации состояния познавательной сферы, для раннего выявления умственной отсталости, дизонтогенетического расстройства, эндогенного психического заболевания, причем не только в структуре психоневрологического, но и соматического (муковисцидоз, болезни крови, печени), а также генетически-детерминированного заболевания или демиелинизирующего процесса.

Разработанный нами алгоритм оценки психомоторного паттерна у детей первых двух лет жизни по следующим рубрикам:

1. Дигательные навыки (грубая и тонкая моторика – оценка тонуса и мышечной силы; объём движений и двигательные навыки, и их симметричность).
2. Когнитивная сфера (в основном по развитию речи).
3. Эмоционально-поведенческая сфера: эмоции и поведение (социальное и биологическое), позволяет и неврологам и педиатрам и родителям вести динамический график возрастного развития ребенка, составляющий основу педиатрии развития [3].

Симптоматический диагноз у детей первых лет жизни, без органического поражения ЦНС, но с патологией перинатального периода в анамнезе, обедняет возможности реабилитационных подходов. Хотя если рассматривать симптом как один отдельный признак (одна конкретная жалоба), то чем специфичнее симптом, тем меньше круг болезней для верификации диагноза. Необходимо отметить, что и симптом и синдром – с точки зрения данного момента – статичен, а с точки зрения отрезка времени – динамичен. Для ребенка диагноз, как врачебное заключение о сущности заболевания и состоянии больного, важен с позиции *Diagnosis morbi* (обозначение болезни по принятой классификации), но ещё актуальнее как *Diagnosis aegroti* – определение индивидуальных особенностей организма больного. Болезнь имеет

последовательность смены симптомов и/или синдромов, для ребенка всегда является результатом нарушения главного условия существования живого организма – его контакта с внешней средой, и в данном случае можно говорить о нарушении качества жизни.

При глубоком уровне расстройства жизнедеятельности организма нозологическая специфичность патологии нивелируется! Возникают сходные патологические синдромы, характерные для различной патологии.

В процессе длительного катамнеза 513 детей трёх групп (А - с ДЦП различных форм; Б - последствиями инфекций /ПИНФ/; В - генетически-детерминированными редкими заболеваниями и синдромами /РЗ/), выявлены 4 группы патологических проявлений поражения ЦНС: нарушения моторики (М), речи (Р), психики (П) и судороги (С).

Соотношение при ДЦП было следующим М:Р:П:С=93:72:69:18(%%). При последствиях инфекционных заболеваний М:Р:П:С: составляло 85:70:76:49(%%), а в группе редких заболеваний М:Р:П:С=75:65:66:35(%%).

Для невролога моторное развитие ребенка первых лет жизни прогностически коррелирует с когнитивным и интеллектуальным дефицитом: а) изменение мышечного тонуса по спастическому типу на протяжении первого года жизни (не транзиторное) является неблагоприятным фактором риска по дальнейшему когнитивно-соматическому развитию. Изменение мышечного тонуса по гипотоническому типу у детей с доминирующим признаком задержки или отставания в психо-речевом развитии может являться косвенным признаком начальной стадии психического расстройства, дизонтогенеза или генетически детерминированного синдрома или заболевания, нозологически тропного к патологии психической сферы: аутизм, аутистически подобное развитие, общее недоразвитие речи на фоне интеллектуальной недостаточности в последующем развитии ребенка [4].

Также был проведен частотный анализ клинически звучащего повышения внутричерепного давления, с косвенной морфологической (!) верификацией его методами ультразвуковой диагностики и нейровизуализации и осмотра офтальмолога, ДЦП:ПИНФ:РЗ=6:16:23(%%)

80 детей в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет с задержкой нервно-психического развития неспецифического (1 группа-37 детей) и специфического (2 группа - 23 ребенка) характера и 20 детей (3 группа) с задержкой развития искаженного/диссоциированного типа были проанализированы по особенностям вегетативно-инстинктивной сферы:

1. Нарушения сна (инверсия сна, гиперсомния, гипосомния, частые просыпания, длительное засыпание, стереотипии во сне, ритуалы сна).
2. Нарушения системы «питание-выделение» (слабость сосания, повышенный аппетит, пониженный аппетит, избирательный аппетит, извращенный аппетит, еда во сне, запоры, поносы, срыгивания, рвоты, руминация).
3. Формирование самоощущения: реакции на голод, дискомфорт, манипуляции.

4. Система «мать-дитя» (не успокаивается на руках у матери, не принимает утробную позу, не принимает мать).
5. Инстинкт самосохранения (отсутствие страха перед опасностями, ауто-гетероагрессия, навязчивости).

Нарушения по вышеуказанным сферам чаще обнаруживаются у детей 3-ей группы с искаженным развитием, а также со специфической задержкой развития, что позволяет говорить о диагностической ценности анализа вегетативно-инстинктивных и неврологических симптомов [5].

Исследование детей с задержками развития специфического и диссоциированного генеза было проведено также по методике «Гном», разработанной в 1989г. Горюновой А.В., Козловской Г.В., Римашевской Н.В. по дифференцированному анализу 5 основных сфер:

1. Сенсорной (зрительная, слуховая, тактильная чувствительность)
2. Моторной (статика, кинетика, тонкая моторика и мимика)
3. Эмоционально-волевой (формирование и дифференцирование эмоциональных реакций, появление и характер эмоционального резонанса)
4. Познавательной (внимание, речь, мышление, игра)
5. Поведенческой (пищевое поведение и динамика формирования навыков опрятности и социальное поведение с характером установления контактов в системе «мать-дитя» и внешних ).

Каждый из 20 тестов оценивается или в 5 баллов (при выполнении) или 0 баллов – при невыполнении. Дети 2-ой группы показали коэффициент психического развития (КПР) 80-89 баллов в 37% случаев - эти показатели характерны для группы риска по возникновению нервно-психической патологии, у всех детей 3-ей группы КПР составил ниже 80 баллов, что указывает на нарушенное нервно-психическое развитие. Информативными признаками были: запоздалое формирование фиксации взгляда, измененная реакция на звук, дисрегулярное моторное развитие и её диссоциация, неуклюжесть, стереотипии, запоздалое формирование улыбки, индифферентное выражение лица, редукция комплекса оживления, дистимические и дисфорические (2 группа) / депрессивные и фобические расстройства (3 группа), задержка предречевого и речевого развития. Нарушение внимания более выражено во 2 группе, а в 3-ей носило диссоциированный характер (сверхизбирательность сочеталась с невозможностью фиксации внимания или застревание на второстепенных деталях предмета). По анализу игры у детей 3-ей группы отмечен её своеобразный характер с интересом к неигровым предметам и архаикой общения с ними – облизывание, обнюхивание. Недоразвитие потребности в общении чаще отмечено у детей 3-ей группы с задержкой диссоциированного характера, как и нарушение прообразов самосознания.

У детей с неспецифической задержкой развития отмечалась кратковременная задержка темпов моторного и речевого развития, во второй группе детей – со специфической задержкой – выявлено недоразвитие сенсорной, моторной, эмоциональной, познавательной и поведенческой сфер с

выраженным стойким резидуальным характером. У детей 3-ей группы с искаженным развитием отмечено неравномерное (дисгармоничное), дисрегулярное и расщепленное (диссоциированное) развитие с тенденцией к прогрессивности.

При 3-х-летнем катамнезе выявлено следующее: треть детей первой группы развивалась соответственно возрастной норме, а в 65% имелись признаки корково-подкорковой дисфункции. Вторая группа детей имела интеллектуально-когнитивный дефицит различной степени. В третьей группе детей выявлен спектр симптомов дизонтогенетического развития, которые можно расценивать как неврологические маркеры предрасположенности к психиатрической патологии у детей раннего возраста.

При динамическом наблюдении детей с патологией перинатального периода для формирования психоневрологического диагноза необходим комплекс специалистов (невролог, психолог, логопед, дефектолог, нейрофизиолог, психиатр), владеющих всеми возможными подходами к определению прогноза развития ребенка в различных сферах его общения, для создания адекватной системы восстановления, компенсации, адаптации.

## Литература

1. Диагностика и структура неврологических синдромов психического дизонтогенеза детей раннего возраста. Маслова О.И., Горюнова А.В., Н.С.Сергиенко, Козловская Г.В., Римашевская Н.В., Методические рекомендации №3 Правительство Москвы, Комитет здравоохранения, Москва, 2001.
2. Нормативы психомоторного развития детей раннего возраста и методика их осмотра. Хачатрян Л.Г., Студеникин В.М., Маслова О.И., Баранов А.А., методические рекомендации НИИ педиатрии НЦЗД РАМН, Москва, 2003г, 24 стр.
3. Скворцов И.А., Ермоленко Н.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. - М., МЕДпресс-информ, 2003, 368 стр.
4. Сологубова И.Е. Нарушения психо-речевого и моторного развития при заболеваниях нервной системы у детей. Автореферат дисс. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук, Москва, 2005 г., 26 стр.
5. Diseases of the Nervous System in Childhood, 3<sup>rd</sup> Ed., by J.Aicardi, 2009, Mac Keith Press, 933 p.

## РЕЗЮМЕ

Статья посвящена когнитивным проблемам педиатрии развития и когнитивной неврологии. Показана необходимость динамической диагностики синдромальных состояний у детей с патологией перинатального периода в условиях специфической и неспецифической, а также диссоциированной задержки развития с использованием шкалы «ГНОМ». Используются диагностические психоневрологические шкалы оценки при органических

поражениях ЦНС с определением комплекса ведущих синдромов (нарушения моторики, речи, психики, наличие судорог) при детском церебральном параличе, последствиях инфекционных поражений ЦНС и редких заболеваниях. Для верификации диагноза необходим комплекс специалистов – невролог, психолог, логопед, дефектолог, психиатр, чтобы правильно оценить неврологические симптомы, которые у детей раннего возраста могут быть маркерами психических расстройств.

## SUMMARY

The article is devoted to the cognitive problems in pediatrics and development of cognitive neurology. Necessity of dynamic diagnostics of syndromatic disorders in children with perinatal pathology in condition of specific and nonspecific arrested development with use of a scale "GNOME" is shown. Diagnostic psychoneurological rating scales are used in central nervous system affliction with definition of a complex of leading syndromes (lesions of motility, speech, mentality, presence of convulsions) in infantile cerebral paralysis, consequences of infections and rare diseases. The community of experts - neurologist, psychologist, logopedist, defectologist, psychiatrist is necessary for verification of the diagnosis and examine correctly neurologic symptoms which in infants can be the markers of mental disorders

# КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

*И.М. Никольская*

*Санкт-Петербургская медицинская академия  
последипломного образования*

Кризисная психология – относительно новая область психологической теории и практики. Согласно толковому словарю русского языка, кризис – это резкий, крутой перелом в чем-либо; острый недостаток, нехватка чего-либо; затруднительное, опасное положение [8].

В психологии *кризисом* называют острое эмоциональное состояние, возникающее при блокировании целенаправленной жизнедеятельности человека. В кризисном состоянии решение жизненно важных проблем привычными методами невозможно. В результате растут напряжение и тревога вплоть до ощущения невыносимости происходящего. Для разрешения кризиса и облегчения состояния активизируются все физические и психологические ресурсы человека, используется весь репертуар защитно-совладающего поведения [3], [7].

В клинической теории понятие кризиса обычно связывают с травматическим и катастрофическим событием, опасным для жизни и здоровья. В психологической теории наряду с этим используется представление о кризисе как о состоянии, характерном для критических периодов в естественном течении жизни человека («кризисы жизни», «кризисы развития», «семейные кризисы» и пр.).

Дети, также как и взрослые, могут переживать различные типы кризисов. Если раньше внимание психологов больше занимали *возрастные кризисы* как переходные этапы возрастного развития и их соотношение с *нормативными семейными кризисами*, возникающими при переходе семьи на новую стадию жизненного цикла, то в последние годы большое значение приобретает изучение кризисов травматических.

*Травматические кризисы* вызываются экстремальными ситуациями, приводящими к серьезным негативным последствиям для жизни и здоровья человека (природные и техногенные катастрофы, аварии, нападения и несчастные случаи, потери и утраты, неизлечимые болезни и др.). Эти ситуации независимо от их результатов существенно нарушают базовое чувство безопасности и наносят человеку психическую травму.

Психотравма может сопровождаться развитием симптомов острых и посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), провоцировать саморазрушающее поведение, желание повторения травмирующей ситуации с целью отреагировать на неё, к другим негативным последствиям.

Н.В. Тарабрина выделяет два типа психотравмирующих ситуаций: краткосрочную и постоянную (повторяющуюся) [6].

К особенностям *краткосрочных психотравмирующих ситуаций* относят: единичное воздействие, несущее угрозу и требующее превосходящего



возможности индивида совладания; наличие изолированного, довольно редкого травматического переживания; неожиданность, внезапность. Такая ситуация оставляет неизгладимый след в психике индивида; чаще приводит к возникновению типичных симптомов ПТСР (навязчивых мыслей, связанных с событием, избегания и высокой физиологической реактивности) и классического повторного переживания травматического опыта; реже сопровождается быстрым восстановлением нормального функционирования.

Особенности *постоянной и повторяющейся травматической ситуации*: вариативность, множественность, пролонгированность, повторяемость травматического события, его предсказуемость; более вероятный умысел создания ситуации. Ее последствия: страх повторения; чувство беспомощности в предотвращении; неясность и неоднородность воспоминаний ввиду диссоциации; изменения «Я»-концепции и образа мира, что может сопровождаться чувствами вины, стыда и снижением самооценки; более частое возникновение долгосрочных личностных и межличностных проблем; отрицание, отстраненность, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами как попытки защиты от переживаний; возникновение комплексного ПТСР.

При благоприятном исходе кризиса человек приобретает новый жизненный опыт, продвигается в личностном росте, расширяет диапазон адаптивных стратегий совладания. Если преодолеть кризис не удастся и ситуация приобретает затяжной психотравмирующий характер, - следствием может стать фиксация на неадекватных способах решения проблем, регрессия, болезни, смерть, суицид.

Преодоление кризисного состояния обеспечивается функционированием многочисленных взаимосвязанных, взаимодополняющих регулирующих подсистем, имеющих разную биопсихосоциальную основу. Рассматривая строение защитной системы человека, мы выделяем четыре основных уровня, последовательно формирующихся в онтогенезе и одновременно/параллельно, прерывисто/непрерывно функционирующих у взрослого: 1. Сомато-вегетативный (физиологический). 2. Поведенческий (психомоторный) уровень. 3. Уровень психологической защиты (бессознательной психики). 4. Уровень совладающего поведения (сознания) [4]. При выделении данных уровней мы используем клинико-психологический подход и основываемся, прежде всего, на тех симптомах (внешних проявлениях защитного реагирования), которые психолог и врач могут выявить у клиента/пациента путем беседы, наблюдения или углубленного психологического обследования.

Адаптация к кризису на первых трех уровнях защитной системы осуществляется автоматически. На первом и втором – преимущественно за счет привлечения внимания других людей и получения от них поддержки, на третьем - путем самозащиты (искажения образа мира и образа Я). Только четвертый уровень защиты, совладающее поведение, предполагает сознательные усилия личности, направленные на решение проблемы или на приспособление к этой проблеме, если она не может быть решена. Однако далеко не всегда личность способна к сознательным и целенаправленным

усилиям при адаптации к стрессу – в силу возраста, состояния здоровья или особенностей самой ситуации.

Накопленный нами опыт работы с пострадавшими в результате террористического акта в Беслане, вооруженного конфликта в Чеченской Республике, а также со специалистами, оказывающими кризисную психологическую помощь, показал, что у детей в качестве непосредственных реакций на кризисную ситуацию проявляются симптомы трех первых уровней защиты [1]. Сознательно регулировать состояние напряжения на уровне совладания (осуществлять произвольные и преднамеренные усилия по мобилизации физиологических реакций, управлению эмоциями, вниманием, поведением и познанием) ребенок не способен, и в этом ему должны помочь окружающие взрослые.

Для возвращения ребенка к дотравматическому уровню функционирования специалистам необходимо выявить детей с симптомами травматических расстройств, присоединиться к ним, при необходимости вскрыть психотравмирующие переживания, осуществить отчуждение от них, создать образ позитивного будущего.

Известно, что в ситуации кризиса человек может быть восприимчив к минимальной психологической интервенции и способен извлечь значительную пользу из простой поддержки и выслушивания. В то же время, оказание такой помощи нередко затрудняет низкая мотивация потерпевших к ее получению.

Важное условие для возникновения такой мотивации – это сбор информации о личности пострадавшего, его семейном и жизненном контексте. Умение специалиста присоединиться (вступить в контакт) и завязать беседу о вещах, на первый взгляд мало существенных и не имеющих прямого отношения к психотравме, – прямо и косвенно убеждает пациента в заинтересованности специалиста, в том, что он понимает трудности повседневной жизни пациента и искренне хочет помочь. На этой основе формируется доверие, снижается тревога и напряжение и в какой-то момент возникает более или менее осознанная готовность к переводу беседы с поверхностного уровня на уровень более глубоких и скрытых переживаний.

Используемые при этом техники ведения психотерапевтической беседы (нерефлексивное слушание, постановка вопросов, дальнейшее развитие мыслей собеседника, отражение чувств, обобщение, структурирование, затем интерпретация и конфронтация) расширяют сознание пациента, позволяют ему по-новому взглянуть на себя, свой семейный и жизненный контекст, вызывают интерес к дальнейшему сотрудничеству.

Дети спонтанно не склонны говорить на травмирующие темы. Поэтому для оказания им помощи нами используется отставленный дебрифинг в игровой форме с применением сказочных метафор и метод серийных рисунков и рассказов [1].

Разработанный нами метод серийных рисунков и рассказов одновременно решает задачи психодиагностики и оказания психологической помощи [5]. Как диагностическую процедуру, данный метод можно отнести к классу проективных методик, выполняющих как роль инструмента исследования, так

и роль клинической процедуры в установлении контакта между специалистом и пациентом. Особенность взаимодействия с пациентом состоит в том, что основным инструментом выступает арт-терапевтическая беседа (прямое или косвенное получение сведений путем описания рисунков в общении). Для пострадавших в кризисных ситуациях такое опосредованное общение в ряде случаев более адекватно. Преимущества арт-терапевтической беседы в том, что она конкретна (обсуждаются определенные рисунки), структурирована (имеет определенную этапность и логику), отстранена (касается как бы не самого пациента, а персонажа, изображенного на рисунке), имеет лечебный эффект (облегчает процесс выражения, осознания и отреагирования скрытых эмоций, проблем и конфликтов).

Технология работы при использовании метода включает три этапа, определена примерная очередность заданий, которые специалист предлагает пациенту. Задачи 1-го этапа: знакомство, исследование образа Я и семейного окружения пациента, осуществление присоединения за счет обсуждения «безопасной» и насыщенной позитивными эмоциями темы желаний, стремлений и фантазий, введение в работу.

Задачи 2-го этапа: стимулирование интенсивных чувств и воспоминаний с целью выявления отрицательных переживаний и связанных с ними трудных жизненных ситуаций, внутриличностных и межличностных конфликтов, механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения. В процессе исследования психотравмирующих переживаний за счет коррекции механизмов психологической защиты – осуществление отреагирования отрицательных эмоций либо отчуждение от них.

Задачи 3-го этапа: снятие возникшего напряжения, повышение настроения, создание чувства уверенности в себе, ощущения способности справиться с трудностями, формирование образа позитивного будущего.

Соблюдение последовательности выше перечисленных этапов продуцирует у пострадавшего определенную динамику эмоционального состояния, позволяющую перейти от обсуждения скорее нейтральных тем, создающего доверительные отношения, к погружению в кризисные переживания с их последующим отреагированием, созданием позитивного настроения и жизненной перспективы.

Как известно, посттравматический рост имеет две стороны: иллюзорную, дисфункциональную, вводящую пациента в заблуждение (позитивная иллюзия) и функциональную, конструктивную, способствующую реалистичному восприятию [9]. Сторона, вводящая пациента в заблуждение, первой включается в процесс адаптации к кризису. С учетом этого, диалоги специалиста с ребенком в процессе игрового дебрифинга и применения метода серийных рисунков и рассказов базируются на нарративном (повествовательном) подходе. Особенность нарративных рассказов в том, что их смысл зависит не от реальности, а от ее интерпретации двумя лицами: Я-рассказчика и Я-слушателя. Другими словами, смысл истории для двух участников диалога возникает в процессе повествования и обретается ретроспективно, после того, как событие, о котором повествуется, уже

произошло. И здесь нарратив рассказчика взаимодействует с нарративом слушателя, по-новому центрирующего текст и придающего ему новые значения. Образно говоря, в описываемых нами случаях сюжет истории по ходу диалога меняется таким образом, чтобы можно было «опять жить».

Известно, что среди факторов, обуславливающих тяжесть кризисных состояний и резистентность к психотерапии, большое значение имеет гибель кого-либо из родных и близких во время экстремальных ситуаций. Помочь отреагированию душевной травмы и ослаблению привязанности и зависимости от умершего близкого призваны традиции прощания, похорон, поминок, оплакивания [2]. С целью отреагирования утраты нами специально используются искусственные процедуры оплакивания и прощания. Участие ребенка в таких ритуалах помогает отреагировать горе, восстановить связь с умершим, создать его позитивный образ.

В настоящее время мы используем данные подходы к оказанию психологической помощи детям, оказавшимся в различных кризисных ситуациях (утрата и тяжелая болезнь близких, насилие в семье, травля одноклассниками, незаконный отрыв от семьи и помещение в приют и др.)

### Литература

1. Добряков И.В., Никольская И.М. Краткосрочная кризисная психотерапия детей с посттравматическими стрессовыми расстройствами в рамках модели реабилитации «Добрякова-Никольской» // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009 – Т. 109. – №12. – С. 29-33.
2. Грановская Р.М. Психологическая защита. – СПб.: Речь, 2007. – 476 с.
3. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики. Учебное пособие. – СПб.: Питер, 2004. – 464 с.
4. Никольская И.М. Совладающее поведение в защитной системе человека // Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – С. 113-136.
5. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков. Учебное пособие для врачей и психологов. - СПб.: Издательство СПбМАПО, 2009. – 51 с.
6. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса / под общей редакцией Н.В. Тарабриной. – Часть 1. Теория и методы. – М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007. – 208 с.
7. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2004. – 256 с.
8. Толковый словарь русского языка. – М.: Рус. Яз., 1990. – 704 с.
9. Maercker A., Zoellner T. The Janus Face of Self-Perceived Growth: Toward A Two-Component Model of Posttraumatic Growth Psychological Inquiry. 2004.

## РЕЗЮМЕ

Представлены характеристики кризисных состояний, психотравмирующих кризисных ситуаций и их последствий. На основе авторских представлений о четырех уровнях защитной системы рассмотрены реакции детей на кризисные ситуации. Обсуждены возможности оказания психологической помощи детям с использованием авторского метода серийных рисунков и рассказов.

## SUMMARY

The descriptions of crisis mental conditions, psychotraumatic situations and its consequences are presented. On a bases of authors' presentations of four levels of the defence system the reactions of children on crisis situations are considered. The possibilities of providing psychological help to the children using authors method of serial drawings and stories are discussed.

## ДУХОВНОЕ ПРОСТРАНСТВО: СЕМЬЯ – РЕБЕНОК

*Т. О. Новикова, М.Г. Ковалевская*  
*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая*  
*медицинская академия,*  
*Российский государственный педагогический*  
*университет им. А.И. Герцена*

Современное состояние кризиса духовности, во многом связанное с технологизацией и виртуализацией социального бытия, оборачивается для человека ощущением разломленности его собственной индивидуальности. Наиболее чувствительной к переживаемому кризису духовности оказывается семья.

Семья сегодня не только утрачивает свой внутренний духовный потенциал, но и в системе социоэкономических отношений все чаще перестает занимать центральное место. Показательным в этом смысле является тот факт, что во время проведения Всероссийской переписи населения 2002 года за учетную единицу переписи было принято домохозяйство. Институт демографических исследований комментирует этот факт следующим образом: «концепция домохозяйства более адекватно отражает современную социальную структуру общества и соответствует подходам, применяемым в большинстве стран мира» [10]. В сегодняшних разговорах о семье, кризисе института семьи зачастую ускользает главное – стремление к тому, чтобы рассматривать семью не просто как «малую социальную группу», когда один человек уже может быть назван «семьей», или как «домохозяйство», где важна лишь экономическая составляющая, а средоточие культурного, жизненного и духовного опыта, трансляция которого есть необходимое условие становления личности, основной исток устойчивости социального бытия.

Семья, семейные отношения - понятия, вписанные в структуру повседневности, важнейший модус человеческого бытия в мире, формирующий духовно-душевно-телесную самость человека, культурно-социальные установки, определяющие его жизненное про-странство.

Множественность смыслов, продуцируемая повседневностью затрудняет само определение семьи. Сложности, возникающие с дефинициями семьи, аналогичны тем, что возникают при попытках определения любого модуса «человеческого», да и самой культуры в целом. В широком спектре подходов к проблеме семьи среди прочих можно встретить следующие определения:

- малая социальная группа, основанная на браке или кровном родстве, члены которой связаны общностью быта взаимной помощью, моральной и правовой ответственностью, характеризующаяся переплетением статусов и ролей (социология семьи);

- «круг ближних», противопоставляемый «кругу дальних» (Ф. Ницше, Ф.М. Достоевский);

- первичное лоно культуры, один из основных компонентов устойчивости социального бытия, «первое, единственное гнездо любви, веры, свободы и совести, необходимая и священная ячейка родины и национальной жизни» (И.А.Ильин);

- живой творческий процесс (И.Шевченко – председатель православного братства ученых «Фавор»)...

Определение семьи как социального института, с одной стороны, и малой группы, функционирующей по своим собственным законам, с другой, неизбежно ведет к рассмотрению аксиологического аспекта проблемы: насколько велика ценность семьи в каждом конкретном обществе, как вписываются представления о семье, семейных отношениях, семейном воспитании в шкалу ценностей того или иного общества, той или иной национальной культуры.

Если обратиться к истории философских идей в России, то можно выявить, что размышления о семье как важнейшем феномене человеческого бытия и компоненте социальной устойчивости занимают в наследии русских философов XIX-XX вв. место не столь существенное по объему, но, тем не менее чрезвычайно значимое для глубинного понимания целостности человека, особенностей его включенности в «культурное единство исторической жизни» [8]. Русские философы подчеркивали, что, выступая зеркалом социальных отношений и отражая парадигму той или иной эпохи, вместе с тем, именно семья может стать носительницей некоего субстанционального начала, формирующего душевно-духовный мир человека, направляющего в дальнейшем его жизнь.

В размышлениях о феномене семьи можно выделить ряд основных проблем, наиболее часто затрагиваемых русскими философами - семья как первоисточник социального бытия, ее определение в социальном космосе, национальные основания семейной культуры, семья как основа выхода из кризиса социального бытия, воспитание в семье, в том числе национально-патриотическое, отношение между поколениями, сохранение и передача традиции в контексте динамики семейных отношений, поло-ролевые характеристики семьи, роль женщины в семейной и социальной жизни.

По своему рождению человек принадлежит семье, не выбираемой им, она есть некий дар его отца и матери, который он несет в себе на протяжении всей жизни. Именно в семье закладывается образ (отсюда этимология самого слова «образование» в русской духовной традиции, когда образование и воспитание воспринимаются как два глубоко взаимосвязанных процесса) как средоточие жизненного и духовного опыта человека. «Семья является первичным лоном человеческой культуры. Мы все слагаемся в этом лоне, со всеми нашими возможностями, чувствами и хотениями; и каждый из нас остается в течение всей своей жизни духовным представителем своей отечески материнской семьи или как бы живым символом ее семейственного духа» [5, С. 142]. Даже сирота несет в себе любовь и желание своего отца и своей матери, а значит, и принадлежность этим двум людям, благодаря которым стало возможным его существование. Семья сочетает в себе прошлое, настоящее и будущее человека.

Благодаря семье возможна (или напротив невозможна) реализация личностного потенциала.

В семье закладывается сущность человека, определяется, что же выйдет из него в дальнейшем, как разовьется в нем то, что дано природой. Семья учит любить – кого и как? Верить – во что? Жертвовать – чему и чем? Задача родителей – направить к Любви и внутренней свободе, совести ведущей к Совершенству. В семье, полагает русский мыслитель И.А. Ильин, закладываются основы будущего счастья или несчастья и не только человека, но и мира в целом, в который человек привносит то, что он получил в детстве в своей семье: «Семья есть как бы живая «лаборатория» человеческих судеб – личных и народных, и притом каждого народа в отдельности и всех народов сообща...» [5, С. 143]. Ильин говорит о недооценке роли воспитания, (которое по сути своей есть искусство) обыденным сознанием, часто придающим большее значение рождению как факту физическому, нежели воспитанию, воспринимаемому как несущественное, происходящее само по себе. Недооценка роли семьи может стать бедой целой эпохи, когда на первый план выходят ценности цивилизационные, когда форма начинает преобладать над внутренним содержанием, материя над духом.

Очень важным является вопрос о месте ребенка в семье, и значим этот вопрос не только потому, что ребенок – это будущее человечества, «но и потому, что он несет в себе гораздо больше, чем мы думаем, потому что ребенок – это любовь, это присутствие любви среди нас. Ребенок – это ахиллесова пята взрослого: быть может, даже тот, кто на первый взгляд кажется самым сильным, боится этого правдивого существа, которое способно его обезоружить» [4, С. 185]. Сила детства в том, что дети изначально оказываются причастны духовному опыту («Дети с ангелами разговаривают», «Детям принадлежит царствие Божие», «Устами младенца глаголет Истина» [6]). В определенном смысле детство оказывается за рамками социокультурного обмена, в нем не действуют определения, устанавливаемые культурным сознанием. «Детство «не хочет» раствориться в модели продуктивной культуры <...>. В отношении к детству распадаются множасьщиеся объяснения и стратегии социализации <...>. Само детство человечеством, можно сказать, получено в дар» [2, С. 25]. Рождаясь, ребенок не ведает условностей мира, он живет все еще подвластный иным законам. Он по-прежнему ощущает мир «раздвинутым чревом», в котором действует мифологический закон: все во всем. И если преодолеть существующую иллюзию отождествления духовного развития человека только с совершенствованием и разворачиванием его рационального начала, то перед нами откроется изначальная одухотворенность детства. Это «до-логическое», «до-системное» или, что вернее, «сверх-логическое», «сверх-системное» понимание мира ребенком есть особая мифология. Однако не следует полагать, что такое «наивное» миропонимание неприемлемо, и потому в процессе становления личности должно быть преодолено рациональными способами постижения мира. Более того, детство способно открыть нам особую «мета-логическую перспективу проживания духовного опыта». В этом смысле своеобразный мифологический девиз детства, которому должен следовать



каждый из нас, – ««помни о рождении», пронеси через жизнь память о внутриутробных превращениях и ту волю к чудесному, которая создала тебя самого. Мир – все еще не остывшее чрево, неистощимое в волшебствах образования и преображения вещей» [9, С. 31].

Детство живет по другим законам, сознание ребенка не знает начала и конца, ему не ведомо пространство и время. Ребенок всегда пребывает здесь и сейчас («Дети играют в вечности»). Поэтому детский мир оказывается прозрачным, в него проникает и в нем же пробуждается «экзистенциальная глубина»: «В любой момент ребенок может претерпеть инобытие» [1, С. 246]. Мы можем говорить о том, что ребенок преодолевает человеческую ограниченность во времени и пространстве и совершает прорыв в особое состояние безвременья. Отсюда неслучайно отношение к ребенку в культуре как «к медиатору, визионеру», поскольку его взору доступно то, что могут видеть только мертвецы и колдуны. Дети, по словам А.В. Демичева, – «десантники небытия». Они заброшены в этот мир, но им еще доступно Неведомое, они все еще «причастны Тайне», они сами есть гораздо большее, чем то, что явлено нам. Отсюда неслучайны постоянные вопрошания взрослых по отношению к детям: Кто это так смотрит? Кто это к нам пришел? В детях «есть это невоплощенное «кто-то», которое может пока существовать в форме вопроса, а не ответа. Есть тот, кто еще чужд всему, глядит издалека, отрешенно – потом он выйдет к нам навстречу, станет тем-то и тем-то (в утвердительной форме). Но это будет уже кто-то другой – не тот *кто-то*, кого мы жадно вопрошаем сейчас, пока он еще не исчез: кто? кто? кто?» [9, С. 51-52].

«Дети – десантники небытия» [3], и их десантирование по-разному оценивалось на протяжении истории культуры: от попыток отправить назад, вернуть «Богу богово», до такой метафизики детства, когда ребенок понимается как сама Жизнь, как абсолютно «посюсторонняя» альтернатива смерти. Такое понимание детства, когда ребенок способен заслонить, вытеснить смерть, рождает инфантильное к ней отношение, ощущение собственного бессмертия через детей и в детях. Это обретение бессмертия в детях очень тонко подметил В.В. Розанов, указав на то, что «для человека, имеющего детей... «там» просто неинтересно, и психологически, субъективно не существует», «нет детей – воображай ангелов», «есть дети – ангелы призрачны, тают, нет их» [7, С. 249]. Обретение бессмертия в детях кажется тем более доступным, поскольку существует возможность практически полного переноса собственного «Я» на «Я другого», ибо «другой выступает здесь в предельно ослабленном модусе, приближаясь к «Я», становясь почти «Я», а для родителей, для матери – в определенном смысле, больше чем «Я»» [3, С. 31].

Однако не следует полагать, что детство – это высшее состояние, которое затем утрачивается, и вернуться к которому возможно лишь обращением взрослой личности к детству. Речь скорее идет о том, что детство – возможность духовности, возможность общности с духовным опытом, и воплощение этой возможности в действительность во многом зависит от той культурной среды, в которую включается ребенок.

Поэтому в условиях современной прагматизации жизни необходимо, чтобы система воспитания и обучения детей строилась не только на усвоении ими знаний и умений, способствующих лишь получению чувственного материального наслаждения, но и, прежде всего, чтобы в процессе воспитания дети получали «уроки совести, милосердия, прощения, любви». И прежде всего эти уроки могут быть получены в семье, которая есть ничто иное, но единство, прежде всего сходных жизненных целей и духовных оценок, а не похожесть характеров, как часто принято полагать. Только в такой семье, являющейся носителем «здорового консерватизма» и творческого начала одновременно ребенок учится Любить, Верить, стремиться к Совершенству.

И.А. Ильин отмечал, что воспитание есть духовное пробуждение ребенка, которое не должно сводиться лишь к развитию интеллекта и энциклопедичности знаний, ведущей к обезличивающей цивилизации. Это духовное пробуждение, ответственность за которое, прежде всего несут родители, предполагает, чтобы «ребенок получил доступ ко всем сферам духовного опыта; чтобы его духовное око открылось на все священное и значительное в жизни; чтобы его сердце, столь нежное и восприимчивое, научилось отзываться на всякое явление Божественного в мире и в людях...» [5, С. 152].

Таким образом, семья есть необходимый жизненный фактор. Она способна обратить человека к самому себе, противостоять естественной склонности «плыть по течению жизненной энергии в сторону все возрастающей степени омертвления и ритуализации ее проявлений». Более того, в условиях утраты человеком веры, неумения слышать свое внутреннее чувство, свое сердце семья остается единственным источником обретения целостности.

## Литература

1. Апинян, Т.А. Размышления постребенка о мифологии детства / Т.А. Апинян // *Философия детства и социокультурное творчество / Материалы X международной конференции «Ребенок в современном мире. Культура и детство»*. - СПб.: Издательство СПбГПУ, 2003.
2. Грякалов, А.А. Культура и событие детства / А.А. Грякалов // *Философия детства и социокультурное творчество / Материалы X международной конференции «Ребенок в современном мире. Культура и детство»*. - СПб.: Издательство СПбГПУ, 2003. – С. 23 – 30.
3. Демичев, А.В. Дискурсы смерти. Введение в философскую танатологию / А.В. Демичев. – СПб.: ИНАПРЕСС, 1997. – 144 с.
4. Дольто, Ф. *На стороне ребенка* / Ф. Дольто; пер. с фр. Е.В. Баевской, О.В. Давтян. – Екатеринбург: У-Фактория, 2003. – 672 с.
5. Ильин, И. А. Собрание сочинений в 10 т.т. / И.А. Ильин; сост., вступ. ст. и коммент. Ю.Т. Лисицы. – М.: Русская книга, 1993. Т. 1: Путь духовного обновления, 1993. – 400 с.: 8л. ил., 1 ил. портр.
6. Мк 10:14; Пс. 8:3.

7. Руссо Ж.-Ж. Избранные сочинения в 3-х т. / Ж.-Ж. Руссо. - М., 1961. Т1. – Эмиль, или О воспитании, 1961.

8. Эпштейн, М.Н. Отцовство: метафизический дневник / М.Н. Эпштейн. – СПб.: Алетейя, 2003. – 248 с.

9. Данные Росстата о демографической ситуации в РФ: численность и размещение населения, брак и семья, воспроизводство, возрастной состав, миграция [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.demographia.ru/articles\\_N/index.html?idR=21&idArt=609](http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=21&idArt=609). Дата обращения: 01.08.2010.

10. Проневская, И. Проблемы демографии и кризиса семьи в средствах массовой информации (опыт контент-анализа) [Электронный ресурс]. / И. Проневская // «Демографические исследования», 10.03.2006. – № 3. – Режим доступа: [http://www.demographia.ru/articles\\_N/index.html?idR=20&idArt=321](http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=321). Дата обращения: 01.08.2010.

## РЕЗЮМЕ

Семья, семейные отношения - понятия, вписанные в структуру повседневности, формирующие духовно-душевно-телесную самость человека, культурно-социальные установки, определяющие его жизненное пространство. В условиях переживаемого человеком духовного кризиса семья выступает как один из основных факторов социальной устойчивости бытия.

## SUMMARY

The Family and the family relations – are the notions involved in the structure of everyday being. They form the spiritual-psychological-body Self, socio-cultural attitudes, which determinate humans' life space. In the reality of spiritual crisis family may be viewed as one of the main basements of social stability of being.

## **ПРОЯВЛЕНИЕ ДОВЕРИЯ ПОДРОСТКАМИ, ПЕРЕЖИВШИМИ ПСИХОТРАВМИРУЮЩУЮ СИТУАЦИЮ**

*С. Т. Посохова*

*Санкт-Петербургский государственный университет*

Один из многочисленных парадоксов, сопровождающих развитие нашего общества, заключается в нарастании витков насилия и глобальной агрессии, которая приводит к отчуждению людей. В то же время с момента рождения человеку дана базовая потребность в доверии к миру, потребность во взаимодействии с окружающими людьми. На основе этой потребности происходит сближение людей. Видимо, поэтому доверие так активно включается в систему психологической помощи. Не случайно на территории Российской Федерации создается сеть телефонов доверия, центров психологического консультирования, работа которых базируется на доверии специалистам и методам психологического воздействия.

Разные проявления феномена доверия как одного из аспектов бытия человека изучаются давно и во многих научных областях, в частности, доверие – предмет философии, религиоведения, социологии, психологии, педагогики, медицины и т.п. Этим, бесспорно, осложняется понимание его сущности и обуславливается многообразие подходов к исследованию. В целом доверие представляет собой сложный социально-психологический феномен, затрагивающий макро-и-микро уровни жизнедеятельности личности. Результат междисциплинарного анализа приводит к пониманию доверия как единства четырех интегральных смысловых аспектов. Доверие означает: условие межличностных взаимоотношений, отношение личности к миру, себе и другим, безопасность существования личности и интеграцию личности.

С нашей точки зрения, суть доверия заключается в избирательном межличностном отношении, обеспечивающем ощущение безопасности, уверенность в себе и другом человеке, сопровождающемся позитивными эмоциональными переживаниями и регулирующем границы открытости личности во взаимодействии с окружающей реальностью. Психологическое содержание и структурная организация доверия определяются особенностями личностного смысла, рефлексии и ценности объектов доверительных отношений.

Опираясь на исследовательский опыт многих отечественных и зарубежных специалистов, мы убеждаемся в том, что к числу неоспоримых источников разрушения доверительных отношений относится пережитая психическая травма. Негативному воздействию психической травмы особенно подвержены подростки. Пережитая психическая травма вторгается в жизнь подростка, существенно меняя ее содержание и качество. Травма превращается в главный вызов, на который подростки отвечают как конструктивными, так и деструктивными способами. Суицидальные попытки, делинквентность, аддикции, проституция, участие в организации асоциальных субкультурных

групп – далеко не полный перечень социального реагирования подростков на пережитые кризисные ситуации, травматическое воздействие жизненных обстоятельств. Распространенной реакцией на психотравмирующую ситуацию признается ограничение коммуникативного и информационного пространства. Самоизоляция или осуществленное ближайшим окружением сокращение контактов с миром отражают, с одной стороны, развивающееся эмоциональное и интеллектуальное истощение, а с другой – могут провоцировать снижение эмоционального тонуса и интеллектуальной активности. На однообразном коммуникативном и эмоционально-интеллектуальном фоне происходит обесценивание собственной жизни, самоуничижение начинает преобладать над самоуважением, появляется ощущение изъятия в себе. В последнее время важным доказательством травматизации психики признается появление признаков посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Интегрируя происходящие внешние и внутренние изменения, подростки или заявляют о том, что никому не доверяют, или демонстрируют в поведении признаки недоверия.

Можно согласиться с известным мнением о том, что отсутствует единый для всех стрессор, способный вызвать травматическую реакцию. Спектр ситуаций, которые объективно относятся к травмогенным или подростки воспринимают их как кризисные, травмирующие, широк и разнообразен. Он наполнен ситуациями, типичными как для возраста, так и для социального развития нашего общества. Длительно переживаются травмы, связанные с витальной угрозой, насилием и смертью. Проживание в экстремальных экологических условиях, например, в условиях повышенного содержания радиации, отравляющих веществ, способно глубоко травмировать психику ребенка. Отдельное положение в перечне причин психических травм занимают террористические акты и военные конфликты. Их особенность заключается в том, что психические нарушения разной степени обратимости возможны не только у непосредственных участников событий, например, заложников или военных специалистов, но и очевидцев трагических событий и даже просто у информированных о происходящей драме. Глубина и тяжесть социальных последствий террористических актов, локальных военных конфликтов, межнациональных столкновений связана с травмированием целых сообществ. Более того, признаки посттравматического стрессового расстройства могут наблюдаться в жизни нескольких поколений. Катастрофичность – главная характеристика последствий психических травм, вызванных массовой гибелью людей. Для детей и подростков, с которыми, казалось бы, не совместимы ни войны, ни террористические акты, ни насилие, травматизация усиливается из-за невозможности или даже кратковременного разрыва с родителями, с семьей.

Обширные психологические исследования предоставляют развернутую систему аргументов в пользу того, что семья представляет собой первичную безопасную для физического существования и самооценности среду, адаптирующую подростка в непросто для него мире. Родители первые, кто демонстрируют и обеспечивают опыт доверительных взаимоотношений ребенка с миром. Важно, что усвоение доверительных отношений,

своих родителей, происходит латентно. В частности, неосознанно усваиваются способы преодоления стрессовых ситуаций, которые используют родители, их система отношений. Нередко непродуктивная активность подростка неосознанно инициируется тревогой, недоверием матери, ее стремлением отгородиться от окружающего мира, спрятаться от реальных трудностей. В связи с этим родительская депривация рассматривается как один из психотравмирующих факторов.

Необходимость изучения доверительных отношений подростков, воспитывающихся в детском доме, обусловлена тем, что, с одной стороны, существует общепринятая позиция, согласно которой помещение ребенка в детский дом в раннем возрасте и проживание в нем разрушает всю систему доверия. С другой стороны, несмотря на драматичность пережитых жизненных ситуаций, подростки-воспитанники детского дома сохраняют потребность в доверии, что, как известно, нередко сопровождается драматическими последствиями. Возникшее противоречие превращается в барьер самореализации подростков, успешности их социальной адаптации и необходимой интеграции в современную социо-культурную среду.

Исследование, проведенное совместно с Ю. Р. Зариповой, показало, что доверие органично присуще подросткам в возрасте 13-15 лет, пережившим психотравмирующую ситуацию. Как оказалось, у подростков, воспитывающихся в детском доме, понятие «доверие» сформировано так же четко и в таком же объеме, как и у подростков, воспитывающихся родителями. В обеих группах личностный смысл доверия отчетливо демонстрирует избирательность отношений к тому, что их окружает. Смысловое пространство охватывает ряд признаков, с помощью которых подростки демонстрируют осознание доверия как личной безопасности и открытости в межличностном взаимодействии, как уверенности в себе и в другом человеке, как позитивного эмоционального фона общения, как этической и нравственной ценности и как риска. Единство смыслов отражает существование определенных ценностных областей жизни, в которых подростки независимо от индивидуальной жизненной истории осознают возможность доверительных отношений, а также риск выражения доверия.

Более того, подростками, испытывающими дефицит социальных отношений и родительской привязанности, как и теми, кто имеет отчим дом, интегральным признаком доверия признается психологическая безопасность в среде проживания. Можно утверждать, что особенности среды проживания, обеспечивающие подросткам базовое ощущение комфорта или дискомфорта, образуют своеобразный исток доверительных отношений. Естественная комфортная жизненная среда, как это типично для благополучных семей, или созданная окружающими людьми, как это характерно для детского дома, субъективно защищает подростков от угроз и сохраняет потребность в доверительных отношениях с миром.

Следует подчеркнуть, что содержание личностного смысла доверия участвовавших в исследовании воспитанников детского дома оказалось относительно устойчивым и сохранялось независимо от выраженности

стрессовых реакций и оказанной психолого-педагогической помощи. В этих условиях изменялись иерархия показателей личностного смысла.

Не менее важная, чем личностный смысл, составляющая доверительных отношений – рефлексивная активность. В подростковом возрасте рефлексия центрирует сознание на собственном Я, обеспечивает осмысление переживаний внутренней жизни и взаимодействия с внешним миром. Рефлексия как процесс и результат взаимодействия подростка с самим собой регулирует вектор доверия по отношению к определенным объектам и явлениям, а также его устойчивость. С точки зрения воспитанников детского дома, как и подростков, имеющих родителей, они способны внушать доверие окружающим и хранить доверенную им информацию. По всей видимости, в этом отражается свойственная подростковому возрасту потребность в общении и готовность к открытым отношениям, которая

Изучение ценностного аспекта доверия показало, что подростков, воспитывающихся в разных условиях и обладающих разным опытом переживания психотравмирующих ситуаций, объединяют объекты, которым они выражают свое доверие. Высокая готовность к установлению доверительных отношений приводит к расширению круга предметов и явлений, которые трудно дифференцируются в качестве объектов доверия. К таковым подростки относят вещи, предметы, значимых взрослых, а также собственное Я. Тем не менее, наибольшую ценность для подростков представляют те объекты, которые, сводят к минимуму риск разрушения доверительных отношений. Это домашние животные, природа, Бог и вообще «высшие силы».

Психическая травма, вызванная родительской депривацией, трансформирует проявления доверия. Спектр представлений воспитанников детского дома о доверии узок и ограничен предметами, вещами и собственным опытом общения. Доверие основывается преимущественно на открытости и уверенности в других людях. Представления о возможном риске занимают незначительное место в осознании доверительных отношений. Для подростков с сильно выраженными переживаниями травматических ситуаций мир доверия ограничивается главным образом животными. Окружающие люди вызывают настороженность. Из круга доверия исключается и детский дом, то есть жизненное пространство, где они впервые получают уроки доверия и недоверия.

Редкая возможность обмена с окружающими своим опытом доверия повышает роль рефлексивной активности относительно собственной надежности в межличностном взаимодействии и хранении доверенной информации. Такое личностное свойство воспитанников детского дома, как подозрительность, представляет собой своеобразный личностный фильтр доверия. Несмотря на умеренную выраженность, подозрительность отражает установку этой категории подростков на настороженность по отношению к окружающим людям, природе и месту проживания.

Проведенное нами исследование позволяет очертить роль семьи, родительского дома в проявлении доверия. Семья обеспечивает подросткам открытость новому коммуникативному опыту и одновременно раскрывает

возможные опасности взаимоотношений с людьми. Родительские стратегии адаптации, границы безопасного взаимодействия с окружающим миром осознанно, а чаще всего латентно и неосознанно усваиваются детьми. Таким же образом формируется механизм выражения, как доверия, так и недоверия, механизм тонкого лавирования при выборе объектов доверительных отношений и видения своей роли в них. Видимо, поэтому подростки, имеющие родителей и воспитывающиеся в семье, достаточно свободны в установлении доверительных отношений, которые распространяются в первую очередь на членов семьи, близких людей и значимых взрослых. Подтверждением служит повышенная самооценка доверчивости и надежности в сохранении доверенной информации. Можно также предположить, что их открытость обеспечивается уверенностью в себе и близких людях, которые могут их поддержать и оградить от опасности в любой момент. Такой возможностью явно не обладают подростки-воспитанники детского дома.

Проживание в семье, где подросток получает первый опыт принятия родными и близкими людьми, приводит к возникновению ощущения безусловности существования доверия. В таком случае роль личностных свойств заключается в регуляции круга доверия, а не мучительного выбора между доверием и недоверием. Среди личностных свойств, регулирующих доверительные отношения подростков, имеющих родителей, особая роль в расширении спектра представлений о доверии принадлежит дипломатичности, самостоятельности и эмоциональной чувствительности. Названные личностные обеспечивают широкий спектр объектов, по отношению к которым подростки проявляют доверие.

Таким образом, психическая травма, связанная с потерей родителей, сохраняет способность подростков к проявлению доверия по отношению к миру, окружающим людям и себе. Однако родительская депривация привносит ряд особенностей в содержание и структурную организацию доверия. Проведенное исследование открывает перспективы для дальнейшего изучения общепсихологического и коррекционного аспектов доверия. Целесообразно расширение спектра изучения доверительных отношений при разных видах дизонтогенеза; изучение роли пола и возраста в доверительных отношениях; раскрытие обучающего смысла пережитых стрессовых ситуаций и роли приобретенного опыта негативного переживания в предотвращении психических травм и сохранении доверия; изучение адаптационной функции доверия, его места и роли в структуре адаптационного потенциала личности. Безусловно, первоочередная задача заключается в разработке программ оказания психологической помощи, направленной на расширение возможностей проявления доверительных отношений и осознание факторов риска.



## РЕЗЮМЕ

Доверие понимается как избирательное межличностное отношение, которое обеспечивает ощущение безопасности, уверенности в себе и в другом человеке, сопровождается позитивными эмоциональными переживаниями и регулирует границы открытости личности. Психическая травма, связанная с родительской депривацией, сохраняет способность подростков к проявлениям доверия, но ограничивает сферу доверия предметами, вещами, животными. Окружающие люди вызывают настороженность, опасения. Из круга доверия исключается место проживания – детский дом.

## SUMMARY

The trust is understood as a selective interpersonal relationship, which provides a sense of security, confidence in yourself and in the other person, accompanied by positive emotional experiences and regulates the boundaries of personalitie's openness. Trauma associated with parental deprivation retains the ability of adolescents to trust, but limits field of trusting reactions to objects, things and animals. The surrounding people call a caution and fear. From the circle of trust place of living, the orphanage, is excluded.

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ПОСТНЕКЛАССИЧЕСКОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ

М.М. Семаго

Московский городской психолого-педагогический университет

Необходимость принципиальной «коррекции» самих онтологических оснований клинической психологии развития вызвана не только происходящим в настоящее время методологическим «переходом» к постнеклассическому этапу научного знания, но и потребностями самой жизни, практикой работы с детьми с отклоняющимся развитием.

На рубеже научных эпох, который мы наблюдаем в настоящее время, происходят радикальные сдвиги в представлениях о мире и процедурах его исследования, фактически формируются новые философские основания научной рациональности – постнеклассическая научная картина мира. Все чаще преобразования онтологии предметных научных областей знания протекают не столько под влиянием внутридисциплинарных факторов, сколько путем «парадигмальной» прививки идей, транслируемых из других наук [8]. В психологических науках подобные преобразования соединяются и с новыми представлениями об активности субъекта, движущих силах и механизмах его развития.

В этой ситуации качестве общенаучной парадигмы, и для психологических наук в целом, и для клинической психологии релевантным и эффективным мы считаем использование *синергетической методологии* и ее категорий. В свою очередь, существующая система базовых и метапсихологических категорий [2] распространяемых, в том числе, и на клиническую психологию должна быть дополнена новыми, своего рода *мегаонтологическими* категориями, которые позволят в значительной степени преобразовать онтологический базис клинической психологии развития.

В этой ситуации мы считаем важным введение в онтологическую «матрицу» принципа *триадности* (триадичности) анализа, а также ряда дополнительных категорий: *синхронности* развития психических структур, *фрактальности* (изоморфности) структурной организации психического, а также категории *меры*, определяющую динамику и взаимосвязанность (гармоничность) психического развития в целом и его отдельных структурных образований.

**Принцип триадного анализа следует признать более эффективным, в том числе, для методологии клинической психологии.**

Триадная методология может быть распространена, в том числе, и на модель анализа отклоняющегося развития. В этой ситуации классический бинарный анализ «первичность-вторичность», «причины-наблюдаемая феноменология», «онтогенез-дизонтогенез» преобразовываются в систему анализа, приведенную на рис. 1.

Идеальная норма (*идеальный онтогенез*) определяется как некое предельно оптимальное развитие личности, реализуемое в оптимальных для нее социокультурных условиях [1].

### Соотношение идеальной, типологической и индивидуальной моделей анализа

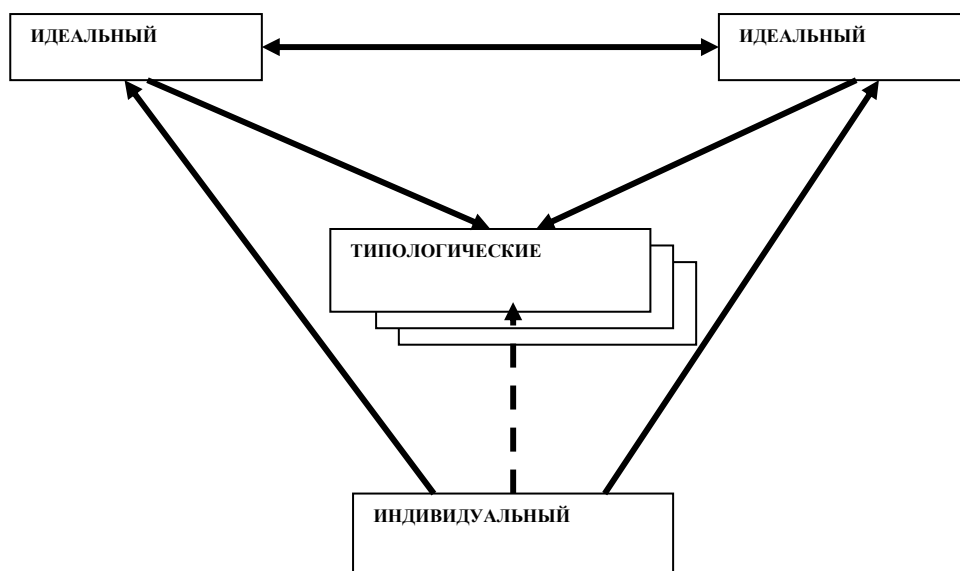


Рис.1.

Антитезой идеального онтогенеза является модель *идеального дизонтогенеза* – как «...процесс развития, осуществляемый в условиях некоторой аномалии или патологии» [1, 9] не существующий в реальности, но присутствующий в специальной литературе в виде наиболее обобщенной категории того или иного расстройства, отклонения в развитии.

Таким образом, можно говорить о следующей системе анализа: идеальная модель онтогенеза – идеальная модель дизонтогенеза (модель, описывающая дефект в «чистом» (идеальном) виде) – типологическая модель, учитывающая наиболее специфические и частотные для данного варианта отклоняющегося развития – индивидуальные особенности развития ребенка.

Практический работник, работая с ребенком, «продвигается» от реальности по направлению к типичной модели, учитывая характерные именно для нее параметры и показатели в их соотнесении с столь же идеальными дизонтогенетическими показателями. Одновременно сравниваются реальные показатели развития ребенка и идеальные (в том числе и статистические) в рамках идеальной модели развития. Конечным итогом такого анализа является «подведение» особенностей развития ребенка под типологические характеристики. Таким образом, фактически реализуется одновременный (синхронный) «трехвекторный» анализ.

Триадиическая структура анализа легла в основу авторской трехкомпонентной модели психического развития [4]; [6]. На основании этой модели (Рис.2), была разработана типология отклоняющегося развития, которая

нашла свое воплощение в конкретных технологиях деятельности психолога с детьми с вариантами отклоняющегося развития как в рамках диагностического и коррекционного компонента деятельности, так и в структуре комплектации коррекционных и инклюзивных образовательных учреждений [3]; [6].

**Анализ психического дизонтогенеза, разработку диагностических и коррекционно-развивающих технологий целесообразно осуществлять с позиции синергетической концепции, с использованием ее категориального аппарата.**

Трехкомпонентная модель анализа психического развития

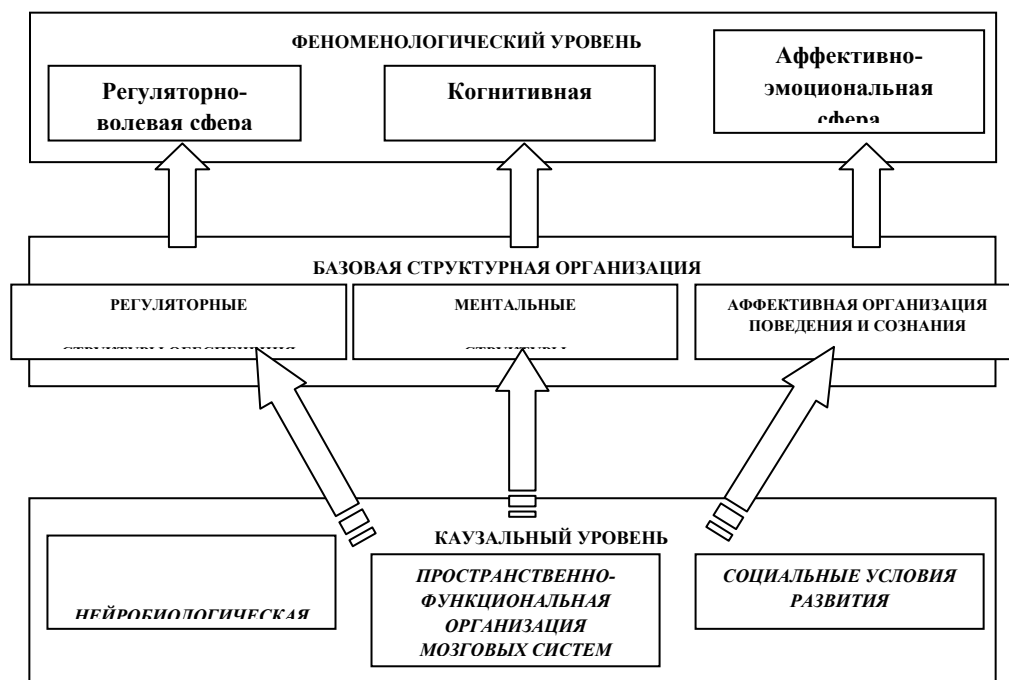


Рис. 2

Синергетика как междисциплинарное направление опирается на методы, одинаково приложимые к различным предметным областям, и изучает сложные («многокомпонентные») системы. Для нас важными являются представления о точках бифуркации (вероятностных изменениях развития системы), управляющих параметрах, параметрах порядка (переменных, ограниченное число которых может полностью охарактеризовать существующую систему), аттракторах (фазовых траекториях изменения системы). В данном случае такой открытой нелинейной и саморазвивающейся системой является психическое развитие и ее вариант – отклоняющееся развитие.

В качестве параметров порядка выступают регулятивный, ментальный и аффективный факторы, определяющие формирование регуляторных структур обеспечения психической активности, ментальных структур, аффективной организации поведения и сознания (по О.С. Никольской) [3;4;6]. Последние отражают формирование базовой структурной организации (Рис. 2) как объяснительной модели анализа психического развития. В свою очередь, базовая структурная организация «проявляется» в наблюдаемой

феноменологии, которую можно оценивать в виде соответствующей уровневой организации каждого из компонентов: произвольной регуляции, пространственно-временных представлений, уровней аффективной организации.

Для нас важны представления о качественных изменениях данных структур в моменты фазовых переходов (точек бифуркации), обозначенные нами, как «узловые моменты развития»<sup>1</sup>. С точки зрения идеального онтогенеза принципиально важно, что в узловых моментах развития обязательным оказывается синхронизация динамики структурных перестроек, *одновременный* переход всех структур на качественно новый системнореагирующий уровень<sup>2</sup>. Таким образом, в онтологическом базисе представлена категория **синхронности развития**, как синхронности структурных изменений самоорганизующейся системы. В свою очередь, рассогласование в темпах формирования базовых структур, их *десинхронизация* должна обуславливать появление тех или иных симптомокомплексов дизонтогенеза (отклоняющегося развития). Ситуация, когда подобные «десинхрозы» будут происходить и в последующие «узловые моменты», определяет в целом переход всей системы психического развития на *дизонтогенетический аттрактор* (траекторию) развития. Качественное своеобразие подобной десинхронии рассматривается как дифференциально-диагностический критерий того или иного варианта отклоняющегося развития и, соответственно, учитывается при постановке психологического диагноза. На базе анализа узловых моментов – точек синхронизации/десинхронизации трех линий развития базовой структурной организации – разработана технология сбора психологического анамнеза, которая уже находит ряд подтверждений в практике деятельности клинического и специального психолога [3].

**На развитие может быть распространен закон структурной гармонии систем, с точки зрения которого психический онтогенез/дизонтогенез может анализироваться с позиций универсальных инвариантов, реализуя, тем самым структурное единство развития и эволюции на всех уровнях существования природы.**

Как отмечает И.Н. Трофимова: «... поиск и сопоставление общего ... между открытыми динамическими системами различной природы – от атома до человеческого общества – приводит к некоторым универсалиям, характерных для этих систем и применимых к различным психическим явлениям» [9, 28]. Теория структурной гармонии систем Э.М. Сороко [7] позволяет выявить ряд фундаментальных инвариантов, которые могут быть обнаружены в самых различных проявлениях природы, социума, субъекта. Именно таким образом возникает механизм и методология поиска новых закономерностей психического развития, как в его условно-нормативном, так и в отклоняющемся

---

<sup>1</sup> Понятие «узлов», «узловых моментов» было использовано в работах Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна и Д.И. Фельдштейна.

<sup>2</sup> Эта методология легла в основу разрабатываемой нами современной периодизации психического развития.

вариантах. В подобных универсалиях опредмечиваются категории *фрактальности*<sup>1</sup> и *меры*. Введение категории фрактальности позволяет рассматривать дизонтогенез в целом и все дизонтогенетические проявления, на всех системных уровнях с позиции единой методологической модели, в том числе и единого геометрического образа – конусной спирали как модели траектории (аттрактора) психического развития [5].

Представления о мере, как выводят нас на количественно-качественные оценки динамики характера психического развития. В качестве подобной меры, определяющей «... характер «фазного», ступенчатого движения от одного состояния к другому» [7, 248] рассматриваются обобщенные золотые сечения, а также обобщенные фибоначчие инварианты. Ранее нами уже была показана возможность использования непосредственно ряда Фибоначчи применительно к анализу периодизации психического развития ребенка [4,6]. Взяв на вооружение подобную модель анализа, мы получаем не только большую возможность качественной оценки структуры психического развития, в том числе развития отклоняющегося, но и инструмент прогностического анализа.

В свою очередь, различные виды рассогласованности, «дегармонизации» структурной организации системы психического, в том числе нарушения ее «мерности» (динамики) развития дают нам возможность использовать этот методологический подход к анализу вариантов и типов отклоняющегося психического развития в предметной области клинической психологии.

Все это является, на наш взгляд, убедительным доводом правомерности использования современной постнеклассической парадигмы, ее категориальной «сетки» в клинической психологии. Подобная «корректировка» самого онтологического базиса, ведение дополнительных мегаонтологических категорий дает нам широкие возможности для создания эффективных и реалистичных технологий психологической помощи детям, их развития и образования. А в целом открывает широкие возможности создания эффективных стратегий сопровождения всех субъектов образовательного и реабилитационного пространства.

## Литература

1. Грибова О.Е. Прием научного моделирования как средство изучения речевых нарушений //Дефектология, № 1, 2001, С. 3-10.
2. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Основы теоретической психологии – М.: Инфра-М, 1999.
3. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Организация и содержание деятельности психолога специального образования. – М.: АРКТИ, 2005.

---

<sup>1</sup> Понятие «фрактал» характеризует объекты, обладающие свойством самоподобия: когда структура объекта в целом оказывается, в определенном смысле, подобна любому своему фрагменту, части.

4. Семаго М.М. Психология развития в постнеклассической научной картине мира – М.: Изд. «Федоровец», 2009.
5. Семаго М.М. О некоторых универсалиях образа познания // Ж. Мир психологии № 4(60), 2009.
6. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. – СПб.: Речь, 2005.
7. Сороко Э.М. Золотые сечения, процессы самоорганизации и эволюции систем: Введение в общую теорию гармонии систем. – М.: КомКнига, 2006.
8. Степин В.С. Философская антропология и философия науки. – М.: Высшая школа, 1992.
9. Трофимова И.Н. Предпосылки синергетического подхода в психологии. / Синергетика и психология. Тексты. Вып.1 «Методологические вопросы», Под. ред. И.Н. Трофимовой, В.Г. Буданова. – М.: МГСУ «Союз», 1997.

## РЕЗЮМЕ

Статья посвящена развитию клинической психологии на современном постнеклассическом этапе научного знания. Показана эвристичность использования синергетики применительно к методологическому анализу отклоняющегося развития, необходимость введения дополнительных принципа триадности анализа и категорий: синхронности, фрактальности и меры. Их содержание раскрывается применительно к предмету клинической психологии на основе авторской модели анализа психического развития.

## SUMMARY

The article is devoted to the development of clinical psychology of scientific knowledge modern post-neoclassic stage. The heuristical usage of synergy is shown with respect to infected development methodological analysis, the need of extra induction of triad analysis and category principles: synchrony, fractality and measure. Their content comes out in the context of clinical psychology on the basis of author's analysis of psychological development model.

## СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ ПРЕДМЕТНОГО СОДЕРЖАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

*Г.В. Скобло, С.В. Трушкина*

*Научный центр психического здоровья РАМН, Москва*

Диагностика психических расстройств пограничного круга в раннем детском возрасте до недавнего времени отличалась значительной произвольностью. С одной стороны, это было связано с тенденцией к неврологической гипердиагностике (весьма распространенной в нашей стране), когда многие психопатологические симптомы относились на счет проявлений «легкой» перинатальной энцефалопатии. С другой стороны, отсутствие в отечественной и зарубежной психиатрии достаточно четких диагностических критериев пограничных отклонений раннего детства способствовало тому, что и клинические психологи, и детские психиатры не всегда могли определить границы этой патологии. Эти границы могли, как сужаться при интерпретации нарушений как «психологических реакций», якобы представляющих собой вариант нормы, так и расширяться за счет диагностического утяжеления состояния ребенка при неправомерном отнесении его к расстройствам «большой психиатрии» (вплоть до ранней детской шизофрении!).

Положение стало меняться в лучшую сторону после появления в 1994 году Первой международной классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве – Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, в сокращении DC:0-3 (в 2005 году вышла ее обновленная версия – DC:0-3R) [1], [4]. Разработка классификации была осуществлена коллективом авторитетных специалистов (психологов и психиатров) Северной Америки и Европы путем оценивания ими в процессе совместной экспертной дискуссии обширной базы данных - более тысячи конкретных случаев. Одной из основных целей создания DC:0-3 была выработка единых подходов к диагностике психического здоровья детей в раннем возрасте, в том числе, безусловно, и пограничных состояний, которые у детей, как и у взрослых, встречаются в несколько раз чаще, чем суммарно все остальные (синдромы раннего детского аутизма, психозы и олигофрении).

В DC:0-3 в этом плане особый интерес представляют так называемые расстройства регуляции, представленные в ней самой обширной и четко дифференцированной рубрикой. Она объединяет класс нарушений, которые наиболее распространены в круге пограничной патологии и клинически проявляются уже с первых месяцев жизни ребенка, поскольку являются обусловленными конституционально или «факторами созревания». Они отвечают одновременно двум главным диагностическим требованиям: при характерном, отличающемся от нормы типе поведения (выделено четыре таких типа с подтипами), у ребенка проявляются «трудности организации». Последние описаны в виде групп симптомов, касающихся нарушений



физиологических процессов, в значительной мере - сенсорики, а также психомоторики, внимания и эмоционального реагирования.

Анализ критериев диагностики большинства расстройств регуляции и их этиопатогенетических факторов позволяет соотнести их с синдромами невропатии (в понимании отечественных специалистов) – до недавнего времени наиболее распространенным диагнозом для нарушений раннего возраста в нашей стране [2].

Показательно, что, несмотря на врожденность такого рода расстройств, в DC:0-3 подчеркивается особая важность формирования в этих случаях адекватных родительно-детских взаимоотношений, поскольку их нарушение является мощным провоцирующим и утяжеляющим фактором.

Однако, как показывает клинический опыт, эта задача является для родителей нелегкой. Измененная реактивность детей с расстройствами регуляции часто затрудняет у них формирование надежной привязанности к матери (даже в случае отсутствия у нее нарушений материнского поведения). Это, как известно, снижает стрессоустойчивость ребенка и обуславливает вторичные в этих случаях нарушения эмоционального реагирования [6]. Кроме того, по нашим данным, для самих матерей этой группы детей типично наличие той или иной, чаще мягкой, но хронической психопатологии, что находится в соответствии с конституциональным характером психопатологических нарушений у ребенка [3].

По этим же соображениям такого рода патология может встречаться и у отцов, однако из-за объективных сложностей их непосредственного обследования это пока остается предположением. Речь идет о таких широко распространенных в популяции расстройствах как аффективные, тревожные, личностные, соматоформные или шизотипические, суммарно диагностируемые приблизительно у 15-20%.

У женщин большинство этих состояний имеют тенденцию к обострению или декомпенсации в первые месяцы после родов, поскольку это время является стрессовым для женщины, требуя от нее мобилизации всех физических и психических ресурсов. Понятно негативное влияние этих состояний на формирование адекватного материнского поведения, что уже хорошо изучено, например, при послеродовых депрессиях [5].

Вместе с тем известно, что матери маленьких детей редко жалуются на свое собственное психическое нездоровье, поскольку обычно фиксированы на жалобах в отношении ребенка. В отсутствие специалистов («взрослых» клинического психолога или психиатра) их собственное психическое состояние остается часто недостаточно распознанным, что снижает эффективность психотерапевтических вмешательств с целью налаживания диадических взаимоотношений. Правильное понимание состояния психического здоровья матери меняет подходы к выбору психотерапевтических приемов, делая их более дифференцированными и при необходимости - дополненными медикаментозным лечением, ставшим в последние годы гораздо более разнообразным и лишенным побочных явлений, нежели ранее. Конечно, можно согласиться с тем, что направление матери (особенно первичное) на

консультацию к клиническому психологу, а тем более к психиатру, вызывает большие затруднения вследствие низкой толерантности общества к лицам с психическими отклонениями. Это ставит задачу построения особой психотерапевтической беседы с женщиной, в которой ей была бы разъяснена и обоснована желательность посещения такого рода специалистов.

Одновременно с этим должна проводиться и непосредственная работа клинического психолога с материнско-детской диадой в плане налаживания взаимоотношений внутри нее. Ориентирами для этого могут стать психотерапевтические стратегии, предлагаемые в DC:0-3 для разных типов расстройств регуляции, а также имеющаяся там же классификация нарушенных родительско-детских отношений. Последняя предлагает диагностические критерии, основанные на поведенческих, эмоциональных и когнитивных проявлениях этих нарушений со стороны как родителя, так и ребенка. Использование данных диагностических критериев позволяет специалисту, работающему с семьей, более эффективно разрабатывать тактику для своих терапевтических интервенций.

Что касается остальных пограничных состояний раннего детства (в DC:0-3 это - расстройства аффекта, расстройства адаптации и ряд других), то клинический опыт показывает, что они редко возникают изолированно, обычно сочетаясь с регуляторными нарушениями или даже имея их в основе. Предлагаемая психотерапевтическая стратегия, таким образом, может распространяться на очень значительный круг ранней пограничной патологии.

## Литература

1. Скобло Г.В., Белянчикова М.А. О международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в младенчестве и раннем детстве // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2002. №2. С. 96-99 (первое сообщение); 2003. №1. С. 95-97 (второе сообщение).
2. Скобло Г.В., Белянчикова М.А., Трушкина С.В. Диагноз «расстройства регуляции» в раннем детском возрасте // Материалы III Международного конгресса «Молодое поколение 21-го века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», Казань, 2006. С. 284.
3. Скобло Г.В., Северный А.А., Баландина Т.А. Психическое здоровье детей раннего возраста и их родителей // Российский психиатрический журнал. 1999. №6. С. 50-54.
4. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Arlington, 1994.
5. Postpartum Depression and Child Development. Ed. by L. Murray, P.J. Cooper. London: The Guilford Press, 1997.
6. Zeanah C.H., Boris N.W., Larrieu J.A. Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years. / Child Adolesc. Psychiatry. J. Am. Acad., 1997. P. 165-178.

## РЕЗЮМЕ

В течение нескольких последних лет благодаря выходу в свет Первой международной классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве изменился в сторону большей строгости и определенности общий подход к диагностике пограничной психической патологии раннего детства. Обширный класс нарушений, обозначаемых в ней как «расстройства регуляции», связан с патологически измененной реактивностью у детей. В силу конституциональной обусловленности она часто проявляется также и у их матерей. В большинстве случаев эти причины заметно затрудняют построение адекватных отношений в материнско-детской диаде. Четкое представление об обоюдном характере нарушений в диаде, включая влияние состояния психического здоровья матери, позволяет специалистам более эффективно разрабатывать тактику для психотерапевтических интервенций, дополняя их при необходимости медикаментозным лечением.

## SUMMARY

Overall approach regarding diagnostics of non-psychotic mental disorders in early childhood becomes more clear and definite thanks to appearance of first international classification (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood).

This classification has a broad group of disorders, named as Regulatory Disorders that is strongly connected with pathologically abnormal reactivity among children. This abnormal reactivity is often found among their mothers due to pathological constitution. Most often these factors dramatically trouble the development of correct interactions in the mother-child dyad. Better understanding of mutual character of abnormalities in dyad, including influence mother's mental state, allows the specialists develop efficient tactics of psychotherapeutic interventions, adding them with medical treatment if necessary.

# ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*С.Л. Соловьева*

*Санкт-Петербургская государственная медицинская академия  
им. И.И. Мечникова*

Методология как учение о методах и принципах познания делится на учение об исходных основах познания и учение о способах и приемах исследования, опирающихся на эти основы. В учении об исходных основах познания анализируются те философские представления и взгляды, на которые исследователь опирается в процессе познания. В учении о способах и приемах исследования рассматриваются общие стороны частных методов познания, составляющих общую методику исследования [6]. В психологии понимание методологии предполагает выделение системы методов, направленных на достижение цели познания и реконструкций психологической реальности [8]. В структуре методологии науки можно выделить: уровень философской методологии; уровень общенаучных принципов и форм исследования; уровень конкретно-научной методологии; уровень методики и техники исследования [6], [8].

Философская методология имеет форму философского знания, добываемого с помощью методов самой философии, примененных к анализу процесса научного познания. Философия дает мировоззренческую интерпретацию результатов науки с точки зрения той или иной картины мира.

К уровню общенаучных принципов и форм исследования относятся: содержательные общенаучные концепции типа теоретической кибернетики как науки об управлении; универсальные концептуальные системы, например, общая теория систем Берталанфи; собственно методологические или логико-методологические концепции: структурализм, структурно-функциональный анализ, системный анализ, логический анализ и т.д. Подобные концепции выполняют функцию логической организации и формализации специально-научного содержания.

Уровень конкретно-научной методологии применим к ограниченному классу объектов и ситуаций, специфических для данной области знания. Вытекающие из него рекомендации носят выраженный дисциплинарный характер. Определенный способ познания адаптируется для более узкой сферы знания. Как правило, философско-методологические принципы конкретизируются на уровне общенаучных принципов и концепций.

Уровень методики и техники исследования связан с описанием способов, конкретных приемов получения релевантной информации, требований к процессу сбора эмпирических данных, в том числе проведения эксперимента и методов обработки экспериментальных данных, учета погрешностей. Методологическое знание здесь является наиболее специализированным. Оно призвано обеспечить единообразие и достоверность исходных данных,

подлежащих теоретическому осмыслению и интерпретации на уровне частнонаучных теорий [6].

Методологической основой проведения экспериментально-психологических и клинико-психологических исследований целостной психической деятельности пациентов с психосоматическими расстройствами могут служить, во-первых, методологические принципы, которые относятся к наиболее общим принципам исследования – принципам, заимствованным психологической наукой на этапе ее превращения в самостоятельную научную дисциплину из философии. Наиболее фундаментальным научным принципом изучения человека, прежде всего, является принцип детерминизма.

Детерминизм - концепция, согласно которой действия людей детерминируются - определяются и ограничиваются наследственностью и предшествующими событиями их жизни [6]. В психологии детерминизм - закономерная и необходимая зависимость явлений психических от порождающих их факторов; она включает причинность как совокупности обстоятельств, предшествующих во времени следствию и вызывающих его.

Принцип детерминизма реализуется при исследовании пациента с психосоматическими нарушениями в виде следующей конкретной установки. Нет ничего случайного в поведении больного; все то, что мы можем наблюдать в особенностях поведения, как вербального, так и невербального (в мимике, позе, походке, в жестах, манере сидеть, манере стоять), в особенностях общения и деятельности – все отражает некоторые специфические психологические структуры, подлежащие исследованию. Соответственно, весь внутренний психологический мир пациента – его переживания, страхи, страсти, комплексы, страдания, его индивидуальные способы реагирования на стресс, методы психологической защиты, характеристики совладающего поведения, - все это в той или иной степени, более или менее ярко проявляется во внешнем поведении и может быть зарегистрировано исследователем.

На основе принципа детерминизма формируется специфический метод исследования больного – метод клинико-психологического наблюдения, позволяющий выявить значимые для диагностики особенности поведения: «вынужденные позы», сигнализирующие о наличии ограничительного поведения в ответ на болевые раздражители; депрессивная замедленность жестикуляции, мимики и речи; стереотипные однообразные повторяющиеся действия, сопровождающие переживание тревоги. И врач, и клинический психолог, имея определенные «эталонные представления» об особенностях поведения «своего» больного, сравнивает поведение каждого конкретного пациента с обобщенными эталонными представлениями. Метод наблюдения позволяет распознать симуляцию и диссимуляцию, поведение аггравации и анозогнозии [5]. Клиническое мышление оценивает характер предъявляемых пациентом жалоб (способов презентации симптомов): скупые лаконичные жалобы чаще встречаются при тяжелых соматических нарушениях, в то время как жалобы яркие, красочные, обстоятельные и подробные в большей степени характеризуют функциональные нарушения или свидетельствуют о наличии вторичной невротической симптоматики [4].

К уровню общенаучных методологических принципов исследования относится принцип моделирования, предполагающий при исследовании пациента построение модели его психики, имеющей специфическую структурно-функциональную организацию. Результатом теоретического моделирования является идеальная модель, представляющая собой идеализированный образ объекта, представленный в сознании исследователя. Основные средства построения идеальной модели – идеализация и абстрагирование. При помощи абстрагирования мы выделяем существенные стороны моделируемого объекта и отбрасываем несущественные. Путем идеализации мы переходим к анализу реальности с идеальными свойствами, т.е. не существующей в действительности, но мыслимой как образец, по отношению к которому эмпирическая реальность загружена множеством других свойств. Модель рассматривается как воспроизводящая те или иные свойства психологической реальности в упрощенной, схематической форме [6].

Принцип моделирования реализуется при исследовании пациента в клинике внутренних болезней, прежде всего, при постановке диагноза (квалификации его состояния) на синдромальном или на нозологическом уровне. Симптомы дифференцируются на более или менее выраженные, более или менее длительные, более или менее значимые, существенные. Наиболее существенные симптомы акцентируются, от наименее существенных в определенной степени абстрагируются. Интерпретация результатов исследования больного является, по сути дела, построением модели его психики. Исследователь не просто перечисляет полученные в результате исследования иерархически организованные данные, но устанавливает между ними определенные взаимосвязи, выявляет некоторую целостную структуру, формирующую более общий контекст, в рамках которого только и может быть понято данное психологическое качество [1], [2]. Речь идет о формировании гипотез относительно психофизиологических механизмов возникновения того или иного феномена. При этом, по мере накопления данных, конструируемая модель непрерывно корректируется в зависимости от все новых и новых выявляемых фактов; она постоянно уточняется и проверяется.

Реализация принципа моделирования предполагает на практике применение клинического, клинико-психологического, экспериментально-психологического методов исследования пациента. И врач, и психолог в процессе изучения больного реконструируют историю его жизни и его болезни, устанавливая взаимосвязи между соматическими и социально-психологическими событиями, которые помогают прогнозировать динамику психосоматических и соматопсихических соотношений в ходе заболевания [5]. Психолог применяет конкретные экспериментально-психологические методы, направленные на изучение эмоциональных переживаний пациентов, особенностей их защитно-совладающего поведения, психологических и поведенческих реакций на заболевание, личностных характеристик, выступающих в качестве «факторов риска» психосоматических нарушений (например, алекситимии).

Еще одним общенаучным методологическим принципом исследования пациента является системный подход, который применяется в науке при изучении сложных объектов [3]. Психическая деятельность человека относится к категории сложных объектов, включающих в себя множество разномодальных элементов с прямыми и обратными взаимосвязями между ними. Системный подход позволяет выделить ключевой системообразующий фактор, под воздействием которого поляризуются все характеристики системы как целого.

Существует наиболее общий и наиболее фундаментальный системообразующий фактор, который придает неповторимое своеобразие всем характеристикам психофизиологической деятельности больного, фактор, под влиянием которого целостная психофизиологическая деятельность приобретает новую модальность, новое качество, фактор, который должен учитываться на этапах планирования, проведения, интерпретации полученных результатов, организации коррекционного взаимодействия в системе комплексной терапии. Этим системообразующим фактором является психосоматическое нарушение, которое оказывает модулирующее воздействие на все характеристики психофизиологической деятельности, выступая по отношению к ним некоторым более общим контекстом, в рамках которого установленные факты приобретают новое значение [9]. Под воздействием заболевания меняются параметры психофизиологической деятельности пациента, что отражается в специфике его «внутренней картины болезни», в психологических реакциях на заболевание.

На уровне конкретно-научной методологии при исследовании пациента выделяется принцип единства сознания и деятельности, принцип формирования сознания в деятельности, развития психического в процессе непосредственного процесса общения и деятельности. Принцип единства сознания и деятельности означает, что психологические и психофизиологические характеристики пациента и формируются, и проявляются в деятельности, в непосредственном соматическом и социальном функционировании [8]. Существует некоторая вероятностная связь между тем, что пациент делает (особенности поведения, общения, деятельности) и теми психическими структурами, которые детерминируют эту деятельность и сами формируются под ее воздействием. Выявляя характерные паттерны деятельности, мы обнаруживаем более или менее устойчивые и более или менее длительные психологические структуры, входящие в личность на правах психического состояния или психической черты [3]. Наличие этой вероятностной связи зафиксировано, в частности, в тех определениях исследуемых психологических феноменов, которые мы находим в словарях, учебниках, энциклопедиях. Так, тревожность как свойство личности, как относительно устойчивая, относительно неизменная в течение всей жизни личностная черта, определяется традиционно как склонность к возникновению эмоции тревоги (через эмоциональную реакцию, эмоциональное состояние). Агрессивность как свойство личности определяется как склонность к агрессивному поведению, как навык нападения, как склонность к применению

силы в межличностных отношениях (через поведение) [8]. Поведенческий тип «А» как фактор риска формирования психосоматических нарушений сердечно-сосудистой системы, с одной стороны, отражает определенную личностную структуру, которая складывается на основе определенных врожденных предпосылок (склонность к реакциям эксплозивно-агрессивного типа), и, с другой стороны, формируется в поведении и деятельности агрессивно-наступательного типа [7]. В этой связи, в частности, предлагается понятие психосоматической уязвимости, к которой может относиться и наследственность, и структура родительской семьи с определенным стилем воспитания, и характер профессиональной деятельности, и стиль жизни.

## Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение: Пер.с англ. – М.:Перрлс, 2000.- 296 с.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М., 1999.- 376 с.
3. Ганзен В.А. Системные описания в психологии. – Л.: изд-во Ленингр.ун-та, 1984.-176 с.
4. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981.- 216 с.
5. Клиническая психология:учебник/ Под ред.Б.Д.Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002.- 960 с.
6. Корнилова Т.В., Смирнов С.Д. Методологические основы психологии. – СПб.: Питер, 2009. – 320 с.
7. Психогенные расстройства кровообращения / Под ред.Ю.М.Губачева, В.М.Дорничева, О.А.Ковалева. – СПб.: Политехника, 1993.-248 с.
8. Психология. Словарь. /Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М., 1990.
9. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986.-384 с.

## РЕЗЮМЕ

Методологической основой проведения экспериментально-психологических и клинико-психологических исследований целостной психической деятельности пациентов с психосоматическими расстройствами могут служить, во-первых, методологические принципы, которые относятся к наиболее общим принципам исследования – принципам, заимствованным психологической наукой на этапе ее превращения в самостоятельную научную дисциплину из философии.



## SUMMARY

As a methodological basis for producing experimental, psychological and clinical researches of the whole psychic activity of patients with psychosomatic disorders can be used the methodological principles taken by the psychological science during the period of its transformation in independent scientific discipline from the fields of philosophy.

# **К ПРОБЛЕМЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЕДИНСТВА ПРЕДМЕТНОГО СОДЕРЖАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ В СМЫСЛОВОМ КОНТЕКСТЕ ПОНЯТИЯ «КЛИНИЧЕСКИЙ»**

*В.М. Сорокин*

*Санкт-Петербургский государственный университет  
факультет психологии*

Как прикладные отрасли психологической науки специальная и медицинская психология возникли приблизительно в одно и то же время, примерно в первое десятилетие XX столетия, что, несомненно, указывает на общность их исторического контекста. Первоначально их предметные области даже строго не дифференцировались, обозначаясь сборным термином «Патопсихология», под которым понималось изучение психологических аспектов патологических явлений, в отличие от психопатологии, где акцент делается на изучении патологических аспектов психических явлений.

Предметное содержание специальной и медицинской психологии за прошедшее столетие значительно трансформировались, проделав, с нашей точки зрения, своеобразную спиралевидную траекторию. Специалисты начала века не были озабочены серьезно проблемой предметного содержания названных разделов психологии, понимая их интуитивно и как нечто самоочевидное.

Медицинская психология, так или иначе, первоначально выростала из практики психиатрической клиники. Первыми особенно русскими психологами были врачи психопатологи. Чуть позже медицинская психология постепенно переместиться в соматическую клинику. А раздел медицинской психологии, нашедший свое практическое применение в психиатрической клинике – патопсихология, во многом созданный Б.В. Зейгарник так и останется по сей день предметом споров о ее самостоятельном предметном содержании.

Интересно отметить, что развитие специальной и медицинской психологии последних два десятилетия особенно остро поставило вопрос о сходстве и различии их предметного содержания. Отличия, на которые чаще всего ссылаются, кажутся весьма просты в своей очевидности. Прежде всего, указывают на сферу практического использования медицинской и специальной психологии. В случае специальной психологии - это система специального (коррекционного) образования. Сферой же прикладного применения медицинской психологии является система здравоохранения. Такое разделение верно, но далеко недостаточно, чтобы раскрыть различия и сходства в предметном содержании двух близких отраслей психологии.

Отметить, что в последнее время в российской научной литературе стал активнее использоваться термин клиническая психология. Он выглядит более современным в сравнении с понятием медицинская психология, хотя по сути, они оба являются далеко не новыми ровесниками. Некоторые исследователи

считаю эти термины синонимами. Кто-то улавливает в них близкую, но не тождественную семантику с многочисленными оттенками.

Думается, что следует обратить внимание на европейскую традицию трактовки и использования понятия клиническая психология. Для современной европейской культуры термин клинический, прежде всего, ассоциируется с понятиями проблемный. Неслучайно свой метод задавать детям проблемные вопросы Ж. Пиаже назвал методом клинической беседы. В русской культуре термин клинический, прежде всего, связан семантически с понятием болезненный, медицинский и т.п. В силу этого для в европейской науке понятие клиническая психология раскрывается через представление о проблемных ситуациях, класс которых весьма широк и разнообразен. Это проблемные ситуации, связанные с потерей близких людей, работы, имущества, разрывом значимых отношений, ситуациями катастроф, военных конфликтов, природных катаклизмов, беженства, миграции и пр. В этом кругу болезнь можно рассматривать как проблемную ситуацию как для самого человека, так и для его окружения, включая профессиональных медиков, занимающихся его лечением. В связи с этим медицинскую психологию можно рассматривать как составную часть клинической психологии. Специальная психология занимается изучением закономерностей нарушенного психического развития в детском и подростковом возрасте. Само отклонение в психофизическом развитии можно так же рассматривать как проблему самого ребенка, его родителей и педагогов. В этом смысле и специальная психология может быть так же вписана в смысловой контекст клинической психологии.

Выделение различий предметного содержания специальной и медицинской психологии, как в прочем и их сходства, по нашему мнению, проходят в контекстуальной плоскости. Критерии различий, которые обычно приводятся весьма относительно и не могут служить точными и надежными дифференциальными признаками. Так указывают, прежде всего, на то, что специальная психология занимается исследованием детей, а медицинская психология – взрослых. Это верно, но для прежних этапов развития этих наук Современная медицинская психология активно исследует детей разных возрастных категорий. В той же степени сказанное справедливо относительно и специальной психологии. Последние годы объектом исследования коррекционной психологии все чаще становятся взрослые и даже пожилые люди. Другой дифференциальный признак связывают с характером самой патологий, которые попадают в сферу исследовательских интересов специальной и медицинской психологии. Обычно подчеркивают, что медицинскую психологию интересуют больные, страдающие процессуальными заболеваниями. Специальная же психология основной акцент делает на стационарных резидуальных состояниях, которые в буквальном смысле в силу своей относительной статичности не могут рассматриваться как болезнь. Так нельзя отождествлять слепоту или глухоту с болезнью. Сразу отметить, что достаточно только беглого взгляда на тематику современных исследований в области специальной и клинической психологии, чтобы убедиться в том, что этот критерий в реальной исследовательской практике не работает. Как мы

указывали выше, различия более или менее становятся отчетливыми, хотя все еще относительными, только в контекстуальном аспекте. Нам представляется, что речь может идти только о контексте лечения и коррекционно-воспитательной помощи. В первом случае мы можем говорить о том, что речь идет о контексте медицинской психологии. В том случае, когда человек нуждается в специальном коррекционном обучении, мы можем говорить о контексте специальной психологии. Именно поэтому один и тот же человек не зависимо от возраста и нарушения может быть одновременно и объектом специальной и медицинской психологии в зависимости от контекста его рассмотрения. Так, например, слабовидящий ребенок может быть объектом медицинской психологии, когда его пытаются лечить от заболевания, которое и привело к снижению остроты зрения. Когда же мы рассматривает психическое развитие этого ребенка в процессе специального коррекционного обучения и социальной реабилитации тот же ребенок выступает как объект специальной психологии.

## РЕЗЮМЕ

В статье делается попытка сравнительного анализа предметного содержания специальной и медицинской психологии. Автор использует контекстуальный подход в сравнении двух психологических дисциплин, рассматривая их в качестве составных частей клинической психологии, задающей единство академического контекста.

## SUMMARY

The article contains an attempt of comparative analysis of special and medical psychology's object content. The author uses contextual approach to compare both disciplines and examines them as components of clinical psychology, which sets the identity of academic context.

# ПРОСТРАНСТВО ПСИХОТЕРАПИИ

*В.В. Титова*

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая  
медицинская академия*

По мнению большинства исследователей, основной целью психотерапии является достижение максимума сущностных и устойчивых изменений у индивида или группы за минимальный период времени. В таком случае, основной функцией психотерапии становится ее уникальная развивающая способность. Однако было замечено, что даже безупречно выстроенная и грамотно использованная техника (методика, процедура), не всегда и не у всех клиентов приводит к стабильному качественному улучшению состояния или решению заявляемой проблемы.

С целью изучения условий, при соблюдении которых любая качественно проведенная техника будет приводить к стабильному улучшению состояния клиента и желаемому результату, предлагается разделить любую психотерапевтическую коммуникацию (психотерапевт – клиент, психотерапевт – группа) на два уровня: поверхностный и глубинный (А.Л. Катков, В.В.Титова, 2003, 2004).

**Поверхностный (технологический) уровень** включает в себя собственно структурированные технические действия (методики, техники, манипуляции, процедуры), в целом, направленные на разрушение или утилизацию деструктивных, патологических связей у пациента (клиента) и создание новых, адаптирующих. Обычно, данный процесс, в той или иной степени, опирается на расширение когнитивного репертуара, коррекцию эмоционального опыта, модификацию поведения посредством позитивного – негативного подкрепления со стороны психотерапевта.

**Глубинный (универсальный) уровень** присутствует в коммуникации не всегда и еще реже осознается ее участниками или используется целенаправленно. На наш взгляд, достижение и эксплуатация возможностей именно этого уровня коммуникации способствует существенному повышению эффективности психотерапии. Можно выделить ряд общих механизмов, специфичных для глубинного уровня взаимодействия – это:

- идентификация с личностью психотерапевта;
- убеждение и внушение, чаще скрытое;
- облегченная трансляция социальных паттернов поведения;
- позитивное подкрепление развивающего поведения пациента (клиента) или группы;
- наделяние пациента (клиента) пластическими ресурсами;
- обретение пациентом (клиентом) свойств целостности между основными инстанциями психического («прописка» личности в бессознательном по К. Витакеру).

Максимально эффективное использование механизмов глубинного, универсального уровня психотерапевтической коммуникации подразумевает их активное вовлечение в процесс реализации структурированных психотерапевтических технологий, для которого характерна определенная последовательность:

- точная идентификация проблемы;
- полная инвентаризация проблемы;
- выстраивание адекватной диагностической триады: дефект – идеал – проект терапии (обоснованный комплекс технических действий);
- проработка последовательности технических действий с пациентом (клиентом);
- реализация технических действий;
- фиксация изменений (на вербальном и невербальном уровнях; в эмоциональной, когнитивной, поведенческой сферах);
- оценка перспективы и решений пациента в отношении взаимодействия с первоначально заявленной проблемой, а также в отношении собственного будущего.

Синтез универсальных и структурированных психотерапевтических механизмов, с учетом приведенного алгоритма оформления технических действий, происходит следующим образом:

- **на этапе установления контакта** терапевта с пациентом (клиентом), в диагностической фазе, за счет процессов идентификации с личностью психотерапевта, происходит предуготовливание технических эффектов (например, в сфере коррекции эмоционального опыта: психотерапевт, не акцентируя внимание клиента, демонстрирует возможности иных эмоциональных реакций в отношении травмирующей ситуации);
- **на этапе проработки последовательности технических действий**, за счет использования механизма скрытого внушения, подготавливается манифестация желательных эффектов;
- **в фазе реализации технических действий** используются механизмы действенного позитивного подкрепления развивающего поведения пациента (клиента);
- **на этапе фиксации изменений и оценки перспектив** используется скрытое конструирование эволюционных сценариев будущего (механизм скрытого внушения, позитивного подкрепления развивающего поведения).

Обязательным условием для автономного и включенного функционирования общих механизмов глубинного, универсального уровня психотерапевтической коммуникации является феноменологическое поле, так называемого, **пространства психотерапии**. Общими характеристиками данного феномена являются:

- **безопасность** (гарантия поддержки и условность даже самых драматических моментов происходящего);
- **разреженность** (события в пространстве психотерапии фокусируются избирательно и разделяются с травмирующими контекстами);

- **концентрация** (возможность комбинации таких контекстов, обстоятельств, событий, соответствующих состояний субъектов психотерапевтического процесса, которые, в совокупности, обеспечивают необходимый терапевтический эффект, но в реальной жизни встречаются крайне редко).

Сущностным, ключевым моментом – характеристикой психотерапевтического пространства, обеспечивающей потенциальную способность психотерапевтической коммуникации «горы передвигать» - вызывать значительные изменения в состоянии пациентов (клиентов) в относительно короткие промежутки времени – является скрытый, неосознанный переход от стратегии поведения, направленного на сохранение «статус - кво», устойчивости, психологической и телесной брони, к полярной стратегии деятельности, обеспечивающей максимальную пластику, скорость изменений у субъектов психотерапии, эффективные синергетические отношения между участниками процесса. Это в полной мере подтверждает «золотое правило» психотерапии: заболевает, получает проблему, какой-либо уровень дискомфорта один человек; выздоравливает, решает проблему, избавляется от дискомфорта – другой, изменившийся. Следовательно, основная задача психотерапевтической коммуникации состоит в максимально возможном, концентрированном развитии качеств «того - другого», с легкостью избавляющегося от болезни, дискомфорта, проблемы, а не в решении конкретных жизненных затруднений пациента.

Нами разработаны исследовательские карты – индикаторы, позволяющие по уровню выраженности объективных и субъективных признаков вхождения в феноменологическое поле психотерапевтического пространства у субъектов психотерапевтической коммуникации, судить о степени вовлеченности в данный процесс универсальных механизмов глубинного уровня психотерапии. Следовательно, появляется возможность реального продвижения в оценке эффективности психотерапевтической коммуникации, независимо от особенностей применяемой техники или метода.

Ниже приводятся карты исследования глубинного уровня психотерапевтической коммуникации (таблицы 1, 2).

Таблица 1

**Карта исследования субъективных признаков глубинного уровня психотерапевтической коммуникации**

1. Отмечали ли Вы ощущение покоя и безопасности в продолжение первого психотерапевтического сеанса?

А) да			
Б) нет			
В) затрудняюсь с ответом			

2. Отмечали ли Вы ощущение покоя и безопасности в последующей работе с психотерапевтом?

А) да
Б) нет
В) затрудняюсь с ответом


3. Отмечали ли Вы появление чувства доверия к психотерапевту в продолжение первого психотерапевтического сеанса?

а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом


4. Отмечали ли Вы появление чувства доверия к психотерапевту в последующей работе с ним?

а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом


5. Отмечали ли Вы установление полного контакта с психотерапевтом в продолжение первого психотерапевтического сеанса?

а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом


6. Отмечали ли Вы установление полного контакта с психотерапевтом в последующей работе



с ним?

а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом


7. Отмечали ли Вы появление (усиление) веры в конструктивные возможности психотерапевтического процесса в продолжение первого психотерапевтического сеанса?

а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом


8. Отмечали ли Вы появление (усиление) веры в конструктивные возможности психотерапевтического процесса в последующей работе с психотерапевтом?

а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом


9. Отмечали ли Вы существенное изменение самочувствия во время первого психотерапевтического сеанса?

а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом


10. Отмечали ли Вы существенное изменение самочувствия в последующей работе с психотерапевтом?

а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом


11. Отмечали ли Вы изменение восприятия окружающего пространства во время первого психотерапевтического сеанса?

а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом


12. Отмечали ли Вы изменение восприятия окружающего пространства во время последующей работы с психотерапевтом?

а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом


13. Отмечали ли Вы изменение восприятия времени (например, ускоренное, замедленное течение времени, или то и другое одновременно) во время первого психотерапевтического сеанса?

а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом


14. Отмечали ли Вы изменение восприятия времени (например, ускоренное, замедленное течение времени, или то и другое одновременно) во время последующей работы с психотерапевтом?

а) да
-------

--	--	--

б) нет			
в) затрудняюсь с ответом			

15. Отмечали ли Вы появление не совсем обычных телесных ощущений (например, легкости, тяжести, жара, холода, покалывания, «мурашек» и т.д.) во время первого психотерапевтического сеанса?

а) да			
б) нет			
в) затрудняюсь с ответом			

16. Отмечали ли Вы появление не совсем обычных телесных ощущений (например, легкости, тяжести, жара, холода, покалывания, «мурашек» и т.д.) в последующей работе с психотерапевтом?

а) да			
б) нет			
в) затрудняюсь с ответом			

17. Отмечали ли Вы появление ощущения собственной измененности (изменения своего «Я») во время первого психотерапевтического сеанса?

а) да			
б) нет			
в) затрудняюсь с ответом			

18. Отмечали ли Вы появление ощущения собственной измененности (изменения своего «Я») в последующей работе с психотерапевтом?

а) да			
-------	--	--	--

б) нет			
в) затрудняюсь с ответом			

19. Отмечали ли Вы изменение отношения к проблеме, по поводу которой Вы обратились к психотерапевту в продолжение первого психотерапевтического сеанса?

а) да			
б) нет			
в) затрудняюсь с ответом			

20. Отмечали ли Вы изменение отношения к проблеме, по поводу которой Вы обратились к психотерапевту в последующей работе с психотерапевтом?

а) да			
б) нет			
в) затрудняюсь с ответом			

21. Отмечали ли Вы появление перспективы решения Вашей основной проблемы во время первого психотерапевтического сеанса?

а) да			
б) нет			
в) затрудняюсь с ответом			

22. Отмечали ли Вы появление перспективы решения Вашей основной проблемы в последующей работе с психотерапевтом?

а) да			
б) нет			

в) затрудняюсь с ответом

--

--

--

Таблица 2

**Карта исследования объективных признаков глубинного уровня психотерапевтической коммуникации**

1. Сокращение дистанции между терапевтом и клиентом:

а) отсутствуют
б) слабая степень выраженности
в) средняя степень выраженности
г) значительная степень выраженности




2. Аналогии в моторике (позе, жестах, движениях головы, глаз):

а) отсутствуют
б) слабая степень выраженности
в) средняя степень выраженности
г) значительная степень выраженности




3. Аналогии в мимических реакциях:

а) отсутствуют
б) слабая степень выраженности
в) средняя степень выраженности
г) значительная степень выраженности




4. Присоединение по тембру и интонациям речи:

а) отсутствуют
б) слабая степень выраженности
в) средняя степень выраженности
г) значительная степень выраженности




5. Синхронизациям речевого темпо-ритма:

а) отсутствуют
б) слабая степень выраженности
в) средняя степень выраженности
г) значительная степень выраженности




6. Выраженность вегетативных реакций у пациента:

а) отсутствуют
б) слабая степень выраженности
в) средняя степень выраженности
г) значительная степень выраженности




7. Синхронизация дыхательного ритма:

а) отсутствуют
б) слабая степень выраженности
в) средняя степень выраженности
г) значительная степень выраженности




8. Выраженность мышечной релаксации у пациента:

а) отсутствуют
б) слабая степень выраженности




в) средняя степень выраженности			
г) значительная степень выраженности			

Феномен психотерапевтического пространства запускается посредством другого ключевого феномена – **личности психотерапевта.**

Среди наиболее общих характеристик профессиональных психотерапевтов (включая отношение к пациенту и профессиональные кондиции), которые обычно приводятся в данной связи, на наш взгляд, следует выделить свойство «привлекательной целостности» - аналог качества «прописки личности в бессознательном» по К. Витакеру или «жизни в обнимку с собственной душой» по Юнгу, которое идентифицируется клиентами (пациентами) или группой в считанные секунды. Именно в силу грандиозной привлекательности данного статуса происходит актуализация механизма идентификации с личностью психотерапевта и развитие всего феноменологического поля пространства психотерапии, что обеспечивает эффективный устойчивый результат любой модели психотерапии.

### Литература

1. Витакер К. За пределами психики: терапевтическое путешествие Карла Витакера/ под ред. Джона Р. Нейла и П. Книскерна. – М.: «Класс», 1999. – 400 стр.
2. Юнг К.Г. Проблемы души нашего времени. – М.: «Академический проект», 2007. – 288 стр.
3. Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых. Методическое письмо. – Министерство здравоохранения республики Казахстан – Павлодар, 2002. –32 стр.
4. Титова В.В. Интегративная психотерапия лиц с химической зависимостью. // Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии. Материалы Всероссийской конференции с международным участием / Под ред. акад. РАМН В.Я. Семке, проф. Т.П. Ветлугиной. – Томск, Изд-во МГП «Раско», 2003. – С. 204-205
5. Катков А.Л., Россинский Ю.А., Титова В.В., Пак Т.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. – Павлодар, 2003. – 267 с.

### РЕЗЮМЕ

В статье рассматривается двухуровневая структура взаимодействия между психотерапевтом и клиентом (группой). Выделяются поверхностный (технологический) и глубинный уровни коммуникации, приводится подробная

характеристика механизмов глубинного уровня взаимодействия, а также индикаторы для его выявления. Также рассматриваются обязательные условия для формирования «пространства психотерапии» - обстановки максимального доверия и безопасности между психотерапевтом и клиентом. Отдельное внимание уделяется роли личности психотерапевта в создании эффективной коммуникации.

## SUMMARY

In article the two-level structure of interaction between the psychotherapist and the client (group) is considered. Superficial (technological) and deep levels of communications are marked out, the detailed characteristic of mechanisms of deep level of interaction, and also indicators for its revealing are giving. Also indispensable conditions for formation of “psychotherapy space” - conditions of the maximum trust and safety between the psychotherapist and the client are considered. The separate attention is given to a role of the person of the psychotherapist in creation of effective communications.



# СИМПТОМО- И НОЗОЦЕНТРИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОНЕВРОЛОГИИ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ

*Э.Г. Эйдемиллер*

*ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия  
последипломного образования Росздрава»*

*Вершки и корешки...*

*(Из сказки «Про Мужика и Медведя»)*

*Феномен и номен.*

*(Краткое кредо не всей философии И.Канта)*

Я выбрал эти эпитафии неслучайно, так как чаще всего не бывает вершков без корешков. В одних случаях съедобны как вершки – листья, зерна и др., - так и корешки. В других – только вершки или корешки, но диалектическое единство их сохраняется.

Симптомы болезни феноменальны, а этиология и патогенез номинальны.

С момента зарождения медицины, развитие ее и эффективность лечения болезней обусловлены успехами симптомо- и нозоцентрированных подходов.

Каждый из этих подходов имеет свои преимущества и недостатки. Попробую доказать это.

С симптомо-центрированного подхода началась эволюция медицины, но вряд ли этот подход реализовывался монополюно без попыток целителей понять причину появления симптомов.

Первоначально целители – шаманы, колдуны, а затем жрецы и священники – создавали и развивали первую медицинскую специальность – психиатрию [1]. С моей точки зрения такой специальностью была психотерапия. Наведение трансов, сопереживание, психологическое сопровождение были первыми инструментами лечебного воздействия. Кроме того, эти же специалисты лечили болезни с помощью минералов, растений, коры деревьев и биологических жидкостей, а также хирургических приемов.

Таким образом, устранение симптомов сопровождалось интуитивными предположениями о причинах недугов.

Говоря современным языком, первые целители опирались в своей деятельности на гуманитарную и естественно-научную парадигмы [2].

В древние времена была открыта «мимикрическая» или «гомеопатическая» эмпатия, которая рассматривается в наше время как важнейшее условие для установления конструктивного раппорта и успеха проводимой психотерапии.

Отважусь заявить, что описываемые подходы существовали и существуют в психологии вообще и клинической психологии в частности.

Первоначальные исследования психики людей не носили холистического характера и представляли собой фрагменты описаний отдельных свойств, сторон и качеств. До появления психоанализа с его топографической и структурной моделями психики в целом и личности в частности, исследования

в большей степени были посвящены «вершкам» и физиологическим проявлениям «корешков». Психопсихология соединила «вершки» и «корешки» психического.

Редукция симптомов («отрезание симптомов») с помощью лекарств осуждается большинством ученых-врачей, но большинством фельдшеров, знахарей и отчасти врачей применяется с разной степенью успешности.

Несомненное преимущество (мнимое и подлинное) такого подхода – примитивизация объяснения сущности болезней, экономия сил, времени и, самое главное, доступность.

Пример народовольца Николая Морозова, который в каземате Шлиссельбургской крепости лечил ревматизм танцами, а туберкулез – блокировкой кашля, может быть расценен как уникальное свидетельство симптомоцентрированной аутотерапии. Кстати, Н. Морозов дожил до 95 лет.

В то же время мы понимаем, что целью в этом лечебном процессе была не только редукция симптомов, но и формирование доминанты по А.А. Ухтомскому. Эта доминанта системно организует лечебные механизмы личности/организма.

Я думаю, используя язык метафоры, что воздействие на «вершки» стимулирует «корешки». А те, в свою очередь, с помощью обратной связи благотворно воздействуют на «вершки»

«Круговая причинность» из общей теории систем пришла на смену «линейной причинности» и способствовала отмене иерархического соподчинения следствий причинам. Все элементы систем, соединенные прямыми и обратными связями, являются эквивалентными. Не вдаваясь в дискуссию, скажу, что зачастую успех целителей, не знающих ни этиологии, ни патогенеза болезней, обусловлен их эмпатическим потенциалом и умением психологически сформировать доминанту у пациентов. Это еще одна иллюстрация взаимодействия «вершков» и «корешков».

В свое время В.М. Бехтерев предложил термин «психоневрология», т.е., говоря современным языком, биопсихосоциальную модель здоровья и болезни.

Психологические исследования и психотерапия, опирающиеся на эту модель, с полным основанием могут быть названы холистическими, системными и нозоцентрированными.

Каковы же тогда роль и место симптомо-центрированной психотерапии в современном широком реестре методов, модальностей и моделей психотерапии?

В качестве ответа остановлюсь на гипнотерапии, которая вплоть до окончания XX века, была популярна среди пациентов и психотерапевтов.

Гипнотерапия – метод лечения, основанный на эффекте внушений лицам, находящимся в трансово измененном сознании.

Традиционно считалось, что гипнотерапия относится к методам симптомо-центрированной психотерапии [3,4].

В начале 80-х годов XX века профессор нашей академии С.С. Либих высказал прогрессивную идею, что гипнотерапия может способствовать не только редукции симптомов болезни, но и разрешению внутри- и

межличностных невротических конфликтов, что, в конечном счете, приведет к полному исцелению от невротических расстройств. С.С. Либих предложил называть такую гипнотерапию патогенетической.

Проведенными мною и О.Ф. Макаровой исследованиями, доказана высокая эффективность гипнотерапии при лечении соматических и психосоматических расстройств у детей.

Было установлено, что эффективность разных терапевтических формул у детей находящихся в состоянии гипнотических трансов, оказалась одинаковой. К примеру, сравнивали две формулы при ночном невротическом энурезе:

1. «Каждой ночью ты будешь хорошо спать. Почувствовав позыв на мочеиспускание, проснешься, сходишь в туалет, а затем вернешься в кровать» (симптомоцентрированное внушение).

2. «Ты сильный и спокойный» (симптомо- или нозоцентрированное внушение? Механизм действия этой формулы еще предстоит изучить).

Оказалось, число ремиссий одинаково при использовании первой и второй формул.

Наконец то, в третьей группе дети получали «гипноз-отдых» по К.И.Платонову, т.е. пребывали в состоянии гипнотического транса без терапевтических формул на протяжении 30-60 минут. Эффект оказался вполне сопоставимым с предыдущими группами. Сейчас популярность классического гипноза значительно снизилась, особенно у взрослого населения разных стран мира.

Назначение гипнотерапии подросткам во все времена считалось сомнительным мероприятием.

Самое интересное, что противостояние гипноза и психоанализа – вспомним знаменитые слова З.Фрейда: «Я переплавил медь гипноза в золото психоанализа» - закончилось отчасти компромиссом – появлением гипноанализа, отчасти снижением популярности, как психоанализа, так и гипноза.

Только в детской практике симптомо- и нозоцентрированный (патогенетический) гипноз и психоанализ доказали и доказывают высокую эффективность. Это связано с тем, что у детей более тесные связи психического и соматического с одной стороны, а с другой – дети более свободны от негативных цивилизационных воздействий, которые испытывают на себе взрослые.

Закончить статью хочу следующим утверждением – каждый человек, каждая группа или семья являются живыми открытыми системами. Вся практика применения системной семейной психотерапии и аналитико-системной семейной психотерапии по Э.Г. Эйдемиллеру и Н.В. Александровой показала, что любое воздействие на любой элемент живой открытой системы вызывает отклик – позитивный или негативный – всей системы. Это, в свою очередь, призывает нас – клинических психологов и врачей–психотерапевтов, во-первых, бережно относиться к опыту, накопленному поколениями специалистов из разных стран мира, во-вторых, не торопиться со стигматизацией многообразных методов психотерапии с присвоением им

жестких этикеток «хороший - плохой», «эффективный – неэффективный», «симптомо-центрированный – нозоцентрированный» и т.д. Это связано с тем, что в современной психотерапии в отличие от медицины все еще не разработаны критерии и процедура доказательности.

В связи с этим каждому психотерапевту необходимо дифференцированно относиться к многообразию психологических теорий и методов психотерапии, осуществляя свой выбор - какой психотерапией заниматься и каким психотерапевтом быть. Существует несколько правил в выборе профессионального кредо, приведу лишь некоторые:

1. «Молоток должен соответствовать руке».
2. Психотерапевт либо здоровый человек, либо «спасенный спасатель».
3. Он знает о собственном личностном своеобразии и учитывает его.

Этот перечень не является исчерпывающим.

Наконец, в-третьих, наметившаяся тенденция к плюрализму (синтезу, гибридизации, эклектике, интеграции и др.) подходов, методов, моделей психотерапии открывает новые возможности в ее развитии.

Уместно задать вопрос – за счет чего?

Ответ: подлинная интеграция методов возможна, благодаря общности лечебных механизмов. Соединение лечебных техник, приемов, методов без учета этого обстоятельства, т.е. «соединение через запятую» способствует в ряде случаев эффективности лечения/консультирования, а в других – затрудняет концептуализацию и изучение самого лечебного процесса. Соединение воздействий по принципу «что-нибудь да поможет» завораживает практикующих психотерапевтов простотой и «эффективностью», но не позволяет им считаться профессионалами.

Таким образом, взаимосвязь «вершков» и «корешков», «феноменов» и «номенов» является данностью, определяющей развитие клинической психологии и психотерапии.

## Литература

1. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней. – М.: Прогресс-Культура, 1995 г. - 608с.
2. Эйдемиллер Э.Г. Психотерапия как интегративная духовная практика, основанная на естественнонаучной и гуманитарной парадигмах //Психотерапия, 2009г. N10 (82).- С.19-34.
3. Рожнов В.Е. Гипнотерапия. – В.кн.: Руководство по психотерапии. - Ташкент, 1985.- С.156-188.
4. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985.- 304 с.

## РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются возможность диалектической взаимосвязи симптомо- и нозоцентрированного подхода в клинической психологии и психотерапии, то есть - в психоневрологии.

Применение общей теории систем и принципов холизма доказали правомочность применения симптомо- и нозоцентрированного подходов в психоневрологии.

#### SUMMARY

The article touches upon possibility of the dialectic interrelation of symptomatic and nosocentric approaches in clinical psychology and psychotherapy, i.e. psychoneurology. Applying of general theory of systems and holism principles has demonstrated competence of the symptomatic and nosocentric approaches in psychoneurology.

## РАЗДЕЛ II. ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

### К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ПО РИСУНОЧНЫМ ТЕСТАМ

*Н.В. Беломестнова*

*Российский государственный педагогический университет  
им. А.И. Герцена*

Объективизация клинической оценки уровня интеллектуального развития ребенка в форме психометрии интеллекта имеет уже столетнюю историю, начиная от батареи Бинэ-Симона. И восьмидесятилетнюю историю применения в целях когнитивной диагностики имеет рисуночный тест «Нарисуй человека» в работах Ф. Гудинафа и Д. Харриса [11]. В качестве обоснования их практического применения приводятся данные статистического (в частности корреляционного) анализа, а сам коэффициент корреляции двух тестов (как правило, довольно высокий) считается абсолютным доказательством эффективности рисуночного теста, лишенного недостатков жёстко стандартизированных психометрических шкал [13]. Но автор статьи, более тридцати лет занимающаяся клинико-диагностической работой в области психиатрии, имеет сомнения в приложимости академических данных к практике.

Не вызывает сомнений роль изобразительной деятельности в формировании когнитивных функций как в онтогенезе [1], так и в антропогенезе, или ноогенезе [2]. Но эпоха статистических закономерностей сменяется требованиями доказательной медицины [6], а индивидуальная диагностика интеллекта имеет существенное (а иногда и критическое) значение для дальнейшей судьбы ребёнка. И если речь идёт о прогнозе нормативного интеллектуального развития [4], то ошибка психолога-диагноста катастрофически не разрушит жизненный путь диагностируемого субъекта, а в случае клинико-психологических проблем (подозрение на умственную отсталость разной степени и генеза) такая ошибка недопустима. Между тем, именно специалисты по рисуночной диагностике [10,15] указывают на множество факторов, оказывающих очень существенное влияние на качество исполнения рисунка: социальные, ситуационные, личностные, возрастные (валидность оценки с возрастом снижается), педагогические. Но особенно хотелось бы подчеркнуть вес факторов, связанных с индивидуально-типологическими свойствами субъекта. Ребёнок может обладать специальными художественными изобразительными способностями, которые с общими интеллектуальными способностями не связаны (по гипотезе Б.М.Теплова). Кроме того, превалирующий модус мышления, типичный для данного субъекта в будущей взрослой стадии развития [5], и фаза когнитивного развития могут

настолько существенно отразиться в характеристиках рисунка, что завуалируют собственно интеллектуально-уровневые характеристики, которые и определяются в диагностической проблеме. Если же добавить сюда и общепсихологическую теорию мышления Л.М.Веккера, которая предполагает обязательное участие в мыслительном акте, как образных, так и логических компонентов [8], то становится понятно, что оценка только образных компонентов когнитивного развития вносит «запланированную» ошибку в индивидуальную диагностику.

Встаёт проблема – можно ли оценить количественно вероятность ошибки при диагностике интеллектуального развития ребёнка по рисунку? А если и оценивать такую вероятность, то что будет являться независимой переменной, объективно указывающей место ребёнка в группах интеллектуального развития по самым общим критериям (норма, патология, проблемная зона). Естественно было бы предположить, что психометрия интеллекта с помощью специализированных батарей может дать такой объективный материал. Но и тут встают неразрешённые вопросы. Несмотря на известные количественные критерии по IQ, такой балл не может не только дифференцировать олигофрению и разнообразные формы органических поражений ЦНС с когнитивными нарушениями, но даже отличить группы низкой нормы, пограничной умственной отсталости и олигофрении разной степени [3, 7]. Значит, при достаточно строгом подходе доверить роль объективного независимого критерия психометрической батарее нельзя. Остаётся взять за независимый критерий максимально комплексную оценку, возможную на данный период развития – клинико-психолого-педагогическую, учитывающую данные и профессиональный опыт педагогов, дефектологов и психологов.

Экспериментальный материал получен в выполненной под нашим руководством клинико-психологической дипломной работе 2005 года Петренко М.А. Сравнивались три группы детей пятилетнего возраста: контрольная группа (31 ребёнок обычного ДООУ, далее – N); дети с олигофренией в специализированном интернате (14 детей, далее – Olg); дети с общим недоразвитием речи в специализированном ДООУ (25 человек, далее – ОНР); всего 70 детей. Возраст был выбран такой, чтобы рисунок был достаточно «зрел» для оценки по многим позициям и чтобы было возможно проведение психометрии интеллекта.

Для сравнения были выбраны три теста. Психометрия интеллекта производилась с помощью детской батареи Д. Векслера WISC [12]. Тест «Нарисуй человека» [13] оценивался в двух вариантах: по 73 позициям в системе Харриса и по 35 позициям в системе чешских специалистов Й. Штурма и М. Вагнеровой [14]. Третий тест «Дом, дерево, человек» оценивался по системе оценок А.Н.Корнева [9].

Поскольку чешская модифицированная система оценок позиционировалась авторами как не просто сокращённая, но оптимальная, то посмотрим сначала её показатели. Дети группы N дали диапазон вариативности (разброс оценок) от 1 до 10 баллов, группа Olg дала вариации от 0 до 10 баллов, а группа ОНР – тоже от 0 до 10 баллов. Таким образом, чешская модификация

не даёт возможности решить не только непростую задачу дифференцировки ОНР и олигофрении, но и, казалось бы, более примитивную – отсечение нормы и олигофрении.

Показатели в системе оценок Гудинаф – Харриса в норме варьируют от 8 до 36 баллов. Дети с олигофренией дали разброс от 0 до 33 баллов, а с ОНР – от 8 до 33 баллов. Таким образом, на данной выборке балл ниже 8 гарантировал безошибочность решения в пользу олигофрении, а вот при показателе выше 8 баллов решить вопрос не удаётся. Эта система оценок также оказалась нерентабельна.

Тест «Дом, дерево, человек» в системе оценок А.Н.Корнева даёт размах оценок в норме от 12 до 31,5 балла. Олигофрения соответствует разбросу от 0 до 26,5 баллов, а ОНР – от 1,5 баллов до 26,5. Таким образом, дифференцировка умственной отсталости и ОНР по данной системе невозможна (что и не ставилось задачей в данном тесте), а в диапазон неопределённости попадают дети с баллом от 12 до 26,5. Значит, этот тест обладает какой-то дифференцирующей силой, в отличие от системы Гудинаф – Харриса и чешской системы в тесте «Нарисуй человека».

Общий IQ, полученный в батарее WISC, в норме варьирует от 81 до 143 баллов. Дети с ОНР полностью уложились в нормативные параметры (от 86 до 130 баллов), что доказывает эффективность психометрической батареи для дифференцировки собственно речевых нарушений и нарушений общего когнитивного развития. Олигофрения дала разброс от 51 до 86 баллов, что подтверждает давно высказываемое нами мнение, что граница IQ в 70 баллов по Векслеру не является гарантией отнесения испытуемого для группы нормы или патологии интеллекта [3].

Из полученного материала следует, что наибольшей достоверностью из трёх сравниваемых методик обладает показатель IQ батареи Д. Векслера, а рисуночные методы настолько неэффективны, что применять их с целью практической индивидуальной диагностики ребёнка почти неосуществимо. Только некоторый очень низкий балл в рисуночном тесте (который ещё надо выявлять на более репрезентативной выборке) можно использовать в качестве основания для диагностического решения.

Данный вывод не является полной неожиданностью для практикующих детских клинических психологов, которые изначально со времени формирования практической клинической психологии в нашей стране в 50-х годах прошлого века использовали многообразный арсенал диагностических средств. Но за последние двадцать лет радикальных социально-экономических перемен было выпущено огромное количество слабо подготовленных как в теоретическом, так и в практическом аспектах психологов, которым атрибутируется способность (компетентность) и право (компетенция) решать клиничко-психологические задачи. Некритичное применение научно не удостоверенных для практического применения тестов приводит не только к неудачным диагностическим решениям, но и к потере доверия самой профессии психолога.



Таким образом, данные методик, дающие достоверные корреляции в академических статистических исследованиях (в чисто научных целях), надо дополнительно и крайне жёстко проверять на их эффективность при практической индивидуальной диагностике. И только после такой плановой проверки можно рекомендовать конкретный тест к практическому применению с точным указанием пределов его эффективности. Мы уже ставили эту проблему в отношении тестов, применяемых в судебной экспертно-психологической практике. Между тем, в нашей стране отсутствует официально утверждённая программа верификации прикладных тестов, аналогичная программам утверждения медицинских продуктов (инструментов, лекарств, физиотерапевтических средств). Настоятельно требуется создание таких структур в рамках как Министерства здравоохранения и социального развития, так и Министерства образования и науки.

### Литература

1. Арнхейм Р. Искусство и визуальное восприятие. — М.: «Прогресс», 1974. 392 с.
2. Беломестнова Н.В. Изобразительная деятельность в генезисе рациональности // III Международная конференция по когнитивной науке, 20-25 июня 2008г., Москва, Россия. Тезисы докладов, Т.1. — М.: Художественно-издательский центр, 2008. — стр. 200-201
3. Беломестнова Н.В. Клиническая диагностика интеллекта. Психометрическая и клинико-психологическая оценка уровня развития интеллекта в клинической и судебно-психологической экспертной практике: Методическое пособие. — СПб.: Изд-во «Речь», 2003. 128 с.
4. Беломестнова Н.В. Методологические проблемы концепции зоны ближайшего развития // Психология в школе: зона ближайшего развития. Часть 1 (Материалы VII Всероссийской конференции 17-18 октября 2002г.). — СПб., 2002. — стр. 16-18.
5. Беломестнова Н.В. Модусы мышления в естественно-системных детерминантах // Мир психологии. Научно-метод. журнал. 2 (58). — Москва-Воронеж, 2009. С.37-49.
6. Беломестнова Н.В. О критериях эффективности в психотерапии // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. — СПб., 2006. — С. 10-11.
7. Васильева Н.В. Методологические проблемы психометрии интеллекта // Природные и социальные основания интеллектуального развития и деятельности. Материалы всероссийской конференции 17-19 апреля 2000 г. — СПб.: Изд-во «Художественная воля», 2000. — стр. 36-37.
8. Веккер Л.М. Психические процессы. — Л.: ЛГУ, том 1, 1974, 335 с.; том 2, 1976, 343с.; том 3, 1981, 327 с.

9. Корнев А.Н. Применение нейропсихологических методов исследования у детей / Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики.– СПб, 1997, с. 232-275.
10. Мухина В.С. Изобразительная деятельность как форма усвоения социального опыта. – М., 1981
11. Общая психодиагностика. Учебное пособие /Под ред. А.А.Бодалёва, В.В.Столина. – М.: Изд-во Московского университета, 1987. – 303 с.
12. Панасюк А.Ю. Адаптированный вариант методики Д.Векслера WISC.– М., 1973.
13. Семёнова З.Ф., Семёнова С.В. «Нарисуй человека». Методические рекомендации по применению методики «Нарисуй человека» для оценки умственного развития детей. – СПб.: Изд-во АНО «ИПП», 2005. – 47 с.
14. Черны В., Колларик Т. Компендиум психодиагностических методик. Т.2.– Братислава, 1988.
15. Шванцара Й. Диагностика психического развития. – Прага: Авиценум, 1978.

### РЕЗЮМЕ

В статье сравнивается эффективность теста WAIS, теста «Нарисуй человека» в двух системах оценок – по Гудинаф-Харрису и по чешской сокращённой системе и теста «Дом, дерево, человек» в системе оценок А.Н.Корнева при индивидуальной диагностике. Обследовано 70 детей пяти лет (шестого года жизни): 31 испытуемый с нормальным интеллектуальным развитием; 14 детей с олигофренией и 25 детей с общим недоразвитием речи.

В результате выявлено, что рисуночные тесты могут быть использованы только для распознавания очень грубых форм интеллектуального недоразвития, а для менее грубых форм оказываются неэффективны. Оптимальным средством интеллектуальной диагностики является только батарея Д. Векслера. Но и психометрия интеллекта не даёт однозначного диагностического решения в проблемном диапазоне до 86 баллов.

### SUMMARY

This article deal with individual diagnosis of intellectual level. Three tests were used in this investigation: WAIS, Draw a Man, Draw a Home, a Tree and a Man. 70 children of 5-years-old were tested: 31 subjects of normal intellectual level, 14 subjects with mental retardation and 25 subjects with general speech disorder. Drawing tests are unable for individual intellectual level diagnosis.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ БАТАРЕЙ РАВЕНА И АМТХАУЭРА**

*А.В. Бойкова*

*Центр Восстановительного Лечения «Детская психиатрия»  
им. С.С. Мнухина*

Одной из основных задач детской клинической психологии является экспериментально-психологическое исследование интеллектуальных функций с целью определения маршрута обучения ребенка (обучение по массовой программе, либо по программе коррекционной школы определенного вида) [1]. Психологам-практикам известно, что далеко не все дети с той или иной степенью интеллектуального снижения разного генеза попадают в поле зрения детских психиатров (по разным причинам), при условии того, что они формально удерживаются в общеобразовательных учебных учреждениях.

Школьные психологи нередко получают запросы от педагогов на массовые либо индивидуальные обследования интеллектуальных функций неуспевающих, «трудных» детей в условиях общеобразовательных учебных учреждений, и на основании этих данных администрация школы может дать рекомендации семье ребенка, показавшего некоторое интеллектуальное снижение, обратиться в психоневрологический диспансер по месту жительства за консультацией детского психиатра. Таким образом, психометрия интеллекта в условиях массового школьного обследования зачастую является неким связующим звеном, или даже начальным механизмом смены образовательного маршрута ребенка.

В нашей работе мы постарались выяснить, какова эффективность психометрии интеллекта в групповом обследовании с использованием наиболее часто применяющихся в массовых обследованиях в сфере образования методик – Теста интеллекта Амтхауэра и Прогрессивных матриц Равена [2]. В исследовании приняли участие три класса средних общеобразовательных школ; классы в целом характеризовались учителями и администрациями школ как «трудные», «неуспевающие». Итоговая выборка составила 50 человек в возрасте 14-15 лет, 30 мальчиков и 20 девочек.

По результатам обследования среднее значение IQ по методике Амтхауэра составило 93,22 балла, IQ по методике Равена составил 91 балл (в обоих случаях – низкая норма интеллекта). Показатели общего интеллектуального развития (IQ) по двум методикам положительно коррелируют друг с другом ( $r=0,69$ ,  $p\leq 0,01$ ); достоверных различий по полу не выявлено. Полученные средние показатели можно считать довольно ожидаемыми, т.е. они находятся в пределах возрастной нормы интеллекта (дети обучаются в общеобразовательной школе), при этом показатель именно низкой нормы был ожидаем в силу того, что классы считаются недостаточно

успевающими, таким образом, мы имеем дело с нижней границей нормативности.

При этом в общей выборке по методике Амтхауэра выявлен 1 человек с IQ на уровне умственной отсталости (УО) в степени легкой дебильности, что составляет 2% общей выборки, и 15 человек с IQ на уровне пограничной умственной отсталости (ПУО), что составляет 30% общей выборки. По методике Равена 8 человек имеют IQ на уровне УО в степени легкой дебильности (16%) и 15 человек имеют IQ на уровне ПУО (30%). Остальные испытуемые показали IQ на уровне низкой либо средней возрастной нормы. Таким образом, всего детей с клинико-психологическими проблемами обучаемости по методике Амтхауэра выявлено 32%, а по методике Равена 46%. Как мы видим, процентное соотношение испытуемых с некоторым интеллектуальным снижением разнится по двум методикам: можно предположить, что требования методики Равена к интеллектуальному уровню испытуемых оказываются более жесткими. Тем не менее, полученные результаты еще раз ставят перед нами задачу определения и сравнения дифференцирующей силы двух методик.

С целью решения этой практически важной задачи мы разделили общую выборку на две части по критерию учебной успешности испытуемых – на «сильных» и «слабых». Для этого мы использовали данные об успеваемости учеников, устные и письменные характеристики учеников, полученные от классных руководителей и учителей-предметников. Первая группа «сильных» составила 23 человека, вторая группа «слабых» – 27 человек.

По результатам корреляционного анализа общих IQ по методике Амтхауэра положительно коррелирует с показателем учебной успешности ( $r=0,30$ ,  $p \leq 0,05$ ), при этом по методике Равена также прослеживается положительная корреляционная связь между общим IQ и показателем успешности, но она не достигает уровня статистической значимости.

В двух полученных группах испытуемых была сопоставлена структура интеллектуальных профилей по методике Амтхауэра. Наиболее тесные корреляционные связи уровня учебной успешности выявляются с субтестом №3 «Аналогии» методики Амтхауэра ( $r=0,39$ ,  $p \leq 0,01$ ) и с субтестом №6 «Числовые ряды» методики Амтхауэра ( $r=0,35$ ,  $p \leq 0,05$ ). Можно предположить, что эти субтесты являются более чувствительными при определении интеллектуальных способностей, что в последующих исследованиях надо удостоверить более убедительно. С теоретической точки зрения возникает мысль, что интеллектуальная операция (или операции), лежащие в основе этих субтестов, вносят наибольший вклад в операциональную часть интеллекта.

Мы также сопоставили, насколько успешно испытуемые в двух группах справлялись с пятью разными сериями методики Равена, сравнив средние значения по баллам в каждой серии. В целом, испытуемые «сильной» группы справляются более успешно с каждой из пяти серий методики ( $M1=11,2$ ;  $M2=9,9$ ;  $M3=7,3$ ;  $M4=6,4$ ;  $M5=2,7$ ), чем испытуемые «слабой» группы ( $M1=11,2$ ;  $M2=9$ ;  $M3=5,7$ ;  $M4=6,4$ ;  $M5=2,1$ ). Наше внимание привлек тот факт, что, если в «сильной» группе с каждой серией количество баллов в среднем

снижается (в соответствии с заявленной прогрессивно-возрастающей сложностью серий методики), то в «слабой» группе испытуемые справляются с четвертой серией несколько лучше, чем с третьей ( $M_3=5,7$  и  $M_4=6,4$ ). В качестве интерпретации обозначенного факта мы можем предположить некоторую неравномерность работоспособности испытуемых «слабой» группы (неустойчивость активного внимания), но это лишь предварительная гипотеза, которая нуждается в дальнейшей экспериментальной проверке.

В соответствии с задачей определения дифференцирующей эффективности двух методик, в исследовании сопоставлялась степень вариативности данных в двух группах испытуемых, что наглядно представлено в Таблице 1.

Таблица 1

Средние значения общего IQ по методикам Амтхауэра и Равена в группах «сильных» и «слабых» учеников

Методики	Средние значения (M)		Дисперсия (D)		Станд. отклонение ( $\sigma$ )	
	«сильные»	«слабые»	«сильные»	«слабые»	«сильные»	«слабые»
IQ по Амтхауэру	95,65	91,15	62,87	44,28	7,93	6,65
IQ по Равену	93,43	88,93	200,71	111,61	14,17	10,56

Как видно из Таблицы 1, дисперсия данных по методике Равена заметно выше в обеих группах испытуемых, чем по методике Амтхауэра, что указывает на больший разброс данных общего IQ по методике Равена. К интерпретации этого факта можно подходить с разных позиций: во-первых, можно предположить большую чувствительность методики Равена к фазовым (психофизиологическим) состояниям, во-вторых, может играть роль тот факт, что с помощью методики Амтхауэра изучается не только операциональная часть интеллектуальных способностей, но и «кристаллизованная», т.е. объем усвоенных знаний. Оба предположения возможно подвергнуть дальнейшей экспериментальной проверке.

Таким образом, по результатам проведенного исследования, можно сделать вывод о большей дифференцирующей эффективности методики Амтхауэра по сравнению с методикой Равена, по итогам, как корреляционного анализа, так и сравнения вариативности данных. Можно предположить, что методика Амтхауэра более эффективно справляется с практической задачей определения интеллектуального уровня именно в сфере обучения, поскольку включает в себя разнообразный спектр заданий (вербальные и невербальные, на лингвистические, математические и пространственные способности), что в самом общем виде отражает и спектр учебных требований к ребенку, по сравнению с методикой Равена, которая исследует лишь невербальный

интеллектуальный компонент [1]. Следовательно, как с позиций практической эффективности, так и с общепсихологических позиций, рассматривающих человеческое мышление как процесс взаимодействия двух «языков» мозга, дискретно-символического и континуально-образного [3], для первичной психометрии интеллекта в сфере образования в условиях как массового, так и индивидуального обследования более применима методика Амтхауэра.

### Литература

1. Беломестнова Н.В. Клиническая диагностика интеллекта. Психометрическая и клиничко-психологическая оценка уровня развития интеллекта в клинической и судебно-психологической экспертной практике: Методическое пособие. — СПб.: Изд-во «Речь», 2003, 128 с.
2. Васильева Н.В. Методологические проблемы психометрии интеллекта // Природные и социальные основания интеллектуального развития и деятельности. Материалы всероссийской конференции 17-19 апреля 2000г. — СПб.: Изд-во «Художественная воля», 2000. — стр. 36-37.
3. Веккер Л.М. Психические процессы. — Л.: ЛГУ, том 1, 1974, 335с.; том 2, 1976, 343с.; том 3, 1981, 327 с.

### РЕЗЮМЕ

С целью определения дифференцирующей силы двух психометрических тестов обследовано 50 учащихся общеобразовательных школ в возрасте 14 – 15 лет, которые составили две группы – «сильных» и «слабых» учеников. В статье показано, что более пригодной для обследования является методика Амтхауэра; также обозначается необходимость индивидуального обследования испытуемых с целью решения психологом практических задач.

### SUMMARY

In order to determine the differentiating force of the two psychometric tests 50 pupils from the comprehensive schools at the age from 14 to 15 were examined. They made up two groups of “successful” and “unsuccessful” pupils. In the article it is demonstrated that Amthauer test is more suitable for the diagnostic inspection; also it is designated that individual diagnostics is necessary in the aim of the decision of practical psychological problems.

# ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС

*А.Э. Вейц*

*Сумгаитский психоневрологический диспансер*

*Азербайджан*

В последние годы заметно увеличилось число эмоциональных нарушений среди детей дошкольного и младшего школьного возраста, обусловленных невротизмом, невротоподобными расстройствами, встречающихся в рамках преневротических состояний.

Целью нашего исследования было выявление причин возникновения эмоциональных нарушений у детей с невротоподобным синдромом вследствие органического поражения ЦНС. Мы предположили, что эмоциональные нарушения имеют прямую зависимость от психосоциального окружения ребенка и, в первую очередь, от особенностей внутрисемейных отношений. Семейные отношения являются той средой, которая детерминирует психическое развитие ребенка. Взаимоотношения в родительской семье, отношение к ребенку со стороны родителей формируют эффективную потребностно-мотивационную систему ребенка, позитивный взгляд на мир и на самого себя, и те же самые факторы, но с другим содержанием приводят к ущербному развитию потребностей и мотивов, низкому самоуважению, высокой тревожности. Еще В.В.Ковалев отмечал, что невротические реакции у детей могут быть обусловлены неправильным воспитанием на фоне церебрально-органической недостаточности [1]. Это же подтверждают работы психологов и психиатров прошлого века и современности [2], [3], [4], [5].

Мы исследовали внутрисемейные отношения у 20 детей дошкольного и младшего школьного возраста с невротоподобным синдромом вследствие органического поражения ЦНС (основная группа). Для сравнения исследование проводилось с 20 детьми того же возраста с невротизмом неорганической этиологии и 20 здоровыми детьми. Мы использовали методику Рене-Жиля, направленную на изучение социальной приспособленности ребенка и особенностей его взаимоотношений с окружающими, методику ЦТО, направленную на изучение сознательных и частично неосознаваемых уровней личности к членам семьи и другим значимым сторонам действительности, проективный тест «Рисунок семьи».

Методика Рене-Жиля использовалась в сокращенном варианте, где были отобраны следующие показатели: отношение к матери, отношение к отцу, отношение к матери и отцу как родительской чете, отношение к братьям и сестрам, отношение к бабушке и дедушке. Результаты представлены в таблице 1. Как видно из таблицы, у детей с невротоподобными состояниями разница в предпочтении обоих родителей невелика –39% к матери и 32% к отцу, что может объясняться своеобразием способности к дифференциации эмоций у этих детей, их эмоциональной ригидностью и неразвитым чувством эмпатии. У

детей с невротическими отношениями к матери позитивнее (47%), чем к отцу (21%). То же отмечалось и у здоровых детей.

Отношение к матери и отцу как к родительской чете у детей основной группы снижено по сравнению со здоровыми детьми, т.е. они не воспринимают родителей вместе, что, возможно, свидетельствует о нарушении супружеских взаимоотношений в семьях у детей-органиков. Здоровые семейные отношения не складываются, что подтверждается и перераспределением ролей в воспитании между бабушками и дедушками с одной стороны и родителями с другой. Так у 23% детей основной группы бабушки и дедушки пытаются заменить ребенку мать и отца. Родители в таких семьях сами играют роль детей, часто инфантильны и безответственны.

Таблица 1

Результаты теста Рене-Жиля

Название блока	Дети с невротическими состояниями	Дети с невротическими	Здоровые
Отношение к матери	39%	47%	53%
Отношение к отцу	32%	21%	38%
Отношение к матери и к отцу как к родительской чете	12%	19%	23%
Отношение к братьям и сестрам	17%	29%	33%
Отношение к бабушке и дедушке	23%	10%	18%
T	3.852	4.161	4.445
P	p<0.02	p<0.01	p<0.01

Снижение или отсутствие привязанности к братьям и сестрам у детей с невротическими состояниями объясняется отсутствием у родителей воспитательных навыков, порождающих у детей ревность, неприязнь друг друга, эгоизм и даже ненависть. Родители сравнивают детей друг с другом, хвалят одного, умаляя достоинства другого. Зачастую у родителей или бабушки – дедушки есть «любимчик», которому все можно, а другой ребенок - «гадкий утенок», достоинства которого упорно не замечаются. Эти выводы подтверждают результаты ЦТО, представленные в таблице 2.

Таблица 2

Результаты теста ЦТО

Положительная идентификация	Дети с невротическими состояниями	Дети с невротическими	Здоровые
Отец	41%	47%	41%
Мать	53%	47%	65%
Братья и сестры	21%	41%	64%
Бабушка и дедушка	47%	33%	58%



дедушка			
P	p<0.04	p<0.01	p<0.02

ЦТО проводился следующим образом: сопоставлялся цвет, ассоциированный с одним из членов семьи и цвет, выбранный для обозначения одного из следующих понятий: добрые, хорошие, жадные, грустные, злые, плохие, трусливые. Затем отмечался ранг выбранного цвета в цветовом ряду.

Результаты ЦТО показали, что цветовая идентификация с мамой у детей основной группы представлена фиолетовым, красным («добрые люди») и серым («плохие», «грустные») в равной степени положительно и отрицательно. У детей 2 группы - также неоднозначно: фиолетовым («плохие») и красным («добрые»). У детей 3 группы – позитивно - красным («добрые», «веселые»). Папу дети 1 группы ассоциируют с желтым («добрые», «веселые»), зеленым («злые», «грустные») и фиолетовым («добрые») цветами - так же неоднозначно, как и мать. Здоровые дети - с серым («жадные») и красным («добрые», «веселые»). У детей 2 группы цветоидентификация отца резко негативная - с черным («плохие, злые»). Самоидентификация распределилась следующим образом: на I позицию себя поставили в 1 группе-31% детей, во 2 группе- 19% и в 3 -50 %. Положительно себя оценивают во 2 группе лишь 17% человек (ассоциируют выбранный цвет с жадными, плохими и злыми), в то время как у детей основной группы достаточно высокая самооценка. Если у здоровых детей высокая самооценка обусловлена чувством ответственности, зрелостью эмоционально-волевой сферы, у детей основной группы этот показатель связан с фиксацией на удовлетворении собственных потребностей, сиюминутном исполнении желаний. Вместе с тем у детей этой группы наблюдается негативное отношение к братьям и сестрам - 21%.

Таким образом, у детей основной группы прослеживается неоднозначное отношение к матери и отцу, стойко негативное отношение к братьям и сестрам, позитивное отношение к бабушкам и дедушкам. Для детей 2 группы характерно стойко негативное отношение к отцу и низкая самооценка, обусловленные влиянием нарушенных семейных отношений

Исследование по рисуночному тесту «Моя семья» преследовало цель выявить следующие показатели семейных отношений: доминантность матери, доминантность отца, отношение к матери и отцу как к родительской чете, доминантность бабушек и дедушек, привязанность ребенка к определенному члену семьи, демонстративность или низкую самооценку ребенка.

Результаты теста «Моя семья» выявили, что чувство собственной неполноценности в семейной ситуации испытывают 10,3% детей основной группы и 25,7% детей с неврозами, рисуящими себя ничтожно маленькими, без рук, в уголке листа, или вообще отсутствующими. Доминантность матери испытывают 24% детей - мама находится в центре листа, крупнее остальных членов семьи, часто изображенная цветом, отличным от остальных. На рисунках 14% детей с F06.8 доминантной матери противопоставляется маленький, находящийся в углу листа отец, нередко изображенный одним

цветом с ребенком. Только 7% воспринимают родителей как супружескую чету, изображая их вместе, одним цветом, рядом. Доминантный отец присутствует в рисунках 9% детей основной группы. Доминантность бабушек-дедушек прослеживается у 4% детей основной группы. Демонстративность характерна для 20% детей с невротами и 16% здоровых детей.

Также были исследованы матери детей всех 3-х групп. Исследование проводилось по методикам «Тест родительских отношений» (А.Я.Варга, В.В.Столин) и «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г.Эйдемиллер, В.В.Юстицкий).

Таблица 3

Результаты «Теста родительских отношений»

Шкалы	Мамы детей с F06.8	Мамы детей с невротами	Мамы здоровых детей
Принятие/Отвержение	23.5	26.6	28.4
Кооперация	4.1	4.7	4.7
Симбиоз	4.1	3.1	3.2
Контроль	4.1	4	3.8
Отношение к неудачам ребенка	2.7	1.6	1.6
T	4.275	4.461	3.801
P	p<0.02	p<0.01	P<0.02

Исследование по этой методике выявило влияние на проявление эмоциональных нарушений детей с невротоподобными состояниями таких негативных психосоциальных факторов, как недостаточное принятие ребенка, чрезмерный контроль за действиями ребенка, недооценивание ребенка как личность, отсутствие веры в него.

Результаты опросника «Анализ семейных взаимоотношений» показали, что в семьях у матерей детей основной группы преобладает воспитание по типу потворствующей гиперпротекции (76%), т.е.ребенок находится в центре внимания семьи, стремящейся к максимальному удовлетворению его потребностей, воспитание является смыслом жизни таких матерей. Также у мам этой группы наблюдаются высокие баллы по шкале «Фобия утраты ребенка» (ФУ) - 52%, т.е. у таких мам еще свежи воспоминания о прошлых, даже отдаленных переживаниях, связанных с последствиями перинатальной патологии у их детей. Высокие баллы по шкале «Расширение сферы родительских чувств» (РРЧ) - 47% указывают на нарушенные супружеские отношения между родителями, по шкале «Воспитательная неуверенность» (ВН)-50% означают, что родитель «идет на поводу» у ребенка, непоследователен в своих поступках, в системе наказаний и поощрений, по шкале «Предпочтение женских качеств» (ПЖК) - 45% - неосознанное неприятие ребенка мужского пола.

Выводы:

1. Проявление эмоциональных нарушений у детей с неврозоподобным синдромом, обусловленным резидуально-органической патологией ЦНС напрямую зависит от особенностей внутрисемейных отношений.
2. Нарушение внутрисемейных отношений ведет к отсутствию взаимопонимания между членами семьи и развитию таких эмоциональных нарушений у детей, как конфликтность, враждебность, агрессивность, замкнутость, низкая самооценка, отсутствие коммуникативных навыков.
3. В силу незрелости эмоционально-волевой сферы и эмоционального инфантилизма, дети с F06.8 не испытывают глубокой привязанности к членам семьи, плохо дифференцируют отношение к матери, отцу, бабушкам, дедушкам, братьям и сестрам..
4. Неправильные типы семейного воспитания ведут к конфликтным отношениям с братьями и сестрами перераспределению ролей в семье, где роль матери выполняет бабушка.
5. Нарушение внутрисемейных отношений влияет на течение и динамику неврозоподобного синдрома, проявление таких его симптомов, как нарушение концентрации внимания (у 89%), двигательная расторможенность (у 72,9%), фобии (53%), нарушения сна (у 52,3%), энурез (у 44,3%), тики (у 37,9%), нарушения речи (у 35%), нарушения аппетита (у 21%), энкопрез (у 8,3%).

Таким образом, отсутствие своевременной коррекции семейных взаимоотношений может привести к усилению проявлений неврозоподобного синдрома и возникновению эмоциональных нарушений у детей с резидуально-органической патологией ЦНС, что в дальнейшем может послужить причиной развития школьной дезадаптации и патологического развития личности. Поэтому наряду с лечением неврозоподобного синдрома и коррекцией эмоциональных нарушений у таких детей необходимо проводить систематическую работу с их родителями, предполагающую:

- разъяснение отрицательного влияния сформировавшегося типа семейного воспитания на психику ребенка,
- убеждение в необходимости изменить отношение к ребенку, посмотреть на него другими глазами, поверить в него, принять его таким, какой он есть, дать ему возможность проявить свою самостоятельность, показать, на что он способен, помочь ему почувствовать себя личностью,
- коррекцию семейных отношений путем проведения индивидуальной и семейной психотерапии [6], [7], [8].

## Литература

1. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М., 1979.
2. Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение. – М., 1977.

3. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – М., 2001.
4. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – М., 2003.
5. Мамайчук И.И. Психологический анализ системы отношений в семьях дошкольников и пути их коррекции (Вместе с семьей - 1998). – М., 1998.
6. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – М., 2003.
7. Лютова Е.К., Молина Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. – М., 2007.
8. Марковская И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. – М., 2006.

## РЕЗЮМЕ

В статье представлена сравнительная характеристика особенностей внутрисемейных отношений у детей с неврозоподобным синдромом вследствие резидуально-органической патологии ЦНС, детей с неврозами неорганической этиологии и здоровых детей. Выявлена зависимость возникновения эмоциональных нарушений детей каждой группы от их взаимоотношений с членами семьи. Показано негативное влияние патологических типов семейного воспитания и нарушенных семейных отношений на течение и динамику неврозоподобного синдрома у детей-органиков. Даны рекомендации по профилактике возникновения эмоциональных нарушений у детей с F06.8 и перечислены направления психокоррекционной работы с родителями этих детей.

## SUMMARY

In the paper, comparative characteristic of peculiarities of family relations for children with neurosis-like syndrome as a result of CNS residual organic pathology, children with neurosis of inorganic etiology, and healthy children has been presented. Correlation between occurrence of emotional disorders in children in each group and their relations with other family members has been revealed. It has been shown that pathologic types of family upbringing and disturbed family relations negatively affect the dynamics of neurosis-like syndrome in children with organics disorders. The recommendations on measures preventing occurrence of emotional disorders in children with F06.8 have been given and the trends of psycho-correctional actions with the parents have been listed.

# СИСТЕМНЫЙ СЕМЕЙНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ТРЕВОГИ У ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Т.В. Веселова, М.П. Билецкая*

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

В настоящее время заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются наиболее часто встречающейся патологией у детей и подростков [3], [4], в генезе которой значимая роль принадлежит хроническому психоэмоциональному напряжению. Дисфункциональные отношения в семье, патологизирующий стиль семейного воспитания повышают уровень тревоги у ребенка и могут способствовать формированию психосоматических расстройств [2], [5].

**С целью** изучения особенностей тревоги в семьях детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ нами было исследовано 530 семей: 100 семей детей с дискинезией желчевыводящих путей, 100 семей детей с гастродуоденитами, 100 семей детей с неврогенной формой дискинезии кишечника и 230 семей детей со здоровым ЖКТ. Возраст обследованных детей 8-11 лет. Сходные результаты, полученные при исследовании семей детей с гастроэнтерологической патологией, позволили рассматривать их как семьи детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ.

**Методы исследования:** I. Клинико-биографический (беседа, наблюдение, семейный анамнез). II. Психодиагностический: шкала явной тревожности CMAS (Castaneda A., McCandless B.R., Palermo D.S, адаптирована Прихожан А.М.); шкала тревожности Спилбергера Ч.Д., Ханина Ю.Л.; опросники «Анализ семейной тревоги», «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.); опросник «Взаимодействие родитель-ребенок» (Марковская И.М.). III. Статистический метод: непараметрический критерий U-Манна-Уитни, корреляционный анализ.

На основании клинико-биографического метода установлено, что первый пик обращаемости родителей к врачу с жалобами на боли в животе у детей с гастродуоденитом или дискинезией пищеварительного тракта приходится на 4-5 лет; часто заболевание протекает под маской энтеровирусной инфекции. Следующий пик обращаемости с обострением или впервые выявленным расстройством приходится на 7-8 лет, что, вероятно, связано с нормативным стрессором - поступлением в школу. Боли в животе нередко возникают у ребенка еженедельно или чаще. На основании клинико-биографического метода выявлены особенности семейных коммуникаций, определяющие семейную дисфункцию: разводы в ряду поколений, гипернормативность членов семьи, невысказанность эмоций. Границы между подсистемами в данных семьях не дифференцированы, плохо структурированы. В клинической картине гастроэнтерологических заболеваний ведущим является болевой синдром.

Блокирование отрицательных эмоций между членами дисфункциональной семьи создает ситуацию перенапряжения, вследствие чего у одного из членов семьи формируется симптом, позволяющей семье снизить напряжение и сохранить семейный гомеостаз [5]. В данном случае болевой синдром «идентифицированного пациента» выполняет в семейной системе морфостатическую функцию: обострение заболевания является сигналом обратить внимание на ребенка, прекратить ссоры и является временным стабилизатором семейных отношений.

В ходе наблюдения выявлена симбиотическая связь между членами семьи, особенно тесное взаимодействие отмечалось между матерью и больным ребенком. Как правило, мать в течение всей беседы находилась рядом с ребенком, обнимая его или держа за руку. Большинство матерей, рассказывая о ребенке, употребляли в речи местоимение «мы» («мы заболели», «мы ходили на обследование», «мы занимаемся...»).

По данным семейного анамнеза выявлено, что семейная дисфункция усиливает выраженность психосоматического компонента заболевания. Невысказанные эмоции «обращаются внутрь тела», вызывая стойкий спазм кишечника, дизрегуляцию системы сфинктеров желчевыводящих путей или повреждение слизистой оболочки желудка и 12-ти перстной кишки. Поэтому важной психологической особенностью семей детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ является наличие алекситимии, в разной степени выраженной у всех членов семьи; в наибольшей степени она встречается в семьях детей с дискинезией кишечника ( $p < 0,01$ ). Невозможность распознавать, дифференцировать эмоции и адекватно их отреагировать способствует сохранению стрессогенной ситуации и провоцирует обострения заболевания.

У детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ отмечается повышенный уровень тревожности (стены 7–10 по СМАС): в основной группе он составил  $3,94 \pm 0,11$ ; у детей со здоровым ЖКТ -  $2,35 \pm 0,12$  ( $p < 0,001$ ). Таким образом, высокий уровень тревожности свидетельствует о том, что психосоматическое заболевание усугубляет протекание возрастного кризиса младшего школьного возраста.

Высокие показатели ситуативной тревожности родителей детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ ( $41,5 \pm 0,22$ ; в контрольной группе -  $31,3 \pm 0,11$ ;  $p < 0,01$ ), по-видимому, обусловлены ситуацией обострения заболевания ребенка, а личностная тревожность выше среднего уровня ( $43,8 \pm 0,18$ ; в контрольной группе -  $36,5 \pm 0,14$ ;  $p < 0,01$ ) усугубляет психоэмоциональное состояние больного ребенка и способствует возникновению семейной тревоги.

Семейная тревога - состояние тревоги у членов семьи, нередко плохо осознаваемые и трудно локализуемые. Характерным признаком семейной тревоги является наличие сомнений, страхов, опасений за членов семьи: их здоровье, безопасность, конфликтность [5]. В дисфункциональных семьях за счет невысказанных отрицательных эмоций, блокирования потребностей членов семьи нарастают семейные тревожность, вина и напряжение, которые вместе составляют высокий уровень общей

семейной тревоги, который в семьях здоровых детей не превышает нормативных показателей. Отмечено, что уровень вины значимо выше в семьях детей с дискинезией кишечника. В семьях детей с психосоматическими расстройствами выявлен высокий уровень общей семейной тревоги ( $14,66 \pm 0,14$ ). Уровень вины значимо выше в семьях детей с гастродуоденитами и дискинезией кишечника ( $p < 0,001$ ). Уровень общей семейной тревоги в семьях детей со здоровым ЖКТ не превышает нормативных показателей.

Таким образом, родители детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ ощущают себя неуверенными в правильности своей позиции в семье, виноватыми за все неурядицы и проблемы, возникающие дома. Напряженность внутрисемейных коммуникаций, ощущение родителями необходимости постоянно контролировать ситуацию приводят к диффузности границ между семейными подсистемами. В таких семьях высокий уровень общей семейной тревоги отражает дисфункциональный характер взаимоотношений между членами семейной системы, которая находится в состоянии кризиса или хронического семейного стресса [1, 2].

Выявлены типы патологизирующего семейного воспитания: у матерей - «потворствующая» или «доминирующая гиперпротекция» ( $p < 0,01$ ), у отцов - «доминирующая гиперпротекция» ( $p < 0,01$ ) или «повышенная моральная ответственность» ( $p < 0,05$ ). Для родителей характерны: фобия утраты, воспитательная неуверенность, предпочтение детских качеств, а также вытеснение супружеского конфликта в сферу воспитания. В семьях здоровых детей преобладает адекватный стиль семейного воспитания или отмечается тенденция к «доминирующей гиперпротекции».

По результатам опросника «Взаимодействие родитель-ребенок» выявлено, что для родителей больных детей в воспитании характерны: более строгие меры, жесткие правила ( $p < 0,01$  – в основной группе,  $p < 0,05$  – в контрольной), установленные во взаимоотношениях со своим ребенком, контролирующее поведение ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$  соответственно), что может свидетельствовать о необходимости соблюдения режима дня и диеты. Также для них характерна конфронтация, которая свидетельствует о наличии разногласий членов семьи по вопросам воспитания в семье больного ребенка ( $p < 0,01$ ), что также свидетельствует о наличии семейной дисфункции.

Уровень тревожности ребенка взаимосвязан с чрезмерностью санкций ( $r = -0,366$ ;  $p < 0,01$ ) и воспитательной неуверенностью ( $r = 0,300$ ;  $p < 0,05$ ) у матерей и чрезмерностью запретов ( $r = -0,300$ ;  $p < 0,05$ ) у отцов. Это может свидетельствовать о наличии контролирующего поведения в данных семьях, которое обусловлено состоянием здоровья ребенка. Тревожность здорового ребенка взаимосвязана с наказаниями матерью ( $r = 0,301$ ;  $p < 0,05$ ) и проекцией негативных качеств отца на ребенка ( $r = -0,418$ ;  $p < 0,01$ ).

Таким образом, системный семейный подход позволяет рассматривать тревогу у членов семей детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ как на индивидуальном уровне, так и на уровне семьи, как системы в целом.

М.П. Билецкой была разработана модель «ромбовидной» векторной семейной психотерапии [1], [2], эффективность которой подтверждена

клинико-психологическими исследованиями. Данная модель помогает снять запрет на высказывание и отреагирование чувств в дисфункциональных семьях, позволяет выработать оптимальные способы семейного функционирования и провести коррекцию стиля воспитания.

### Литература

1. Билецкая М.П. Краткосрочная «ромбовидная» векторная семейная психотерапия (при соматических заболеваниях ЖКТ у детей). – СПб., 2006 – 40 с.
2. Билецкая М.П. Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ). – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
3. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. - СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
4. Психосоматические заболевания: Полный справочник/Под ред. Ю.Ю. Елисеева, М.: Изд-во Эксмо, 2003. – 608 с.
5. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2003. – 336 с.

### РЕЗЮМЕ

В статье «Системный семейный подход к изучению тревоги в семьях детей с психосоматическими расстройствами желудочно-кишечного тракта» рассмотрены особенности тревоги в семьях детей с психосоматическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Установлено, что болевой синдром в животе при обострении заболевания выполняет в семейной системе морфостатическую функцию. Исследованы особенности тревоги членов семей, уровень семейной тревоги и типы патологизирующего воспитания. Модель «ромбовидной» векторной семейной психотерапии М.П. Билецкой способствует адаптивному функционированию семейной системы при обострении заболевания ребенка.

### SUMMARY

Abstract: in this work by M.P. Biletsky, T.V. Veselova "The system family approach to the study of anxiety in families of children with psychosomatic disorders of the gastrointestinal tract" there were observed the features of anxiety in families of children with psychosomatic disorders of the gastrointestinal tract. There have been found that the pain syndrome in the stomach in patients with acute illness in the family system, performs morphostatic function. The features of anxiety of family members, family level of anxiety and types of pathology education have been studied. The model "diamond" of a vector family therapy by M. Biletsky promotes adaptive functioning of family system in child-patients with acute illness.



# РОЛЬ ПСИХОЛОГА В СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В КОНФЛИКТЕ С ЗАКОНОМ

*З.Н. Григорова*

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

К подросткам, находящимся в конфликте с законом, относятся несовершеннолетние, отбывающие срок лишения свободы, условно осужденные, находящиеся под следствием, состоящие на учете в отделе по делам несовершеннолетних. Именно с таким контингентом молодых людей уже в течение шести лет успешно работает Благотворительный Фонд «Центр социальной адаптации несовершеннолетних свт. Василия Великого» (БФ ЦСА), который является единственным в Санкт-Петербурге учреждением, где условно осужденные подростки проходят курс социальной реабилитации в условиях стационара.

БФ ЦСА работает по специально разработанным инновационным реабилитационным программам, основная из которых ориентирована на социальную реабилитацию условно осужденных несовершеннолетних.

Цель этой программы - профилактика рецидивной преступности среди условно осужденных подростков. Задачами программы является:

- формирование у подростков социально-одобряемого жизненного сценария и стимулирование принятия ответственности за свое поведение;
- формирование у подростков положительной самооценки и веры в свои способности;
- профориентация и помощь в трудоустройстве и получении образования;
- развитие навыков планирования и самоконтроля;
- содействие в разрешении внутрисемейных конфликтов;
- духовное и морально-нравственное развитие подростка.

Программа социальной реабилитации несовершеннолетних рассчитана на 14 недель, она представляет собой непрерывный процесс, основанный на современных психолого-педагогических методах работы с девиантными подростками. Одновременно курс социальной реабилитации по данной программе проходят 6 человек, которые проживают в БФ ЦСА в режиме открытого социального центра. Далее у них есть возможность продолжить социальную реабилитацию в социальной гостинице, участвовать в других программах.

В Центре с подростками работают следующие специалисты: специалист по социальной работе, социальные педагоги, социальные работники, психолог-консультант, тренер-психолог, театральные педагоги, спортивные тренеры.

Основные функции психолога, работающего с условно осужденными подростками по программе БФ ЦСА, сводятся к следующему:

1. Психологическая диагностика личностных особенностей подростка, уровня его психического развития. При поступлении подростка в Центр

психолог проводит психологическую диагностику, на основании которой разрабатывается план индивидуального сопровождения, даются рекомендации по работе с данным подростком другим специалистам.

2. Психологическое консультирование. Как минимум один раз в неделю психолог проводит индивидуальную консультацию с подростком, где анализируются его проблемы и совместно разрабатываются пути и способы их решения.

3. Групповая работа. Реабилитационный курс включает в себя блок групповых занятий с подростками, который состоит из социально-психологических тренингов «Эффективное общение» (24 часа), «Развитие социальных навыков» (16 часов) и цикла из 8 групповых занятий по 1,5 часа, которые проводятся еженедельно, а также итогового занятия по окончании курса (6 часов). Групповые занятия с несовершеннолетними правонарушителями имеют свою специфику. Одним из важных принципов в деятельности специалиста, работающего с такими подростками в тренинговой форме, является оказание эмоциональной поддержки и положительного подкрепления. Рекомендуется при проведении социально-психологического тренинга строить занятия на протяжении всего курса с обращением к позитивным сторонам личности подростков, не акцентируя внимания на негативных аспектах.

Все тренинги принципиально проводятся совместно с воспитанниками и сотрудниками Центра. Это дает возможность глубже познать друг друга, способствует налаживанию контакта, объединяет сотрудников и воспитанников. Благодаря совместному проведению тренингов удается избежать барьера между воспитанниками и сотрудниками и ситуации «Мы – они». Также это дает возможность продемонстрировать различные модели социально-одобряемого поведения для воспитанников. Все тренинговые задания и упражнения являются обязательными для всех и выполняются на равных условиях воспитанниками и сотрудниками Центра.

4. Психологическое консультирование родителей и близких. Как минимум один раз в две недели родители приглашаются на консультацию с психологом. При желании родителей подобные встречи могут происходить и чаще. Однако опыт деятельности Центра показывает, что бывают случаи, что за все время прохождения ребенком курса социальной реабилитации родители появлялись всего несколько раз. Это бывает связано, прежде всего, с тем, что родители ведут асоциальный образ жизни, злоупотребляют алкоголем или наркотиками.

Опыт деятельности Центра показал эффективность используемых методов и принципов работы, об этом свидетельствует низкий процент рецидива среди воспитанников Центра.

Этому способствуют следующие факторы:

- - Обязательное проживание воспитанников в Центре. Благодаря этому возможно погружение в развивающую среду, осуществление контроля и изоляция от негативного влияния прежних асоциальных связей.

- Адекватные возрастным особенностям подростков методы работы, нацеленные на передачу ответственности и развитие самоконтроля. А именно, поскольку одна из особенностей подросткового возраста – негативизм, то применение не авторитарных приказов, а моделирование ситуаций, в которых молодому человеку необходимо самостоятельно принимать решения, планировать свою деятельность.
- Групповая работа – как важный элемент курса социальной реабилитации. В подростковом возрасте очень большое значение имеет общение со сверстниками, поэтому тренинговое направление является очень важным в программе реабилитации. Работа в группе дает возможность формулировать и обсуждать свои проблемы, мысли, чувства, способствует развитию самоанализа, рефлексии, оценки своих поступков.
- Позитивная обратная связь – возможность подростку принять себя, увидеть свои позитивные качества, повысить самооценку.
- Участие воспитанников в волонтерских проектах. Это способствует развитию гражданской позиции, чувства сострадания, сопереживания, желания оказать действенную помощь.
- Малочисленная закрытая группа. Такая форма работы исключает возможность проникновения криминальных законов. У всех воспитанников одинаковый статус, одинаковые условия и ко всем одинаковые требования. Это обеспечивает комфортные условия для проживания каждого.

Большинство воспитанников поддерживают связь с Центром после прохождения основного курса и социального патронажа, участвуют в различных мероприятиях и программах, реализуемых на базе Центра. Бывшие воспитанники организовали клуб выпускников Центра “Фавор”, основным направлением которого является волонтерское движение, а также организация и проведение досуговых мероприятий.

Важным является тот факт, что подростки, прошедшие курс социальной реабилитации, приглашают своих знакомых участвовать в работе клуба. Таким образом, выпускник Центра привлекает к проведению свободного времени социально-одобряемым образом «трудных» подростков из своей социальной среды, которые еще не совершили правонарушение, но имеют для этого все предпосылки.

## РЕЗЮМЕ

В статье описывается опыт работы Центра социальной адаптации несовершеннолетних свт. Василия Великого с подростками, находящимися в конфликте с законом. Работа психолога в Центре осуществляется по следующим основным направлениям – психологическая диагностика, психологическое консультирование, тренинги и работа с родителями.

## SUMMARY

In article the operational experience of the Center “Saint Vasiliiy the Great’s social adaptation centre for young probationers” on social rehabilitation of the teenagers who are being the conflict to the law is described. Work of the psychologist on the Centre is carried out in following basic directions – psychological diagnostics, psychological consultation, trainings and work with the parents.

# **СВЯЗЬ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, СОСТОЯЩИХ В СТАБИЛЬНЫХ ПАРТНЁРСТВАХ, С ТИПОМ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ И ПРИЁМОМ АРВ-ТЕРАПИИ**

*И.А. Евдокимова, Д.Г. Пирогов*

*Междисциплинарный Центр исследований и обучения по ВИЧ/СПИДу,  
ИКАРТ  
Санкт-Петербург*

По данным ЮНЭЙДС [5], в настоящее время превалентность ВИЧ обеспечивается преимущественно за счёт двух регионов: Африки к Югу от Сахары и Восточной Европы и Центральной Азии (куда входит Россия), где до сих пор констатируется эпидемия этого заболевания. И если подавляющее большинство новых случаев ВИЧ в Африканских странах возникают через гетеросексуальный контакт, в Восточной Европе и Центральной Азии парентеральный путь передачи остаётся наиболее распространённым. Россия, наравне с Украиной и Молдовой, в этом регионе является бесспорным лидером. Основными тенденциями эпидемии ВИЧ в России в последние годы являются: феминизация эпидемии (увеличение количества заболевших женщин), повышение среднего возраста начала инфицирования, выход эпидемии из сообщества потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в популяцию посредством гетеросексуального пути передачи вируса [3].

Исходя из вышесказанного, изучение социально-психологических и поведенческих характеристик стабильных партнёров серодискордантных пар (пары, где один партнёр является ВИЧ-положительным, а другой ВИЧ-отрицательным) является актуальным направлением в исследовании распространения ВИЧ в России. Настоящее пилотное исследование проводилось с целью выявления связи типов отношения к своему заболеванию у ВИЧ-инфицированных с другими социальными, психологическими и поведенческими параметрами. Как известно, тип отношения к своему заболеванию [1,4] имеет связь не только с психологическим состоянием человека, но и может влиять на течение заболевания и качество жизни человека. Не вызывает сомнений также тот факт, что отношение человека к заболеванию во многом определяет психологический климат в семье и может оказывать влияние на рискованные практики, способствующие передаче ВИЧ отрицательному партнёру.

В настоящем исследовании принимали участие 100 ВИЧ-инфицированных респондентов и их стабильные гетеросексуальные партнёры. Так как целью данной статьи является обнаружение связи между типами отношения к своему заболеванию и социальными, психологическими и поведенческими параметрами у ВИЧ-позитивных участников, то в фокусе рассмотрения находится только эта часть выборки.

Набор участников проводился на базе лечебно-профилактических учреждений Санкт-Петербурга и Ленинградской области, оказывающих помощь ВИЧ-положительным пациентам (Клиническая инфекционная больница им. С.П.Боткина, Ленинградский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД, Межрайонный наркологический диспансер №1), Центра социальной помощи семье и детям Калининского района (отделение помощи ВИЧ-инфицированным женщинам), общественной организации «Врачи детям» (проект «Мама+») и группах взаимопомощи Narcotics Anonymous.

Участникам было предложено заполнить анонимную анкету, состоящую из следующих блоков: социально-демографические данные; блок вопросов, освещающий вопросы срока, когда был поставлен диагноз и наличия симптоматики заболевания; блок вопросов, касающийся приёма антиретровирусной терапии (АРВ-терапии); вопросы, связанные с опытом употребления наркотиков; блок вопросов, освещающий сексуальное поведение партнёра в течение жизни и в актуальных партнёрских отношениях.

Так же были использованы следующие психодиагностические методики: ТОБОЛ (диагностика типа отношения к заболеванию); методика ДОО Волковой А.Н. (оценка удовлетворённости партнёрскими отношениями) [3].

#### *Описание выборки ВИЧ-инфицированных респондентов.*

Среди опрошенных 100 ВИЧ-положительных респондентов было 43 мужчины и 57 женщин. Средний возраст участников составил 30,07 ( $\pm 4,828$ ) лет, женщины оказались достоверно ( $U=864,500$ ;  $p=0,016$ ) младше мужчин. Средний возраст составил 29,16 ( $\pm 5,4$ ) и 31,26 ( $\pm 3,697$ ) соответственно. 50% участников состоят в официально-зарегистрированном браке, остальные указали, что состоят в незарегистрированных партнёрских отношениях. Часть респондентов имеет полное среднее образование (28,0%), среднее специальное образование имеют 16,0% участников, высшее – 15,0%. Работают в настоящее время 68,0% респондентов, причём процент работающих мужчин составил 79,1%, а женщин 59,6%. 30,0% респондентов сообщили о том, что имеют собственную жилплощадь (отдельная квартира), а 29,0% имеют собственную комнату в квартире родительской семьи. О наличии детей сообщили 46,0%.

Респонденты узнали о своём положительном результате теста на ВИЧ в среднем 6,20 ( $\pm 3,113$ ) лет назад. 70,2% сообщили, что считают наиболее вероятным способом получения инфекции парентеральный (при использовании чужого инъекционного инструментария). Об отсутствии у себя симптомов ВИЧ в настоящее время сообщили 60,0%, 40,0% указали, что имеют некоторые симптомы, и ни один человек не указал на наличие у себя тяжёлой симптоматики.

40,0% участников на вопрос «Предлагалась ли Вам антиретровирусная терапия» ответили отрицательно, 8,0% указали, что предлагалась, но они отказались, 52,0% согласились принимать терапию. Среди последних, 1 женщина на момент опроса ещё не начала принимать лекарства, поэтому из дальнейшего анализа блока, касающегося приёма АРВ-терапии, её ответы были исключены.

Оставшиеся 51,0% респондентов, принимающих терапию указали, что начали приём в среднем 1,71 года назад. 16,0% (преимущественно женщины) сообщили о том, что им приходилось менять терапию из-за развития побочных реакций. Среди наиболее частых причин пропусков приёма препаратов респондентами были указаны следующие: «Я был очень занят и забыл принять лекарство» (39,2%), «Я находился вне дома» (35,3%).

Об опыте употребления наркотиков сообщили 87,0% респондентов. Инъекционные наркотики (преимущественно опиаты) пробовали или систематически употребляли 80,0% участников (40% женщин и 40% мужчин). Средний возраст начала употребления инъекционных наркотиков достоверно выше ( $U=573$ ;  $p=0,041$ ) у женщин ( $16,27 \pm 2,882$ ), чем у мужчин ( $17,49 \pm 2,674$ ). Однако большая часть ВИЧ-позитивных участников (75,0%) указали, что в настоящее время инъекционные наркотики не употребляют. И только 4,0% респондентов оказались активными потребителями инъекционных наркотиков на момент опроса.

Если говорить о выраженности разных типов отношения к болезни у респондентов, то у участников, принимающих АРВ-терапию, достоверно выше показатели гармонического типа отношения к болезни ( $U=944$ ;  $p=0,024$ ). Кроме того, подгруппа респондентов, получающих терапию, склонна достоверно выше оценивать свои партнёрские отношения ( $U=952$ ;  $p=0,040$ ) и имеют больший ( $U=482$ ;  $p=0,009$ ) срок ремиссии ( $5,17 \pm 3,730$  лет против  $2,88 \pm 1,571$  лет). У женщин, по сравнению с мужчинами, достоверно выше показатели по шкалам тревожного ( $U=844$ ;  $p=0,007$ ), паранойяльного ( $U=822$ ;  $p=0,005$ ), неврастенического ( $U=926,500$ ;  $p=0,036$ ) и дисфорического ( $U=792,500$ ;  $p=0,002$ ) типов отношения к болезни.

*Связь социальных, психологических и поведенческих характеристик ВИЧ-положительных с типами отношения к болезни.*

Корреляционный анализ типов отношения к болезни и социальных, поведенческих и психологических особенностей выявил ряд взаимосвязей. В частности, паранойяльный тип оказался положительно связан с такими параметрами как количество сексуальных партнёров, которым ВИЧ-статус был раскрыт уже после незащищённого сексуального контакта ( $r=0,327$ ;  $p=0,025$ ) и отрицательно с такими как возраст ( $r=-0,332$ ;  $p=0,021$ ), срок приёма терапии ( $r=-0,409$ ;  $p=0,003$ ) и оценка актуальных партнёрских отношений ( $r=-0,392$ ;  $p=0,003$ ). Тревожный тип отношения к болезни имеет отрицательную связь с трудовым стажем на последнем месте работы ( $r=-0,334$ ;  $p=0,005$ ), и положительную с количеством людей, с которыми употреблялись инъекционные наркотики уже после того, как респондент узнал о своём ВИЧ-положительном статусе ( $r=0,370$ ;  $p=0,023$ ). Эргопатический тип показал положительную взаимосвязь со стажем работы на последнем месте ( $r=0,325$ ;  $p=0,007$ ). С этим же параметром оказался связан гармонический тип ( $r=0,386$ ;  $p=0,018$ ), который также имеет положительную корреляционную связь с оценкой имеющихся партнёрских отношений ( $r=0,393$ ;  $p=0,003$ ). Обнаружена связь эгоцентрического типа отношения к болезни с количеством сексуальных партнёров, которым было сообщено о статусе уже после незащищённого

сексуального контакта ( $r=0,396$ ;  $p=0,037$ ). Дисфорический тип продемонстрировал корреляционные связи с такими показателями как количество сексуальных партнёров, которым было сообщено о статусе уже после незащищённого сексуального контакта ( $r=0,415$ ;  $p=0,028$ ) и количеством партнёров, с которыми имел место незащищённый секс уже после получения респондентом положительного теста на ВИЧ, оценкой актуальных партнёрских отношений ( $r=-0,394$ ;  $p=0,003$ ). Сенситивный тип оказался отрицательно связан с продолжительностью имеющихся в данный момент партнёрских отношений ( $r=-0,350$ ;  $p=0,012$ ), а меланхолический с процентом использования презервативов в прошлых стабильных партнёрствах ( $r=-0,299$ ;  $p=0,049$ ), оценкой нынешних партнёрских отношений ( $r=-0,382$ ;  $p=0,004$ ), количеством принимаемых таблеток АРВ-терапии ( $r=-0,319$ ;  $p=0,022$ ) и положительно с количеством ремиссий пациента ( $r=0,354$ ;  $p=0,029$ ) и количеством людей, с которыми при помощи общего инструментария употреблялись инъекционные наркотики уже после получением участником известия о своём положительном ВИЧ-статусе ( $r=0,339$ ;  $p=0,045$ ). Ипохондрический тип продемонстрировал положительную корреляционную связь с возрастом начала употребления инъекционных наркотиков ( $r=0,330$ ;  $p=0,041$ ) и отрицательные со сроком приёма АРВ-терапии ( $r=-0,312$ ;  $p=0,026$ ) и оценкой имеющихся партнёрских отношений ( $r=-0,298$ ;  $p=0,049$ ). Апатический тип оказался отрицательно связан с количеством таблеток, принимаемых респондентом ( $r=-0,276$ ;  $p=0,050$ ) и оценкой отношений ( $r=-0,298$ ;  $p=0,048$ ). С последним параметром также отрицательно связан неврастенический тип отношения к заболеванию ( $r=-0,352$ ;  $p<0,001$ ).

#### *Обсуждение результатов и выводы.*

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее неблагоприятными типами отношения к болезни в контексте распространения ВИЧ являются паранойяльный, эгоцентрический, дисфорический, меланхолический, тревожный. На основе полученных корреляционных связей можно сделать выводы о том, что если для респондентов с преимущественно тревожным и меланхолическим типом отношения к заболеванию характерной реакцией на известие о своём диагнозе является активная наркотизация и отказ от использования стратегий защиты от инфицирования окружающих и себя, то для респондентов с преимущественно паранойяльным, эгоцентрическим и дисфорическим типами такой реакцией было вступление в незащищённые сексуальные контакты, когда о диагнозе партнёру сообщается уже после секса.

Что касается качества жизни ВИЧ-положительных респондентов, то здесь обнаруживаются следующие тенденции: наличие стабильных партнёрских отношений, их срок и позитивная оценка респондентов способны нивелировать выраженность патологических состояний, связанных с заболеванием; предыдущий опыт наркотизации и количество неудачных попыток справиться с зависимостью усугубляют психологическое состояние респондентов и сказываются на его отношении к своему заболеванию, равно как и негативная оценка имеющихся в настоящий момент отношений.



Респонденты, принимающие АРВ-терапию, демонстрируют большую устойчивость своего психологического состояния, у них больше стаж партнёрских отношений и удовлетворенность ими, а также более стабильная работа. Несмотря на то, что разные схемы АРВ-терапии предполагают разное количество таблеток, для респондентов на психологическом уровне количество принимаемых в сутки таблеток является связанным с уменьшением депрессивной и апатической симптоматики.

#### *Практические рекомендации:*

Полученные результаты наглядно подтверждают необходимость проведения психологической диагностики типа отношения к болезни и дополнительных психокоррекционных мероприятий с людьми, получившими положительный результат теста на ВИЧ. В качестве таких психокоррекционных мероприятий может выступать психологическое сопровождение людей, недавно получивших известие о своём диагнозе. Традиционная практика проведения только послетестового консультирования (консультирование, проводящееся врачом, сообщаящим человеку о диагнозе ВИЧ и являющееся одноразовой процедурой) видится в данной ситуации недостаточной, так как после получения известия человек демонстрирует острую реакцию. Иначе говоря, отношение к заболеванию в данном промежутке времени ещё не сформировано. Именно поэтому необходимо создание программы комплексного психологического сопровождения, направленной как на работу с острой реакцией человека, получившего известие о ВИЧ, так и на диагностику и коррекцию неадекватных типов отношения к своему заболеванию, и, следовательно, профилактику передачи ВИЧ другим людям, а также улучшение качества жизни ВИЧ-положительных.

### **Литература**

1. Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. О психологической диагностике типов отношения к болезни. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: Сб. науч. трудов ин-та им. В.М.Бехтерева. Л., 1990; с. 8–16.
2. Волкова А.Н. Тест «Дифференциальная оценка отношений», Социально-психологические факторы супружеских отношений- Канд. дисс., ЛГУ, 1979 г., стр. 157-158.
3. Голиусов А.Т., Дементьева Л.А., Ладная Н.Н., Туманова М.С., Монисов А.А., Семенченко М.В., Годлевский Д.В., Пшеничная В.А.. Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Отчетный период: январь 2008 - декабрь 2009 года. Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, ЮНЭЙДС, 2010.
4. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Л.: Медицина, 1985.
5. UNAIDS (2009) AIDS Epidemic Update.

## РЕЗЮМЕ

Установлена связь типов отношения к своему заболеванию у ВИЧ-инфицированных с другими социальными, психологическими и поведенческими характеристиками. Набор ВИЧ-положительных мужчин и женщин осуществлялся в различных СПИД-сервисных организациях Санкт-Петербурга. Обязательным условием участия в исследовании было наличие стабильного ВИЧ-отрицательного партнёра или партнёра с неизвестным статусом. Участники отвечали на вопросы анонимной анкеты на самозаполнение. Наиболее неблагоприятными типами отношения к болезни в контексте распространения ВИЧ являются паранойяльный, эгоцентрический, дисфорический, меланхолический, тревожный. Наличие стабильных партнёрских отношений, их срок и позитивная оценка респондентов способны нивелировать выраженность патологических состояний, связанных с заболеванием; предыдущий опыт наркотизации и количество неудачных попыток справиться с зависимостью усугубляют психологическое состояние респондентов и сказываются на его отношении к своему заболеванию, равно как и негативная оценка имеющихся в настоящий момент отношений.

## SUMMARY

To find associations between type of attitude to disease of HIV-positive persons and their different social, psychological and behavioral characteristics. HIV+ males and females were approached in HIV service organizations. Having HIV- or unknown-status steady partner was required to participate. Eligible participants completed self-administered anonymous questionnaires. Types of attitude to disease most associated with risk of HIV-transmission were paranoiac, egocentric, dysphoric, melancholic, and anxious. Presence of stable relationships, a length of this relationship and its positive evaluations lowered negative disease-associated feelings. Previous drug use experience and number of failed efforts to get over with drug abuse dramatize respondent's emotional state and have impact on attitude to disease, as a negative relationship's evaluation.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ ТУАЛЕТА У ДЕТЕЙ В МОСКВЕ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

*Каркашадзе Г. А.*

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

Процесс приучения ребёнка к горшку является важным этапом в его развитии. С точки зрения психофизиологии этот процесс закрепляет новый этап в социализации ребёнка, особенно в контексте детско-родительских отношений. Освоение этого навыка базируется на функциональной зрелости целого ряда систем организма [1]. Во-первых, речь идёт об аспектах психологической готовности: общем уровне развития; потребности в овладении навыка в рамках стремления к самостоятельности; коммуникации и взаимодействию с родителями. Во-вторых, следует говорить о соответствии требованиям уровня моторного развития. Третье - это способность контролировать мочеиспускание и дефекацию, а также зрелость системы мочеиспускания и дефекации в целом. Кроме того, не стоит забывать о социальном аспекте: факторе семьи, включая идеологию и установки, внутрисемейный климат, готовность к обучению ребёнка и предлагаемые методы обучения [2].

В нашей стране практические трудности, с которыми сталкиваются родители, усугубляются отсутствием внятной единой информационно-рекомендательной базы со стороны профессиональных сообществ: врачей, психологов и педагогов. С точки зрения общественно-социальных запросов, главной задачей для медицинской науки в настоящее время следует считать формирование методических рекомендаций по приучению к горшку, а также профессиональное информирование населения по данной проблеме в целом. Между тем, хорошо известно, что в России не существует какой-либо научно-информационной базы по данной проблеме, а основные рекомендации по приучению детей к горшку формулировались классиками отечественной психологии и педагогики в середине прошлого века без опоры на фактический материал. Таким образом, на настоящее время какие-либо продуктивные действия медицинского сообщества в освещении и решении данной проблемы упираются в отсутствие достоверной научной информации о состоянии проблемы в стране.

В связи с этим, Союз Педиатров России приступил к научному исследованию проблемы формирования туалетных навыков у детей. На первом этапе, которое проводится нашим учреждением, ретроспективно исследуется состояние проблемы в условиях крупного города (г. Москва) на основе анкетирования родителей психически здоровых детей в возрасте от 2 до 5 лет. Целью работы является изучение формирования туалетных навыков у психически здоровых детей в г. Москве. Анкеты разработаны экспертами Союза педиатров в области детской неврологии, урологии, гастроэнтерологии, психологии и состоят из 55 вопросов. Заполнение анкет осуществлялась непосредственно исследователями на основе собеседования с родителями.

Всего планируется опросить 1000 родителей, что является достаточным условием для репрезентативности выборки. В настоящей статье представлены предварительные результаты исследования на основании статистической обработки 400 анкет.

Согласно полученным данным, средний возраст начала приучения к горшку составляет 15.45 мес., а средний возраст окончания приучения к горшку – 25.03 мес. На начало обучения влияет текущее время года: более 19% и 17% родителей начинают процесс приучения в мае и июне, реже всего процесс приучения начинают в январе, феврале (более 3%) и в ноябре (2.8%). Выявлено, что среди источников информации о приучении к горшку для родителей доминируют друзья, знакомые и родственники (у 29% родителей), специалисты (врачи и психологи) являлись главными источниками информации всего лишь для 21% процента родителей, около 17% основывались на собственном опыте, а чуть более 16% - на данных научно-популярной литературы, другие источники информации использовались 17% родителей. Установлено, что 28.7 % родителей предпринимали 2 попытки приучения, а 7.9% - 3 попытки приучения. Средняя длительность удачных попыток приучения составила 11.13% , а неудачных - 5,37%. Выявлено, что в целом, чем раньше начиналось приучение к горшку, тем раньше оно заканчивалось. Однако длительность процесса приучения оказалась тем выше, чем раньше он инициировался вплоть до возраста 27 месяцев: при начале в возрасте от 9 до 15 месяцев процесс продолжался более 8 месяцев, при начале в возрасте от 15 до 18 мес. – 7.85 мес., при начале от 18 до 21 мес. – уже 4.9 мес., при начале от 21 до 27 мес. – всего более 1.5 месяцев. Однако при начале приучения с возраста позже 27 мес. вновь фиксируется затягивание процесса до более 5 месяцев. Таким образом, наиболее быстро приучение осуществляется в возрасте детей от 18 до 27 месяцев, что совпадает с данными зарубежных исследователей [2,3]. Успешность приучения связана со следующими факторами: количеством детей в семье, взглядами родителей на воспитание детей, материальным положением и уровнем образования семьи, составом лиц, который проводит основное время с ребёнком).

Таким образом, можно заключить, что процесс приучения к горшку здорового ребёнка зависит от ряда семейно-социальных факторов и более быстро осуществляется в возрасте ребёнка от 18 до 27 месяцев. Полные окончательные данные исследования будут опубликованы в специализированном педиатрическом издании. По завершении первого этапа исследования предполагается второй этап – проспективное сравнительное исследование методов формирования навыков туалета у здоровых детей в г. Москве.

## Литература

1. Студеникин В.М., Шарков С.М. Ретроспективная оценка международной практики подходов к «туалетному обучению» детей // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – т.8. - №5. –с. 51-55.

2. Mota D., Barros A., Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions.//J. Pediatr. – 2008. - №84. – P. 9-17.
3. Brazelton T.B. A child-oriented approach to toilet training.// Pediatrics. -1962. -V.29. -V.149. -P.165-168.

## РЕЗЮМЕ

Приучение ребёнка к горшку является важным этапом развития ребёнка. Это процесс сопряжен с формированием многих систем организма. В настоящее время отсутствуют научные данные о процессе приучения детей к горшку в Россию. Вследствие этого официально не сформированы рекомендации российских педиатров по приучению к горшку. Нашим центром проводится ретроспективное исследование формирования навыков туалета у детей в Москве. В статье представлены предварительные данные проведенного исследования на выборке из 400 родителей. Установлено, что средний возраст начала приучения детей к горшку в Москве составляет 1г. 3 мес., а наиболее быстро приучение осуществляется при его начале в возрасте от 18 до 27 месяцев. Успешность приучения к горшку связана с семейно-социальными факторами (доходом, уровнем образования, составом лиц, которые проводят основное время с ребёнком, количеством детей в семье, взглядами на воспитание на детей и др.).

## SUMMARY

Toilet training is the important stage of the infant development. This process is integrated to formation of many systems of an organism. Now there are no scientific dates about toilet training process in Russia. In consequence of that the recommendations of Russian pediatricians are not generated yet. Our Center has organized the retrospective investigation of formation of toilet skills in children in Moscow region. In the article results of 400 sampling parents are presented. It was established that in Moscow middle age of the beginning of the toilet training was 1year 3 months, most effective the process was if it was started in the age from 18 till 27 months.

Success of the toilet training well connected with family-social factors (income, educational level, structure of persons who spend main time with the child, amount of children in family, look at education, etc.).

# ПСИХОЛОГ В СИСТЕМЕ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДИЗОНТОГЕНЕЗОМ ЯЗЫКА И РЕЧИ

*А.Н. Корнев*

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая  
медицинская академия*

Процесс дифференциации направлений прикладной психологии 10 лет назад привел к появлению таких специальностей, как «клинический психолог» и «специальный психолог». Генетически эти два направления различаются. Клиническая психология уходит корнями в психиатрию, в то время как специальная психология – в дефектологию. В систему оказания помощи детям с аномалиями психического развития в зависимости от типа учреждения (медицинского или образовательного) включены как клинические, так и специальные психологи. По многим нозологиям сферы влияния тех и других специалистов перекрываются. Это касается, например, детей с задержками психического развития, детским аутизмом, умственной отсталостью. Дети же с нарушениями устной и письменной речи остаются обойденными вниманием и тех и других психологов.

Психологи крайне мало знают о разнообразных и многочисленных психологических проблемах, существующих у таких детей. Весьма редко они оказываются включенными в систему оказания помощи таким детям. По давно сложившейся традиции все проблемы речевого развития относят к компетенции логопеда. В качестве наглядного показателя состояния вопроса можно привести единственный пока учебник специальной психологии для ВУЗов под ред. В.В. Лубовского [7]. В нем отсутствует раздел, посвященный психологии детей с недоразвитием речи. Отчасти это можно объяснить недостаточной изученностью в России психологических особенностей таких детей. Подобная ситуация представляется парадоксальной, поскольку в трудах многих классиков возрастной психологии (Л.С. Выготского, Ж. Пиаже, М.И. Лисиной) тема речи в ее связях с формированием мышления занимает огромное место. В европейских странах и США эти вопросы изучены на несколько порядков лучше.

Целью настоящего сообщения является краткий обзор психологических исследований, посвященных нарушениям речевого развития. Речь пойдет о таких его видах, как моторная алалия, дизартрия, дисграмматизм, дислексия, дисграфия.

Сопоставление западных и отечественных исследований затрудняется тем, что в номенклатуре речевых расстройств, принятой в Европе и США, за исключением дизартрии, нет прямых аналогов синдромам, выделяемым в отечественной логопатологии. Например, термин «дислексия» используется как в России, так и на Западе, но практика его использования в отечественной логопедии существенно отличается от международной. Логопеды России его

применяют к любым трудностям в освоении чтения, а не только к специфическим избирательным расстройствам, как принято во всем мире (подробнее см. [4]). Термин «дисграфия» в России обозначает нарушения у детей с трудностями овладения правописанием, а в англоязычном сообществе – детей с нарушениями почерка.

В русле западных исследований нарушений устной речи большего всего публикаций посвящено таким нарушениям развития устной речи, как вербальная апраксия развития («developmental verbal apraxia» или «developmental apraxia of speech») и специфическое нарушение языкового развития (specific language impairment – SLI). Большинство западных исследователей указывают на высокую степень коморбидности при SLI. Указывается на такие нарушения когнитивной сферы, как дефицит оперативной памяти на невербальный материал, нарушения зрительно-пространственного гнозиса, нарушения моторной координации, незрелость игровой деятельности, [1], [5], [14], [15], [16]. В редких исследованиях российских психологов у детей с так называемым «общим недоразвитием речи» обнаружены многочисленные психологические проявления, общие как для этих детей, так и для детей с ЗПР [8]. Тем не менее, исследований по психологической коррекции ЗПР много, а по психологической коррекции недоразвития речи – практически нет.

Число западных публикаций, посвященных дислексии, чрезвычайно велико. Большинство ученых подтверждают высокую коморбидность при дислексии. Отмечают повышенный риск депрессивных и тревожных расстройств, СДВГ и отклоняющегося (делинквентного) поведения [18].

На протяжении более чем 30 лет нами проводились мультидисциплинарные, клиничко-психологические исследования детей с разными формами недоразвития речи и детей с дислексией [4], [5]. Ниже представлен краткий обзор полученных материалов.

#### Психологические аспекты недоразвития речи

Недоразвитие речи (НР) у детей как форма психического дизонтогенеза проявляется по-разному с точки зрения полиморфизма симптоматики и сложности психологической картины. Согласно нашей классификации правомерно различать тотальные и парциальные формы недоразвития речи. Первые проявляются в виде симптомов и синдромов, охватывающих все уровни языка как системы: фонологии, лексики, грамматики, а в ряде случаев и прагматики речи. Практически всегда такие случаи демонстрируют высокую степень заинтересованности неречевых когнитивных функций, специфические особенности эмоционально-волевой сферы (симптомы эмоционально-волевой незрелости, складывающиеся в синдромы психического инфантилизма) и ряд других неврозоподобных и резидуально-органических синдромов. Системный анализ психического развития в лонгитуде показывает, что большинство таких детей имеют симптомы дисгармонии когнитивного развития, которое обычно сопровождается диспропорциональным развитием интеллектуальных способностей. У большинства таких детей при исследовании интеллекта по АВМ-WISC отмечается низкий уровень большинства вербальных субтестов, кроме с/т «Понятливость». Статистический анализ всего массива данных

показал, что на низком уровне у них находятся так называемые «декларативные знания» [10], которые усваиваются в вербальной форме от взрослых. Они не основываются на личном опыте. Поэтому в субтесте «Понятливость» оценки не отличаются от нормы, так как в нем оцениваются знания, приобретенные в социальном опыте. Наиболее слабыми когнитивными функциями являются оперативная память на вербальный и сукцессивно организованный материал [5]. E. Bates в обзоре исследований по этому вопросу отмечает, что детям с SLI достоверно труднее даются задачи, в которых алгоритм решения представлен в неявной форме и допускает многовариантные решения [12].

Другая сфера, в которой были обнаружены достоверные отличия детей с НР от здоровых сверстников – символическая и сюжетно-ролевая игра. У детей с SLI была обнаружена незрелость игрового поведения. У таких детей освоение уровней игры, соответствующих возрасту происходит с запаздыванием по сравнению со здоровыми сверстниками [19]. Хотя этот вид деятельности прямого отношения к речевому развитию не имеет, он чрезвычайно важен для формирования способности к овладению «социальными играми» [2]. В конечном счете, этот недостаток существенно ограничивает возможности личностного роста и социализации.

Непосредственно к вышеприведенному синдрому прилежит трудность овладения коммуникацией, как поведенческой стратегией, то есть прагматическим аспектом речевого общения. У детей с недоразвитием речи отмечается довольно высокая фрустрационная уязвимость в ситуациях коммуникативных неудач, установления партнерских отношений в детском социуме. В большинстве случаев тотального недоразвития речи коммуникативные трудности в широком смысле этого слова (т.е. трудности ведения дискурса с социумом) сохраняются и в подростковом возрасте.

Совершенно очевидно, что весь перечисленный список проблем у таких детей относится к компетенции клинического психолога. Логопед профессионально не готов их решать.

#### Модель комплексной абилитации детей с НР

Применительно к этой категории детей оптимальной представляется следующая модель коррекционной работы.

Состав рабочей группы: логопед, психолог, психоневролог. Описание диагностических задач, которые решают члены рабочей группы, мы намеренно опускаем, так об этом написано достаточно много [1], [5], [6].

Коррекционные задачи, которые решает логопед:

- формирование языковых средств,
- коррекция звукопроизношения,
- формирование фонематических представлений,
- связной речи, навыков речевого диалога.

Коррекционные задачи, которые решает психолог<sup>1</sup>:

---

<sup>1</sup> Мы намеренно не уточняем квалификацию психолога, так в зависимости от типа учреждения (медицинское, образовательное) это может быть как клинический, так и специальный психолог



- коррекция нарушенных когнитивных неречевых функций,
- формирование игровой компетенции,
- формирование коммуникативных навыков,
- предупреждение и коррекция невротических осложнений, обусловленных коммуникативной фрустрацией,
- гармонизация детско-родительских отношений.

Коррекционные задачи, которые решает психоневролог<sup>1</sup>:

- психопатологический анализ клинической картины,
- дифференциальный диагноз первичных и вторичных синдромов дизонтогенеза,
- медикаментозная поддержка,
- психотерапевтическая помощь в случаях наличия невротических расстройств.

Психологические аспекты дислексии.

Ввиду недостаточной осведомленности психологов и врачей относительно данного термина позволим себе краткое отступление, приведя его определение. В данной статье речь пойдет о той категории детей, которая отвечает следующему определению: «Специфическими нарушениями чтения или дислексией называют состояния, основное проявление которых — стойкая, избирательная неспособность овладеть навыком чтения, несмотря на достаточный для этого уровень интеллектуального (и речевого) развития, отсутствие нарушений слухового и зрительного анализаторов и наличие оптимальных условий обучения.

Осевым нарушением при этом является стойкая неспособность овладеть слогослиянием и автоматизированным чтением целыми словами, что нередко сопровождается недостаточным пониманием прочитанного. В основе расстройства лежат нарушения специфических церебральных процессов, составляющих функциональный базис навыка чтения» [5, стр. 50]. Из всех речевых нарушений школьного возраста (за исключением заикания) это самое тяжелое и труднопреодолимое. По мнению многих западных исследователей дислексия это пожизненный диагноз. Несмотря на то, что по определению дислексия представляет собой избирательное нарушение, она очень часто сопровождается полиморфной патопсихологической и психопатологической симптоматикой. Хотя традиционно в России считается, что причины трудностей в овладении чтением кроются в речевой и языковой сфере, на самом деле это не совсем так, а нередко и совсем не так. Анализ наших наблюдений показал, что около половины случаев дислексии (мы назвали такую дислексию «дисгнозической») возникают у детей с нормой речевого развития. Основные механизмы в таких случаях имеют нейрокогнитивную природу. У второй половины дислексиков (отнесенных нами к «дисфазической» форме дислексии) всегда имеется рече-языковая

---

<sup>1</sup> На самом деле это осуществляет психиатр или невролог, в зависимости от предпочтений (и избеганий) со стороны родителей.

недостаточность, но, тем не менее, при этом всегда обнаруживаются определенные когнитивные нарушения, образующие типичный паттерн [5]. Из когнитивных функций, функциональный дефицит которых закономерно встречается при дислексии можно назвать следующие:

- неполноценность сукцессивных форм обработки,
- фиксации и воспроизведения информации,
- поздно созревающие способности к вербализации и категоризации образного опыта,
- незрелость изобразительных способностей,
- неполноценность зрительно-моторной координации,
- инфантильно-астенический тип расстройства памяти (по С.С.Мнухину),
- дефицит оперативной памяти,
- повышенную фрустрационную уязвимость, входящую в преневротический радикал [3], на основе которого нередко формируется «фобия чтения», генерализующаяся иногда в т.н. «школьную фобию».

Особо следует отметить весьма распространенные нарушения детско-родительских отношений, выражающиеся в гипернозогнозическом отношении к проблеме и третирующем поведении по отношению к ребенку. На неосознанном уровне он рассматривается как виновник социальной неудачи семьи. По нашим наблюдениям на более чем в 80 случаях дислексии подобная позиция встречается в 70-75% семей.

Модель комплексной абилитации детей с дислексией.

По нашему глубокому убеждению, дислексия в еще большей степени, чем предыдущая описанная группа, нуждается в комплексном подходе к абилитации. Это связано с двумя обстоятельствами: чрезвычайной востребованностью навыка чтения в современной жизни и значительной стойкостью нарушений чтения. В ряде случаев (например, при позднем обращении) преодолеть дислексию шансов почти нет. В таких случаях на первый план выступают задачи психологической и психотерапевтической помощи для предупреждения или преодоления социальной дезадаптации. Применительно к этой категории детей оптимальной представляется следующая модель коррекционной работы.

Состав рабочей группы: логопед, психолог, психоневролог. В случае дислексии диагностические задачи, стоящие перед психологом, малоизвестны и поэтому мы считаем необходимым кратко осветить этот вопрос.

Диагностические задачи, которые решает психолог:

- диагностика интеллектуального развития, включающей характеристику его структуры,
- исследование когнитивных предпосылок чтения,
- оценка родительской позиции в отношении проблем ребенка,
- оценка степени фрустрированности ребенка по отношению к трудностям в учебе.

Коррекционные задачи, которые решает психолог<sup>1</sup>:

- коррекция нарушенных когнитивных неречевых функций,
- формирование игровой компетенции,
- формирование коммуникативных навыков,
- предупреждение и коррекция невротических осложнений, обусловленных коммуникативной фрустрацией,
- гармонизация детско-родительских отношений.

Коррекционные задачи, которые решает логопед:

- формирование языковых средств,
- коррекция звукопроизношения,
- формирование фонематических представлений, связной речи, навыков речевого диалога.

Коррекционные задачи, которые решает психоневролог<sup>2</sup>:

- психопатологический анализ клинической картины,
- дифференциальный диагноз первичных и вторичных синдромов дизонтогенеза,
- медикаментозная поддержка,
- психотерапевтическая помощь в случаях наличия невротических расстройств.

## Литература

1. Белова-Давид Р.А. Нарушения речи у дошкольников. М., 1972.
2. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений.– К.: PSYLIB, 2004.
3. Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение. Л., «Медицина», 1977.
4. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей (3-е изд.).- СПб.: Речь, 2003.
5. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты.– СПб.: Изд. «Речь», 2006.
6. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., «Педагогика», 1989.
7. Лубовский В.И. (Ред.) Специальная психология. – М.: Изд. центр «Академия», 2005.
8. Переслени Л.И., Фотекова Т.А. Особенности познавательной деятельности младших школьников с недоразвитием речи и с задержкой психического развития // Дефектология, 1993, № 5.

---

<sup>1</sup> Мы намеренно не уточняем квалификацию психолога, так в зависимости от типа учреждения (медицинское, образовательное) это может быть как клинический, так и специальный психолог.

<sup>2</sup> На самом деле это осуществляет психиатр или невролог, в зависимости от предпочтений (или избеганий) со стороны родителей.

9. Фотекова Т.А. Сочетание нарушений познавательной и речевой сфер в структуре дефекта у детей с общим недоразвитием речи //Дефектология, 1994, № 2,с. 9-13.
10. Anderson, J. R. Language, memory, and thought. – Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1976.
11. Akshoomoff N. Perceptual Organization and Visual Immediate Memory in Children with Specific Language Impairment//J. Int. Neuropsychol. Soc.– 2006.–V.12.– №4.– P. 465–474.
12. Bates E., Thal D., Marchman V. Symbols and Syntax: A Darwinian Approach to Language Development //In:N.Krasnegor,D. Rumbaugh, R.Schiefelbusch,M.Studdert-Kennedy (Eds.) Biological and Behavioral Determinants of Language Development.Hillsdale, 1991.- P.29-66.
13. Fabelo T., Austin J., Gunter A. The Impact of Ignoring Dyslexia and Reading Disabilities in the Criminal Justice System: What We Know and Need to Know / Report to the Dyslexia Research Foundation of Texas. JFA Associates/The Institute. – Washington, D.C., Austin, Texas, 2004.
14. Hick R, Botting N, Conti-Ramsden G. Cognitive abilities in children with specific language impairment: consideration of visuo-spatial skills// Int. J. Lang. Commun. Disord.– 2005.–V.40.–N.2.– P.137-149.
15. Hill E.L. Nonspecific nature of specific language impairment: a review of the literature with regard to concomitant motor impairments//Int. j. lang. comm. Disorders.–2001.–V.36.–№2.–P. 149–171.
16. Johnston J.R. Cognitive abilities of children with language impairment // In: "Specific language impairments in children Communication and language intervention series. v.4, Watkins R.V., Rice M. (Eds.), Baltimore,1994, p.107-121.
17. Rescorla, L., Goossens, M. Symbolic play development in toddlers with expressive specific language impairment (SLI-E) // Journal of Speech and Hearing Research.–1992.–V.35.–№6.–P. 1290-1302.
18. Sundheim, S. ,Voeller, K. Psychiatric Implications of Language Disorders and Learning Disabilities: Risks and Management // J. of Child Neurology.– 2004.–V.–19.– Issue 10, P 814-827.
19. Wolanski A.L. The use of play observation measures to identify kindergarten children at risk for future learning disabilities / Thesis...for the degree of Doctor of Education. – Dept. of Human Development and Applied Psychology,University of Toronto, 2001.

## РЕЗЮМЕ

Психологические аспекты нарушений речевого развития остаются крайне слабо изученными. Приводится краткий обзор данных, освещающих особенности ряда невербальных психологических характеристик у детей с нарушениями речевого развития и нарушениями письменной речи.

На основании данных зарубежных исследователей и собственных исследований аргументируется необходимость участия психологов в диагностической и коррекционной помощи детям с недоразвитием речи и дислексией. Предлагаются модели комплексной абилитации таких детей, в которых важное место отводится психологам и психоневрологам.

## SUMMARY

Today there is small amount of publications in Russia about psychological aspects of developmental speech and language disorders. A brief review of publications related to nonverbal functions in language disordered and dyslexic children are presented.

On the background of authors personal and other scientists results some arguments are presented in favor of necessity for psychologists to take part in treating children suffered from developmental speech disorders or dyslexia. Several integrated habilitation models for such children are suggested, which imply the psychologists and psychiatrists participation.

## **К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ В КЛИНИЧЕСКОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

*Л.П. Лассан*

*Российский государственный педагогический университет  
им. А.И. Герцена*

Клиническая нейропсихология детского возраста остается до сих пор мало разработанной областью нейропсихологии. Исследование Э. Г. Симерницкой (1985) на протяжении 25 лет остается самым цитируемым отечественным источником сведений о нарушениях психических функций у детей с верифицированными локальными повреждениями головного мозга [10], [12].

Бурное развитие нейропсихологии детского возраста в последнее десятилетие связано в основном с исследованием так называемых неблагополучных детей, испытывающих трудности в обучении и развитии, таким образом, изучаются вопросы не клинической, а дифференциальной нейропсихологии детского возраста [2], [4], [5], [9]. В подавляющем большинстве работ исследуются нарушения психической деятельности, возникающие при топически не верифицированных морфофункциональных изменениях головного мозга: минимальных мозговых дисфункциях, задержках психического развития различного генеза [1], [3], [7], [8], [11], [14], [15]. Результатом этих исследований явилось описание различных нейропсихологических синдромов отклоняющегося развития.

В работах, посвященных вопросам клинической нейропсихологии, приводятся данные о нарушениях отдельных психических функций при разных очаговых поражениях головного мозга и наиболее часто описываются нарушения речи, зрительного и зрительно-пространственного гнозиса [6], [12]. Вместе с тем, интегрировать полученные результаты сложно в силу малочисленности групп больных, разнородных по возрасту, полу, виду церебральной патологии, локализации и латерализации мозгового повреждения.

До настоящего времени попытки описания нейропсихологических синдромов у детей разных возрастных групп с локальными поражениями мозга весьма малочисленны и противоречивы. Нейропсихологические синдромы у таких детей описываются как специфические, атипичные, совершенно отличные от известных у взрослых по особенностям нарушений высших психических функций и по факторам, лежащим в их основе. Одно из основных отличий нейропсихологии детского возраста от традиционной клинической нейропсихологии состоит в незавершенности развития, как мозга, так и различных систем высших психических функций. В связи с этим ряд авторов высказывает мнение, что традиционный лурьевский синдромный анализ, опирающийся на выделение фактора (группы факторов), который определяет первичный дефект, не корректен в применении к детскому возрасту [13, 60].

Гетерохронность созревания мозговых структур, а также специфика процессов межполушарного и внутрислошарных взаимодействий в условиях патологического цереброгенеза находится в тесной связи с возрастом ребенка, поэтому можно предполагать, что выявленный при нейропсихологическом исследовании симптомокомплекс нарушенных и/или несформированных когнитивных функций детерминирован в первую очередь возрастом больного.

В нашем исследовании впервые в отечественной психологической науке на большом клиническом материале (689 пациентов), верифицированном современными визуальными методиками (КТ, МРТ) и в процессе хирургического лечения, получены сведения об особенностях когнитивной сферы у детей четырех возрастных групп (7-9, 10-12, 13-15 и 16-18 лет) обоего пола с церебральной патологией. С помощью комплекса патопсихологических и нейропсихологических методик проведено сравнительное исследование различных показателей памяти, внимания, речи, гнозиса, праксиса, чтения, письма и счета у больных с арахноидальными кистами головного мозга (142 чел.), опухолями головного мозга (352 чел.), цереброваскулярной патологией (117 чел.), гидроцефалией (78 чел.) и у здоровых детей (119 чел.).

При анализе обширного эмпирического материала была выдвинута гипотеза, что на состояние психической деятельности больных детей оказывают влияние две группы факторов: общие для всех индивидов свойства (возраст и пол) и специфические особенности нейрохирургической патологии (вид, латерализация и локализация). Для выявления закономерностей нарушений психических функций и лежащих в основе этого причин была осуществлена всесторонняя статистическая обработка полученных данных, которая включала вычисление средних величин, стандартных отклонений, значимости различий, а также дисперсионный, корреляционный, факторный, регрессионный и дискриминантный анализ.

При изучении влияния индивидуальных свойств и особенностей церебральной патологии на когнитивные функции больных детей получены новые научные данные.

При патологии головного мозга, так же как и в норме, проявляется сильная зависимость показателей психических функций от возраста.

Выявлена прогрессивная тенденция возрастной динамики в виде увеличения показателей памяти и объема внимания, а также уменьшения выраженности нарушений восприятия, двигательной сферы, речевых функций. Эта закономерность на значимом уровне выражена в возрастных группах при всех видах патологии и у здоровых до 15 лет, в старшем возрасте отмечена у больных с арахноидальными кистами.

Обнаружено, что чем старше больные дети, тем менее выражены у них нарушения психических функций относительно возрастной нормы. С увеличением возраста пациентов имеет место тенденция к сближению данных больных и здоровых детей, особенно это касается показателей высших корковых функций - гнозиса и праксиса.

Возрастная динамика нарушений определяется видом патологии. Во всех возрастных группах наибольшие нарушения психических функций обнаружены

у больных с врожденной гидроцефалией, которая характеризуется обширными диффузными повреждениями головного мозга.

При опухолях супратенториальной локализации выявлено влияние характера развития патологического процесса (доброкачественная / злокачественная опухоль) на выраженность психических функций, при этом обнаружена зависимость этого влияния от возраста больного: в младших возрастных группах нарушения памяти свидетельствуют о медленно протекающем патологическом процессе (доброкачественная опухоль), в старших возрастных группах эта тенденция нивелируется. Более выраженные нарушения двигательной сферы (динамического праксиса, реципрокной координации), гнозиса, отдельных функций речи в большей степени свойственны больным со злокачественными опухолями, как в младшем, так и старшем школьном возрасте. При опухолях субтенториальной локализации (мозжечка, IV желудочка, ствола мозга) во всех возрастных группах отмечается тенденция к менее выраженным нарушениям когнитивных функций при злокачественном опухолевом процессе.

Степень нарушения психических функций у исследованных детей зависела также от их пола. У мальчиков всех возрастов были выявлены более выраженные нарушения когнитивных функций по сравнению с нормой, чем у девочек. При этом во всех сравниваемых клинических группах значимые отличия от нормы чаще были отмечены в возрастных периодах, соответствующих началу полового созревания (13-15 лет у мальчиков, 10-12 лет у девочек).

Влияние фактора пола на состояние психической деятельности больных детей, как и влияние фактора возраста, зависело от характера мозговой патологии: при сосудистой патологии и арахноидальных кистах оно было наибольшим, при опухолях и, особенно, гидроцефалии – практически нивелировалось.

Влияние фактора латерализации поражения головного мозга в наибольшей степени проявлялось при сосудистой патологии, в наименьшей – при кистах. Левополушарные патологические процессы чаще, чем правополушарные, вызывали нарушения всех исследованных психических функций. Эта тенденция более отчетливо проявлялась в младших возрастных группах.

С увеличением возраста наблюдалось уменьшение частоты нарушений психических функций у больных детей как с левополушарной, так и с правополушарной патологией (особенно у пациентов с арахноидальными кистами и сосудистыми заболеваниями).

Таким образом, обнаружена следующая закономерность: чем более интенсивной и распространенной является патология головного мозга, тем меньшее влияние на состояние когнитивной сферы ребенка оказывают его индивидуальные свойства (общие факторы: возраст и пол), и наоборот.

Полученные результаты расширяют теоретические представления об особенностях реализации психических функций у детей и подростков в условиях церебральной патологии с учетом особенностей



морфофункционального созревания мозга в целом, а также совершенствования процессов интеграции и специализации его отдельных структур.

### Литература

1. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: Учебное пособие. / Под ред. Л.С. Цветковой. - М.: 2001.
2. Ахутина Т. В., Пылаева Н. М. Методология нейропсихологического сопровождения детей с неравномерностью развития психических функций // А. Р. Лурия и психология XXI века. Доклады II Международной конференции, посвященной 100.летию со дня рождения А. Р. Лурия / Под ред. Т. В. Ахутиной, Ж. М. Глоzman — М.: Смысл, 2003. — С. 181–189.
3. Заваденко Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. — М.: Академия, 2005.
4. Корнев А. Н. Нарушения чтения и письма у детей. — СПб.: Речь, 2003.
5. Корсакова Н. К., Микадзе Ю. В., Балашова Е. Ю. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении. — М.: Педагогическое общество России, 2001.
6. Красовская О. А. О нарушениях зрительно.перцептивных функций при очаговых поражениях мозга в детском возрасте //Проблемы медицинской психологии / Под ред. А. Н. Леонтьева, Е. Д. Хомской, Е. Ю. Артемьевой. — М.: МГУ, 1980.
7. Лебединский В. В. Нарушение психического развития у детей. —М.: Академия, 2003.
8. Марковская И. Ф. Задержка психического развития (клинико-нейропсихологическая диагностика. — М.: Компенс.центр, 1993.
9. Микадзе Ю. В. Дифференциальная нейропсихология детского возраста // Вопросы психологии, 2002.№ 4.С. 111–119.
- 10.Микадзе Ю. В. Нейропсихология детского возраста // М.: Питер, 2008.
- 11.Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. — М.: Академия, 2002.
- 12.Симерницкая Э. Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. — М.: МГУ, 1985.
- 13.Цветкова Л.С., Цветков А.В. Проблема фактора в нейропсихологии детского возраста // Вопросы психологии, 2008. № 6. С 57-65.
- 14.Breier J., Simos P., Fletcher J. Abnormal Activation of Temporoparietal Language Areas During Phonetic Analysis in Children With Dyslexia // Neuropsychology. 2003. Vol. 17. № 4.
- 15.Hopkins-Golightly T., Raz S., Sander C. Influence of slight to moderate risk for birth hypoxia on acquisition of cognitive and language function in the preterm infant: a cross-sectional comparison with preterm- birth controls // Neuropsychology. 2003. Vol. 17. № 1.

## РЕЗЮМЕ

Проанализированы результаты нейропсихологического исследования 808 детей и подростков 7 – 18 лет, из них 689 – больные с локальными поражениями головного мозга (опухолями, кистами, сосудистой патологией, гидроцефалией), 119 – здоровые. Обосновывается гипотеза, что на состояние психических функций больных детей оказывают влияние две группы факторов: общие для всех индивидов свойства (возраст и пол) и специфические особенности патологии (вид, латерализация и локализация).

## SUMMARY

The results of neuropsychological examination of 808 children and adolescents from 7 to 18 years old (689 with focal brain lesions – tumors, cysts, vascular pathology, hydrocephalus; 119 – healthy children) were analyzed.

The hypothesis proves, that the condition of mental functions of sick children is influenced by two groups of factors: the general for all individuals of property (age and sex) and specific features pathologies (a kind, lateralization and localization).

# КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ У ЖЕНЩИН, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ К ВРАЧАМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

*Н.В. Лохматкина*

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования*

**Актуальность проблемы.** В последние 15 лет проблема семейного насилия привлекает к себе все большее внимание исследователей. Такой повышенный интерес обусловлен ее повсеместной распространенностью и неблагоприятным влиянием на личность и здоровье всех членов семьи [7], [8], [14]. Одним из вариантов данной семейной дисфункции является насилие со стороны супруга/партнера, направленное против женщин [3]. Насилием со стороны супруга/партнера (синоним «партнерское насилие») считается любое поведение в рамках интимных отношений, которое является причиной физического, психологического и сексуального ущерба для одного из участников этих отношений. Такое поведение может включать в себя акты физической агрессии, психологическое насилие, принудительный половой акт, различные проявления контролирующего поведения [9].

В РФ в 93 % случаев жертвами семейного насилия становятся женщины, в 7 % мужчины [1]. От 4 до 41 % женщин подвергались физическому и/или сексуальному насилию со стороны супруга/партнера когда-либо в жизни, а от 2 до 8 % - за последний год [2], [11], [12]. В 30-60 % семей, где жестокому обращению со стороны супруга/партнера подвергаются женщины, свидетелями и/или объектами насилия становятся дети [6]. Неблагоприятное влияние семейного насилия на личностное развитие и здоровье детей продемонстрировано в многочисленных исследованиях [5], [8], [13].

Доказано негативное влияние насилия со стороны супруга/партнера на физическое, репродуктивное и психическое здоровье женщин вследствие чего они чаще, чем женщины, никогда не подвергавшиеся насилию, обращаются за медицинской помощью к врачам общей практики [4], [9], [15-18]. Согласно образовательному стандарту профессиональной подготовки [10] врачи общей практики (семейные врачи) должны знать проблематику семейного насилия и уметь оказывать медико-психолого-социальную помощь всем членам семьи. Однако на практике данные требования не выполняются.

**Цель исследования** – в условиях общей врачебной практики установить частоту встречаемости насилия со стороны супруга/партнера, направленного против женщин, и выделить его социальные и психологические маркеры риска (в связи с задачами организации лечебно-психологической помощи семье).

Для достижения поставленной цели был использован клинико-психологический метод, который включал:

1. Получение информации о характере семейных отношений во время беседы

2. Социально-демографическую анкету, составленную для данного исследования

3. Анкету «Алкоголь и наркотики» – для выявления признаков злоупотребления алкоголем и употребления наркотиков [20].

4. Разработанную и апробированную нами русскую версию методики «Составная шкала насилия» [19]. Методика широко используется в мире в условиях общей врачебной практики при изучении частоты встречаемости и маркеров риска насилия со стороны супруга/партнера, направленного против женщин. Опросник представляет собой шкалу самоотчета, где женщина указывает частоту актов физической агрессии, психологического подавления, сексуального принуждения и контролирующего поведения, которые применял по отношению к ней супруг/партнер за временной промежуток 12 мес. в настоящем или прошлом.

Клинико-психологический метод был использован при изучении следующего материала: с апреля по ноябрь 2007 г. было проведено одномоментное поперечное многоцентровое исследование. На первом этапе из всех отделений общей врачебной практики поликлиник Санкт-Петербурга (n = 46) случайным методом было отобрано 24. На втором этапе в этих отделениях с помощью пакета опросников, входящих в клинико-психологический блок методик, было обследовано 1232 женщины. Критериями включения в исследование были: 1) возрастной диапазон 15-70 лет; 2) обращение в отделение общей практики за медицинской помощью; 3) состояние здоровья, позволяющее самостоятельно заполнить пакет опросников; 4) отсутствие рядом сопровождающих лиц мужского пола и детей старше 7 лет.

Принять участие в исследовании согласились 70% женщин, соответствующих критериям включения. Средний возраст респондентов составил 43 года (16-70 лет; среднее квадратичное отклонение (СКО) = 15). Среднее количество лет, затраченных на получение образования – 14,4 года (СКО = 4,5). Большинство респондентов состояли в близких отношениях с супругом/партнёром в течение последнего года (740/1197; 61,8 %), 457 человек (38,2 %) указали, что имели такие отношения в прошлом. У 31 респондентов никогда не было интимных отношений, поэтому их анкеты были исключены из последующих расчётов. Основные социально-демографические характеристики респондентов представлены в табл. 1.

Таблица 1

Социально-демографические характеристики респондентов

Признак	Абсолютные числа	%
Работают (n=1197)	839	70,1
Владеют домом/квартирой, в которой проживают (n=1192)	949	79,3
В семье есть автомобиль (n=1193)	587	49,0

Признак	Абсолютные числа	%
Есть дети (n=1197)	871	72,8
Беременность в течение последних 12 мес. (n=1187)	39	3,3
Беременность на момент исследования (n=1187)	29	2,4
Семейное положение (n=1194)		
Зарегистрированный брак	550	45,9
Сожительство	166	13,9
Разведена	167	14,0
Вдова	143	11,9
Никогда не была в браке	166	13,9
Проживают совместно с супругом/партнёром (n=1191)	687	57,4

Полученные данные были подвергнуты статистико-математической обработке с применением пакетов программ Statistica и Stata. Чтобы найти частоту встречаемости насилия со стороны супруга/партнера в анамнезе рассчитывали долю респондентов с суммарными баллами по «Составной шкале насилия» и ее субшкалам, большими или равными отрезным точкам относительно всех респондентов, имевших интимных партнеров [19]. Была использована логистическая регрессия и метод Пирсона, чтобы исследовать статистические ассоциации между насилием в анамнезе и социально-демографическими и психологическими характеристиками женщин.

**Результаты исследования.** Доля женщин, когда-либо подвергавшихся жестокому обращению со стороны супруга/партнёра, составила 37,1% (95% ДИ 34,4-40,0%). При этом эмоциональному насилию подвергались 41,3% респондентов (95% ДИ 38,5-44,1%); физическому – 33,8% (95% ДИ 31,1-36,5%); комбинированному – 27,2% (95% ДИ 24,7-30,0%) и преследованию – 22,9% (95% ДИ 20,5-25,3%). Частота встречаемости насилия со стороны супруга/партнера за последний год составила 7,2% (95% ДИ 4,6-11,2%). Доля женщин, подвергавшихся за последний год эмоциональному насилию, составила 9,2% (95% ДИ 6,7-12,6%); физическому – 6,4% (95% ДИ 4,3-9,4%); комбинированному – 4,7% (95% ДИ 2,9-7,6%) и преследованию – 4,0% (95% ДИ 2,4-6,8%).

Многофакторный анализ показал, что женщины, пребывающие в сожительстве, в 1,9 раза чаще (95% ДИ 1,3-2,8) указывали на то, что подвергались насилию со стороны супруга/партнера в анамнезе, чем женщины, состоящие в зарегистрированном браке. Среди разведенных женщин частота встречаемости супружеского насилия оказалась в 2,3 раза выше (95% ДИ 1,8-3,7), чем среди женщин, состоявших в зарегистрированном браке.

Респонденты, указавшие на факт насилия со стороны супруга/партнера, в 14,0 раз чаще (95% ДИ 9,9-19,8;  $p < 0,001$ ), чем респонденты без подобного опыта говорили о том, что иногда или часто испытывали чувство страха по отношению к своему настоящему/бывшему супругу/партнеру.

Насилие со стороны интимного партнера в анамнезе оказалось статистически взаимосвязано с группой психологических признаков ( $p < 0,001$ ): ощущением, что надо прекратить пить, чувством вины из-за выпивки, утренней выпивкой для «успокоения нервов» или похмелья, проблемами вследствие выпивки, употреблением наркотиков.

#### **Выводы:**

1. Насилие со стороны супруга/партнера, часто встречается среди женщин, обращающихся за медицинской помощью в учреждения общей врачебной практики.
2. Между видами насилия со стороны супруга/партнера существуют соотношения по характеру включения: наиболее распространенный эмоциональный вид является ядром, на основе которого возникают физическое, комбинированное насилие и преследование.
3. У женщин, обращающихся за медицинской помощью к врачам общей практики, маркерами риска насилия со стороны супруга/партнера являются пребывание в сожительстве или разводе, чувство страха по отношению к настоящему/бывшему супругу/партнеру, признаки злоупотребления алкоголем, употребления наркотиков.

#### **Литература**

1. Аналитическая записка по проблемам роста насилия в семье в различных его формах // Вестник Комитета Совета Федерации по вопросам социальной политики. 1999. № 2-3. С. 10-16.
2. Горшкова И.Д., Шурыгина И.И. Насилие над женами в современных российских семьях. М.: Макс Пресс, 2003.
3. Жестокое обращение с детьми и безнадзорность // Психотерапия детей и подростков / под ред. Х. Ремшмидта. М.: Мир, 2000. С. 538-551.
4. Злобина О.Ю. Роль психоэмоциональных состояний у женщин в механизмах развития соматической патологии при длительном насилии в семье: автореф. дис...канд. мед. наук. Иркутск, 2004.
5. Ильина С.В. Влияние пережитого в детстве насилия на возникновение личностных расстройств // Вопросы психологии. 1998. № 6. С. 65-74.
6. Костина Л., Синельников А. Здоровье женщины и насилие: руководство по проведению семинаров для медицинских работников. М., 2002.
7. Леви Д.А. Семейная психотерапия. История, теория, практика. СПб., 1993.
8. Насилие и его влияние на здоровье / под ред. Л.С. Алексеевой, Г.В. Сабитовой. М.: Государственный НИИ семьи и воспитания, 2005.
9. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / под ред. Э.Г. Круга, Л.Л. Дальберг, Д.А. Мерси и др. М.: Весь мир. 2003.

10. Образовательный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов. Специальность: № 040110 «Общая врачебная практика (семейная медицина)». М.: Линор, 2005.
11. Римашевская Н.М., Ванной Д., Малышева М. и др. Окно в русскую частную жизнь. Супружеские пары в 1996 г. М.: Academia, 1999.
12. Кессели К., Регушевская Е.В., Дубикайтис Т.А. и др. Репродуктивное здоровье и фертильность в Санкт-Петербурге: отчет по результатам опроса, проведенного среди женщин от 18 до 44 лет в 2004 г. Хельсинки, 2005.
13. Черепанова Е.М. Психологический стресс. М.: Академия, 1996.
14. Эйдемиллер Э.Г., Никольская И.М. Семейная психотерапия и клиническая психология семьи // Российский семейный врач. 2005. Т. 9, № 2. С. 16-21.
15. Campbell J.C., Woods A.B., Laughon C.K. et al. Reproductive health consequences of intimate partner violence: a nursing research review // Clin. Nurs. Res. 2000. V. 9, № 3. P. 217-237.
16. Ellsberg M., Jansen H.A., Heise L. et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study // Lancet. 2008. V. 371, № 9619. P. 1165-1172.
17. Feder G., Hague G., Arsene C. et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet the criteria for a screening program? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria // Health Technol Assess. 2009. V. 13, № 16. P. 30-130.
18. Golding J.M. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis // J. Fam. Violence. 1999. V. 14, № 2. P. 99-132.
19. Hegarty K., Bush R., Sheehan M. The Composite Abuse Scale: further development and assessment of reliability and validity of a multidimensional partner abuse measure in clinical settings // Violence Vict. 2005. V. 20, № 5. P. 529-547.
20. Richardson Jo., Coid J., Petruckevitch A. et al. Identifying domestic violence: cross-sectional study in primary care // BMJ. 2002. V. 324, № 7332. P. 274-278.

## РЕЗЮМЕ

В случайной выборке отделений общей врачебной практики Санкт-Петербурга (n = 24) с помощью «Составной шкалы насилия» была изучена частота встречаемости насилия со стороны супруга/партнера и выделены его маркеры риска у женщин, обращающихся за медицинской помощью (n = 1232, отклик 70%). 37,1 % респондентов (95% ДИ 34,4-40,0), - указали на факт насилия со стороны супруга/партнера, перенесенный когда-либо в жизни, а 7,2 % (95 % ДИ 4,6-11, 2 %) – за последний год. Маркерами риска насилия со стороны супруга/партнера являются пребывание в сожительстве или разводе,

чувство страха по отношению к супругу/партнеру, косвенные признаки злоупотребления алкоголем, употребления наркотиков.

## SUMMARY

We conducted a cross-sectional anonymous survey among women attended 24 randomly selected general practices (n = 1232, 16-70 years, 70% response). Lifetime prevalence of partner abuse: 37.1% (95% CI = 34.4% to 40.0%), one-year prevalence 7.2% (95% CI = 4.6% to 11.2%). Cohabiting and divorced women were more likely to be abused than married respondents. Abused women were more likely to be afraid of their intimate partner and make excessive use of alcohol and drugs.



## ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РОДИТЕЛЕЙ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

*Н.В. Мазурова*  
*Научный центр здоровья детей РАМН*  
*Москва*

Одним из важных факторов эффективности лечебно-реабилитационного процесса является включение в этот процесс родителей и других близких родственников больного ребенка. В этой связи большое значение имеют установки родителей в отношении болезни ребенка, стили детско-родительского взаимодействия. Около ста лет назад Л.С.Выготский писал о необходимости эмоциональной коррекции больного ребенка через его социальные отношения, но проблема психологической поддержки родителей пока мало разработана и до сих пор не является составной частью лечебно-реабилитационного процесса.

Лаборатория специальной психологии и коррекционного обучения НЦЗД РАМН проводит консультативно-диагностическую и коррекционную работу с детьми разных нозологических групп от 1 месяца до 17 лет. В своей деятельности мы постоянно сталкиваемся с проблемами восприятия семьей болезни ребенка, с разными вариантами адаптации к этой болезни, реакциями ребенка на изменившееся отношение родителей.

С сентября 2009 по июнь 2010 нами было проведено исследование с целью изучения взаимосвязи между психоэмоциональными состояниями родителей и больных детей. В исследовании приняли участие 684 семьи с детьми от 6 до 14 лет. Семьи условно были разделены на две группы по тяжести заболевания ребенка. В первую группу вошли семьи с детьми, имеющими тяжелые заболевания (в частности, мукополисахаридоз, муковисцидоз, кардиомиопатия, миопатия, гликогеновая болезнь, болезнь Гоше, ДЦП и т.д.). Во вторую группу – семьи с детьми, имеющими хронические заболевания (пиелонефрит, гастрит, гастроудоденит, астма в состоянии ремиссии), нарушения осанки, кожные заболевания (дерматит, гнездная алопеция) и т.д.

Для исследования состояния родителей использовались методика самооценки психических состояний (по Г. Айзенку) и методика диагностики социально психологической адаптации (СПА) К. Роджерса и Р. Даймонда. Для исследования детско-родительских отношений использовалась методика А.Я.Варги и В.В.Столина. Психологическое состояние детей анализировалось в ходе стандартного обследования с использованием комплектов методик, подобранных с учетом возраста ребенка.

Результаты исследования.

По шкале тревожности были выявлены значимые различия между группами родителей тяжелобольных детей и детей, состояние которых оценивается как нетяжелое ( $p < 0,05$ ). Высокий уровень тревожности был

характерен для 50% родителей первой группы. Для родителей второй группы этот показатель составил 15%. Средний уровень тревожности наблюдался в 15% случаев у родителей первой группы и в 60% случаев у родителей второй группы. Низкий уровень тревожности был характерен для 35% родителей первой группы и 25% родителей второй группы.

По шкале фрустрации показатели в обеих группах свидетельствовали о средней либо низкой степени выраженности этого состояния. У нескольких родителей из первой группы был зафиксирован высокий уровень фрустрированности (5%). У родителей из второй группы низкий уровень этого состояния отмечался несколько чаще, чем у родителей тяжелобольных детей.

По шкале агрессивности у родителей из первой группы чаще отмечалась средняя (40%) и низкая степень выраженности (60%). У родителей из второй группы наблюдались высокие (25%), средние (45%) и низкие показатели (30%).

Обнаружена также положительная корреляция в группах между тревожностью и агрессивностью родителей ( $r = 0,673$ ).

Таким образом, у родителей тяжелобольных детей существенно выше показатели тревожности и несколько выше - показатели фрустрации. У родителей, чьи дети болеют нетяжело, зафиксированы более высокие показатели агрессивности.

Мы получили данные о чувствах, которые родители испытывали в связи с болезнью ребенка. Ведущими для родителей тяжелобольных детей оказались «надежда на излечение» и «продление жизни ребенка» (68%). Эти родители испытывали грусть, печаль (35%), жалость к ребенку (28%), были полны решимости бороться за его жизнь и здоровье (25%). Родителей мучило ощущение несправедливости произошедшего (22%), отчаяние (15%), обида (12%). В меньшей степени были выражены такие чувства как раздражение, пессимизм, безразличие.

Для второй группы родителей также была характерна надежда на излечение (54%). Они жалели своих детей (30%), расстраивались в связи с болезнью (24%). Однако, эти родители чаще испытывали досаду, раздражение (35%), пессимизм (40%). Отмечались такие чувства, как стыд за ребенка (8%), эмоциональная опустошенность (10%).

После проведения психологического обследования детей мы сравнили показатели их психоэмоционального состояния с состоянием родителей. Мы обнаружили, что взаимосвязь состояния родителей и детей отличается по группам родителей и по возрасту детей.

Так, например, в обеих группах обнаружена высокая корреляция тревожности родителей с эмоциональной комфортностью ( $r = 0,910$ ) и уровнем адаптации подростков ( $r = 0,775$ ). Также обнаружена корреляция тревожности с самоприятием у подростков ( $r = 0,706$ ). Иначе говоря, высокая тревожность родителей не детерминирует эмоциональный дискомфорт и социально-психологическую дезадаптацию подростков. В обеих группах, чем выше тревожность у родителей, тем выше у подростка показатель внутреннего контроля ( $r = 0,701$ ).

В группе легко болеющих подростков выявлена высокая корреляция между тревожностью родителей и фрустрацией детей ( $r = 0,906$ ); обнаружены также взаимосвязи между фрустрацией родителей и агрессивностью подростков ( $r = 0,768$ ), а также между тревожностью родителей и тревожностью подростков ( $r = 0,689$ ). В группах тяжелобольных подростков таких взаимосвязей не обнаружено.

Несколько иная картина складывается при анализе взаимосвязи тревожности родителей и психологических характеристик всех детей младшего школьного возраста. Обнаружилась положительная корреляция между тревожностью родителей и коэффициентом дезадаптации детей ( $r = 0,659$ ), между тревожностью родителей и коэффициентом агрессивности детей ( $r = 0,820$ ). Этот результат говорит о том, что при высокой тревожности родителей у детей младшего школьного возраста обнаруживается высокая агрессивность, а при низкой тревожности - боязнь агрессии со стороны окружающих.

Выявлена также высокая положительная корреляция между тревожностью родителей и коэффициентом психической активности ( $r = 0,836$ ), а также на среднем уровне - взаимосвязь между тревожностью родителей и оценкой ребенком отношений со сверстниками ( $r = 0,518$ ). Этот результат говорит о том, что при высоком уровне тревожности родителей у больного ребенка складываются конфликтные или эмоционально дистанцированные отношения с одноклассниками и сверстниками, а при более низком уровне тревожности родителей - эмоционально теплые, хорошие отношения.

Взаимосвязи фрустрации родителей с адаптивными характеристиками и психоэмоциональными состояниями детей и подростков неоднозначны и дифференцированы по группам.

Для всех категорий обследованных детей и подростков оказались характерны следующие взаимосвязи. Самая выраженная корреляция - между показателем фрустрации родителей и агрессивностью подростков ( $r = 0,959$ ).

В обеих группах детей младшего школьного возраста выявлены взаимосвязи фрустрации родителей с показателем психической активности ребенка ( $r = 0,698$ ), а также с показателем дезадаптированности ребенка ( $r = 0,556$ ). Обнаружена также высокая положительная корреляция между показателем фрустрации у родителей и оценкой ребенком отношений в семье ( $r = 0,799$ ). Чем выше фрустрированность родителей, тем выше вероятность того, что ребенок будет оценивать взаимоотношения в семье как конфликтные и/или дистанцированные.

В группах тяжелобольных подростков обнаружена очень высокая корреляция между фрустрацией родителей и степенью эмоциональной комфортности ( $r = 0,949$ ) и взаимосвязь на среднем уровне между фрустрацией родителей и уровнем самопринятия подростка ( $r = 0,507$ ).

Для обеих групп больных детей младшего возраста оказалась характерна корреляция между фрустрацией родителей и субъективной оценкой ребенком взаимоотношений со сверстниками ( $r = 0,549$ ). При высоком уровне фрустрации у родителей у ребенка более вероятно будут конфликтные и

дистанцированные отношения со сверстниками, а при низком уровне фрустрации - эмоционально теплые.

Во всех группах испытуемых выявлена корреляция между агрессивностью родителей и уровнем самопрятия подростков ( $r = 0,775$ ), показателями прятия других ( $r = 0,643$ ) и адаптации ( $r = 0,675$ ).

Во всех группах детей младшего возраста обнаружена положительная корреляция между агрессивностью родителей и показателем истинной агрессивности ребенка ( $r = 0,755$ ).

Выявлена также взаимосвязь между агрессивностью родителей и коэффициентом психической активности ребенка ( $r = 0,735$ ), а также коэффициентом дезадаптации ( $r = 0,690$ ) детей с тяжелыми соматическими заболеваниями.

Для всех больных детей характерна также высокая корреляция между агрессивностью родителей и субъективной оценкой ребенком межличностных отношений среди одноклассников и сверстников ( $r = 0,802$ ): при высокой агрессивности родителей у ребенка складываются конфликтные и дистанцированные отношения с одноклассниками и сверстниками.

В нашем исследовании обнаружилось неоднозначные взаимосвязи родительского отношения и адаптивных характеристик детей и подростков. Ярким примером явилось симбиотическое родительское отношение: оно положительно коррелирует как с адаптивными и дезадаптивными характеристиками тяжелобольных детей, так и с коэффициентом дезадаптивного поведения более здоровых подростков. То, что считается неблагоприятным для развития здорового ребенка, для тяжелобольного в его социальной ситуации развития может компенсаторно играть адаптационную роль. При авторитарно-симбиотическом родительском отношении кроме контроля над всей психической жизнью ребенка, существует положительное отношение к нему, близкая межличностная дистанция. Ребенок находится в центре внимания семьи, родители стремятся к максимальному удовлетворению его потребностей, защите его от трудностей и разочарований. Видимо, этим объясняется высокий уровень эмоциональной комфортности многих тяжелобольных детей, подвергающихся такому типу родительского отношения.

Таким образом, в ходе исследования были получены данные о существовании множественных взаимосвязей между психоэмоциональным состоянием больных детей и их родителей. Они – звенья одной семейной системы, поэтому абсолютно неэффективно воздействовать изолированно только на одно из звеньев. Психологическую поддержку в процессе лечения и реабилитации должны получать больные дети и их родители.

Комплексное медико-психолого-педагогическое сопровождение ребенка и психотерапевтические воздействия на диadu «мать-дитя» позволяют успешней проводить общую реабилитацию с исключением негативных психоэмоциональных взаимодействий.

Поддержка больных детей и членов их семей должна носить как кратковременный, так и долговременный характер, то есть начинаться с

момента сообщения диагноза, продолжаться во время лечения и реабилитации и, по возможности, не заканчиваться и после процесса лечения.

Для осуществления психологической реабилитации членов семьи больного ребенка необходимо решение следующих вопросов:

- разработка стандартных методик диагностики состояния семьи на различных этапах реабилитационной работы с ней и с ребенком;
- разработка программы психолого-педагогической реабилитации семьи в зависимости от ее типа, возраста ребенка, диагноза и социально-психологической ситуации;
- разработка методических рекомендаций для специалистов разного профиля, работающих с семьей больного ребенка.

Чем раньше будет начинаться специализированная психолого-педагогическая поддержка семьи, тем более успешно пройдет процесс психологической реабилитации ребенка.

### Литература

1. Варга А.Я. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии // Вопросы психологии. 2002. №6. С. 1-8.
2. 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): автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Красноярск, 2003.
3. Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: автореф. дисс. ... докт. психол. наук. Москва, 1992.
4. Романова О.Л. Психологическое исследование особенностей материнской позиции женщин, дети которых страдают церебральным параличом // Журнал невропат. и психиатрии им. С.С Корсакова. 1988. Вып. 9. С. 87-110.
5. Ташева А.И, Психологическая реабилитация семей с детьми-инвалидами // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1998. №3. С. 23-28.
6. Ткачева В.В. Психологическая помощь семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии: дисс. ... канд. психол. наук. Москва, 1999.

### РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты исследования взаимосвязи психоэмоционального состояния больного ребенка и его родителей. В исследовании приняли участие 684 семьи с детьми в возрасте от 6 до 14 лет, страдающими различными по тяжести заболеваниями. Показана необходимость психологической поддержки родителей, определены направления работы по организации этой деятельности в лечебном учреждении.

## SUMMARY

This article contains results of an investigation of correlation between psychological state of ill child and this state of his parents. These results were made on investigation, in which 684 families with ill children (6-14 years old) had taken part. This article shows the necessity of psychological support to parents and offers ways of work for organization of this activity in medical center.

## ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТРАНССЕКСУАЛЬНЫХ УСТАНОВОК У ЖЕНЩИН

*Д.Г. Пирогов*

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

Актуальность исследования этапов формирования транссексуальных установок [2], [5] продиктована, прежде всего, тем, что довольно часто для сокращения сроков постановки диагноза пациенты предъявляют недостоверные данные о себе [3], [6]. С целью минимизации подобных случаев была разработана методика поэтапного сбора анамнеза, которая заключается в следующем: 1. Пациентку просят написать «сочинение» о своей жизни, в котором она отображает наиболее значимые события в её жизни; 2. После завершения психологического тестирования, которое обычно занимает около месяца, начинается непосредственный сбор анамнеза; 3. Далее происходят встречи с родственниками и близкими пациенток, у которых тоже собираются сведения о жизни пациентов.

В процессе осуществления проекта по изучению нарушений половой идентичности у женщин было проведено психологическое обследование и врачебное сопровождение 115 женщин с синдромом отвергания пола. Возрастной диапазон обследуемых женщин с синдромом отвергания пола составил от 15 до 40 лет, средний возраст 24,2 года. Образование: 58% - высшее, 42% - средне-специальное. На момент обращения к врачу с родителями проживали 27% женщин, самостоятельно 21%, в гражданском браке с другими женщинами 52%. Профессиональная деятельность в 82% случаев соответствовала традиционно мужским занятиям (программисты, инженеры машиностроения, грузчики, водители и т.д.).

На основании анализа жизнеописания пациентов, бесед с родственниками, поэтапного сбора анамнеза были выделены следующие этапы формирования транссексуальных установок.

Первые воспоминания о своем отличии от окружающих относились к периоду между 2 и 6 годами. В этом возрасте выявлялись два варианта проявления синдрома отвергания пола. Первый можно отнести к, так называемому, «ядерному» транссексуализму [1], [4]. Он проявлялся в идентификации себя с мальчиками, в желании иметь мужское имя, одеваться в одежду противоположного пола, в «мальчишеском» поведении, обнаруживался в типичных мужских полоролевых установках. Так же категорически отвергалось обращение к себе в женском роде. Подобная инверсия воспринималась комфортной и желательной, а поведение соответствующее своему анатомическому полу оценивалось как чуждое и навязываемое. Второй вариант синдрома отвергания пола в этом возрасте протекал более мягко и его можно соотнести с проявлением недифференцированной половой идентичности, смещенной в маскулинную сторону. На когнитивном уровне такие пациенты воспринимали себя соответственно анатомическому полу, а

свои особенности проявляли только на поведенческом уровне. В последующем развитии при этом варианте возможно формирование или транссексуальных установок, не достигающих уровня транссексуальности или гомосексуального влечения с нарушением или без нарушения половой идентичности.

Со стороны родителей, воспитателей детских дошкольных учреждений в целом такое поведение детей рассматривалось негативно, однако особого внимания ему не придавалось. Сверстники же вообще не придавали этому значения, и пациенты легко принимались в компанию мальчиков. Данный период можно рассматривать как **первичную психосексуальную аутоидентификацию** с представителями противоположного анатомического пола.

С 7 до 12 лет идет время «относительного затишья». Ни родители, ни сверстники практически не обращали внимания на наличие отклонений в поведении детей, а пациенты не сообщают чего-либо значимого о своей жизни.

**Подростковый возраст** субъективно оценивался, как «крайне тяжелый». Его можно разделить на несколько этапов: становления «телесного Я»; понимания атипичности своего сексуального влечения; принятие своего сексуального влечения; окончательной идентификации с противоположным полом.

**Стадия становления образа «телесного Я».** На первый план выходило восприятие своего тела. Развитие вторичных половых признаков по женскому типу воспринималось негативно, подростки с отвращением относились к появлению менструаций, внешне старались выглядеть, как «настоящие» мужчины. Таким образом, восприятие своего тела формировалось с выраженной негативной его оценкой.

**Стадия понимания атипичности своего сексуального влечения.** В это время приходила первая влюбленность в представительниц своего пола, которая - сначала воспринималась как запрещенная и ненормальная. Происходило понимание атипичности своей сексуальной ориентации. Подростки старались скрыть от окружающих свои чувства, находились в смятении из-за невозможности кому-либо открыться, быть осмеянными и непонятыми. Испытывали страх и тревогу.

**Стадия принятия своего сексуального влечения.** Подростки признавали свою направленность влечения к лицам женского пола, как свершившийся факт. Основные сложности во взаимоотношениях возникали со сверстниками, так как они жестко «требовали» типичного полоролевого поведения. Около 86% обследуемых делали попытки вести себя нормативно: одевались в женскую одежду, вступали в сексуальный контакт с лицами противоположного пола (52%), но это приводило только к неприятию себя в женской роли и утверждению в гомосексуальности своего влечения. Из-за внутреннего конфликта и по причине невозможности соответствовать традиционной модели у подростков развивались астенические реакции, депрессивные состояния (71%), возникали суицидальные мысли и намерения, совершались попытки самоубийства (58%). На данной стадии подростки особо остро нуждались в психотерапевтической помощи, часто сочетающейся с



медикаментозной терапией. Психотерапевтическая поддержка должна заключаться, прежде всего, в предоставлении полной информации о феномене нарушений половой идентичности, возможных вариантах развития транссексуальных установок, а так же в проведении попыток примирения пациентов с их врожденным полом. Для всех групп женщин с синдромом отвергания пола предыдущие две стадии проходят без значимых отличий.

**Стадия окончательной идентификации с лицами противоположного пола.** В группе женщин с истинным транссексуализмом данный этап сопровождался «размежеванием» с гомосексуальностью и формированием крайне негативного отношения к гомосексуалистам. Пациенты начинали воспринимать себя «мужчинами с женским телом». Формировались жесткие гиперсоциальные установки, присущие мужчинам. В среднем в 17 лет приобретался сексуальный опыт с представителями своего пола, который оценивается положительно. К 21-24 годам пациентки создавали постоянные союзы с женщинами, успешно выполняя социальные роли мужей и, нередко, отцов. Тем не менее, оставался психологический дискомфорт, как правило, связанный с социальной сферой (паспортный пол, устройство на работу, недостаточно открытые контакты с окружающими) и сексуальной неудовлетворенностью. Женщины, вошедшие в третью группу, не формировали на данном этапе негативного отношения к гомосексуальности (допускали сексуальные контакты с лесбиянками, проводили много времени в их компаниях), хотя психологически воспринимали себя как мужчин, и на поведенческом уровне демонстрировали маскулинное поведение.

Заключительным этапом формирования транссексуальных установок является **стадия идентификации с транссексуалами.** К моменту ее наступления формировался набор симптомов, соответствующих «диагностическим критериям» транссексуализма, приведенным в МКБ-10. Возможность хирургической коррекции пола воспринималась, как единственно приемлемый выход из ситуации. Обнаруживалось стремление к объединению и общению с людьми, имеющими сходные проблемы. В этом кругу они получали информационную поддержку, возможность открыто обсуждать свои переживания. Возраст наступления этой стадии различен, колеблется в среднем от 15 до 26 лет. Подобный разброс объясняется в первую очередь тем, что у пациентов отмечается разная степень личной информированности о возможностях обращения к специалисту.

## Литература

1. Алексеев Б.Е. Об акцентуациях маскулинности-фемининности // Российский психиатрический журнал. – 2002, № 2. - С. 4 – 10.
2. Бухановский А.О. Синдром отвергания пола: клиническая разновидность в тактике лечения и реадaptации // Вопросы клинического лечения и профилактики сексуальных расстройств. - М., 1993. - С. 103-105.

3. Карпов А.С., Введенский Г.Е., Дмитриева Т.Б. Проблемы организации оказания медицинской помощи лицам с транссексуализмом // Российский психиатрический журнал. – 2001, № 4. – С. 13 – 18.
4. Ковалев А.И. Нарушение половой идентичности в детском возрасте // Материалы XII съезда психиатров России. Москва, 1995. – С. 315 – 316.
5. Hellman R.E., Green R., Gray J.L., Williams K. Childhood sexual identity, childhood religiosity and “homophobia” in the development of transsexualism, homosexuality and heterosexuality // Arch. Gen. Psychiatry. – 1981. - Vol. 38, № 8. - P. 910-915.
6. Levine S., Brown G., Coleman E. et al. The standards of care of gender identity disorders // Int. J. Transgenderism. – 1998. - Vol.2, № 2.

### РЕЗЮМЕ

В настоящее время в качестве актуального исследования рассматриваются этапы формирования транссексуальных установок, что продиктовано предоставлением пациентов недостоверных данных о себе. С целью минимизации подобных случаев была разработана методика поэтапного сбора анамнеза, которая предложена в статье.

### SUMMARY

Nowadays as actual researches can be considered the periods of forming of transsexual attitudes which come from unreliable information which patients give about themselves. For the purpose of minimization of similar cases a method of step-by-step collection of anamnesis was created. This method is stated in the article.

# **ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ НА РАЗВИТИЕ СТРАХОВ У ПОДРОСТКОВ**

*В.В. Пушина, Е.А. Смирнова*

*Волжский государственный инженерно-педагогический университет  
Н. Новгород*

Страх – это эмоциональное состояние, отражающее защитную биологическую реакцию человека или животного при переживании ими реальной или мнимой опасности для их здоровья и благополучия [2].

В различном возрасте проявляются разные страхи, что зависит от процессов созревания и развития человека. Первичная эмоция страха на сильный раздражитель наблюдается уже у новорожденного. Наличие устойчивых страхов в подростковом возрасте всегда свидетельствует о неспособности защитить себя [1]. Постепенное перерастание страхов в тревожные опасения порождает неуверенность в себе и отсутствие понимания со стороны взрослых, чувства опасности в социальном окружении. Вырастающая из страхов неуверенность в себе и в других служит у подростка основой настороженности и подозрительности, что оборачивается недоверчивостью, предвзятостью и конфликтностью в отношениях с окружающими людьми, обособленностью своего «я» и уходом от реальной действительности. Страхи у подростков могут сопровождаться навязчивыми мыслями, какой-либо неудачи, поражения, стыда, опасениями, что его никто не любит, не понимает, у него нет будущего, формирования депрессивного мироощущения.

Многие страхи в подростковом возрасте являются развитием предшествующих страхов и тревог. По мнению А.И.Захарова, у девочек подростковый возраст более насыщен страхами, чем у мальчиков, что отражает их большую склонность к страхам вообще.

Успешность устранения страхов зависит от знания их причин. А.И.Захаров главным фактором, препятствующим избавлению детей от страхов, считает неблагоприятное нервно-психическое состояние самих родителей и конфликты в семье. Не выявленные страхи, не предпринятые психокоррекционные мероприятия по их устранению, приводят к большей вероятности развития в подростковом возрасте опасности формирования тревожно-мнительных черт характера и неврозов. Следовательно, наше исследование по выявлению страхов у подростков и влияние семейного воспитания отца и матери на их развитие является актуальным.

В исследовании принимало участие 80 респондентов. Из них 40 учащихся 7-х классов в возрасте 12-13 лет и 40 родителей подростков.

Цель исследования: выявить особенности факторов семейного воспитания и их влияние на развитие страхов у подростков.

Изучение семейного воспитания проводилось с помощью опросника «Анализ семейного воспитания» (Э.Г.Эйдемиллер, В.В.Юстицкис) [3],

определение страхов у подростков проведено с помощью опросника А.И.Захарова [1].

Анализ семейного воспитания показал, что матери больше внимания уделяют в семье сыну, проявляют к нему воспитательную неуверенность, больше переживают о его здоровье, стараются предъявлять максимум санкций. Дочерям матери больше, чем сыновьям делают указаний, проявляют неустойчивость требований, запретов и санкций, неразвитость родительских чувств, выносят супружеский конфликт в сферу взаимодействия с дочерью, подкрепляют нежелательные качества у девочки. Достоверные различия в семейном воспитании подростков матерью по отношению к дочери по шкале вынесения супружеского конфликта в сферу ее воспитания ( $p < 0,001$ ).

Следовательно, матери больше вовлекают в разрешение супружеских конфликтов дочерей, чем сыновей.

Анализ семейного воспитания отцов показал, что они больше внимания уделяет воспитанию сыну. Отец больше наказывает сына, чем дочь переживает о его здоровье. Отец выносит конфликтные отношения с супругой в сферу воспитания дочери, больше предъявляет ей указаний, требований и запретов. Достоверные различия семейного воспитания отца к подросткам выявлены по отношению к дочери, в виде вынесения супружеского конфликта в сферу ее воспитания.

Анализ семейного воспитания показал, что родители предъявляют не одинаковые требования к подросткам, их воспитательные воздействия часто противоречат друг другу. Выражение недовольства воспитательными методами родителей друг другом проявляется в характерное проявление вынесения конфликта между супругами чаще в сферу воспитания дочерей.

По результатам исследования основных страхов выявилось, что у девочек больше страхов, чем у мальчиков, что подтверждает данные А.И.Захарова. Достоверные различия страхов между подростками выявлены у девочек по страхам: нападения кого-либо ( $p < 0,001$ ), смерти родителей ( $p < 0,001$ ), мистических персонажей ( $p < 0,001$ ), страх перед сном ( $p = 0,002$ ), животных ( $p < 0,001$ ), находиться в тесном помещении ( $p = 0,002$ ), неожиданных звуков ( $p = 0,002$ ).

Результаты по всем видам дополнительных страхов также больше у девочек, чем у мальчиков. Достоверными различиями по дополнительным страхам подростков выявлено у девочек в виде «что-либо сделать не так» ( $p < 0,001$ ), «когда тебя ругают» ( $p = 0,005$ ), «когда про тебя говорят плохое» ( $p = 0,003$ ), «стать плохой» ( $p = 0,001$ ), «обидеть кого-то» ( $p = 0,002$ ), «что тебя никто не поймет» ( $p = 0,001$ ), «что у тебя ничего не получится» ( $p < 0,001$ ), «что тебя заставят делать то, что ты не хочешь» ( $p < 0,001$ ), «быть не таким, как все» ( $p = 0,004$ ).

Анализ фактора страхов у девочек выявил положительную корреляцию с факторами неустойчивости запретов, минимальностью санкций ( $p < 0,005$ ) со стороны матери, проекции мужских качеств ( $p < 0,005$ ) в дочери отцом и отрицательную корреляцию с неуверенным воспитанием папы ( $p < 0,001$ ).

Можно предполагать, что чем чаще проявление неустойчивости запретов к дочери со стороны матери и минимальности к ней наказаний, когда отец отмечает в девочке мужские качества, закрепляя их внимательным отношением к ней, тем выше уровень страхов у их дочери.

Анализ фактора страхов у мальчиков выявил положительную корреляцию с факторами конфликтности с мамой ( $p < 0,005$ ), проекцией в личности мальчика со стороны отца женских качеств ( $p < 0,005$ ), отрицательную корреляцию со значимостью матери ( $p < 0,005$ ).

Следовательно, если у мальчика повышается конфликтность с матерью, тем самым уменьшается ее значимость и отец отмечает в мальчике преобладание женских качеств, то у сына увеличивается уровень страхов.

Таким образом, наше исследование показало, что развитие страхов у подростков зависит от факторов семейного воспитания родителей.

Анализ семейного воспитания родителей показал, что мама и папа больше внимания обращают на воспитание мальчиков, чем девочек. Дочерей чаще, чем сыновей родители включают в супружеский конфликт. Эти данные возможно и объясняют увеличение страхов у дочерей, чем у сыновей в подростковом возрасте.

В качестве улучшения семейных взаимоотношений и уменьшения страхов у подростков нами были разработаны рекомендации для родителей.

1. В общении с подростком избегайте проявления чрезмерной запугивающей власти и жесткой требовательности.
2. Предъявляйте одинаковые требования к дочери и сыну в семье, воспитательные воздействия не должны противоречить друг другу.
3. Выражение недовольства воспитательными методами другого супруга не проявляйте в сфере воспитания детей.
4. Учитывайте, что мальчики в семье больше, чем девочки переживают эмоциональное отвержение, для них важен тесный эмоциональный контакт больше с отцом, а не с матерью.
5. Отмечайте в дочери женские качества, а в сыне мужские качества удовлетворяйте основные потребности подростков, поощряйте их самостоятельность.
6. Проявляйте уверенность в семейном воспитании и требовательность к подросткам по выполнению обязанностей в семье.
7. Предъявляйте к подросткам одинаковые запреты, обращайтесь внимание на положительные качества их личности.
8. По нашему мнению, выполнение данных рекомендаций родителями улучшит их взаимоотношения в семье, будет способствовать гармоничному развитию личности подростка.

## Литература

1. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. СПб.: ЭКСМО-Пресс, 2000.
2. Изард К. Психология эмоций. СПб.: Питер, 2009.
3. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2008.

## РЕЗЮМЕ

Представлены результаты исследования страхов у подростков 12-13 лет и анализа семейного воспитания их родителей. Показаны взаимосвязи фактора страхов у подростков с особенностями семейного воспитания папы и мамы. Разработаны рекомендации для улучшения семейных взаимоотношений и уменьшения страхов у подростков для родителей.

## SUMMARY

Results of research of fears at teenagers of 12-13 years and the analysis of family education of their parents are presented. Interrelations of the factor of fears at teenagers with features of family education of the daddy and mum are shown. Recommendations are developed for improvement of family mutual relations and reduction of fears at teenagers for parents.

# **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ИХ РАННЕГО РАЗВИТИЯ**

*В.Г. Рагозинская*

*Челябинский государственный университет*

В последние десятилетия отмечен неуклонный рост числа психосоматических расстройств среди детей [1] и в популяции в целом [5]. Одним из ведущих факторов возникновения и развития этих расстройств являются интенсивные и длительные эмоционально негативные состояния [4; 7]. В настоящее время такие эмоциональные состояния рассматриваются преимущественно с позиций биопсихосоциальной модели [4]; [6]. При этом решающую роль в их происхождении разные авторы отводят внутрисемейным негативным влияниям, нарушенным отношениям со значимыми взрослыми и переживаниям психотравматического характера в детстве пациента [2]; [3]; [4]; [6]. Несмотря на значительное количество исследований в этой области, мало изучены микросоциальные факторы, способствующие возникновению и фиксации негативных эмоциональных состояний и развитию психосоматических расстройств, недостаточно работ, посвященных исследованию взаимосвязи между частотой и выраженностью детской психической травмы и клинико-психологическими особенностями эмоциональных состояний у здоровых испытуемых и больных психосоматическими расстройствами. Это определяет актуальность настоящего исследования, цель которого – изучение взаимосвязи между показателями эмоционального статуса больных психосоматическими заболеваниями и условиями их раннего развития по данным материнского анамнеза.

Нами обследовано 195 больных психосоматическими заболеваниями (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, эссенциальная гипертензия, диффузный токсический зоб), в возрасте 20-50 лет и 182 здоровых испытуемых, подобранных с учетом соответствия половозрастным и основным социально-демографическим показателям испытуемых клинической группы. Критерием исключения испытуемого из выборки являлась невозможность сбора анамнестических сведений у его матери. От всех участников получено письменное информированное согласие на участие.

В настоящем исследовании мы использовали стандартизированные опросники: Шкала агрессивности и Шкала самооценки тревожности Ч. Спилбергера, Шкала депрессии В. Зунга, Торонтская алекситимическая шкала, Опросник психопатологической симптоматики SCL-90-R. Для сбора анамнестических данных использовалось полуструктурированное интервью, в котором принимали участие матери испытуемых. Интервью содержит вопросы о характере физического и психического развития испытуемого на протяжении пренатального периода, периода новорожденности и последующих этапов онтогенеза, психологическом климате в семье и пр.

Для статистической обработки полученных данных применялись

факторный анализ,  $\phi^*$ -критерий Фишера и U-критерий Манна-Уитни.

Полученные с помощью стандартизированных опросников показатели эмоциональных состояний испытуемых были подвергнуты факторному анализу (метод максимального правдоподобия с варимакс-вращением), в результате чего было выделено два общих фактора с суммарной дисперсией 74.8%, – «Фактор тревожно-депрессивных состояний» (далее ТДС; информативность – 47.2%), включающий депрессию (0.955), межличностную сензитивность (0.788) и тревожность (0.760), и «Фактор агрессивности» (далее А; 27,6%), включающий агрессивность как проявление темперамента (0.915) и агрессивность как свойство личности (0.843).

По результатам сравнительного анализа факторных оценок ТДС и А (критерий Манна-Уитни), у больных психосоматозами показатели ТДС выше, чем у здоровых ( $U=7995.00$ ;  $p\leq 0.000$ ), показатели А значимо не отличаются. Таким образом, больные психосоматозами отличаются большей чувствительностью к психотравмирующим факторам и склонны реагировать на психотравмирующие ситуации пассивно-оборонительными реакциями – усилением тревоги, депрессии и межличностной сензитивности, что согласуется с данными литературы [2]; [4]; [5]; [7].

Согласно результатам сравнительного анализа анамнестических данных ( $\phi^*$ -критерий Фишера), в группе больных психосоматозами достоверно выше, чем в группе здоровых, доля лиц, рожденных от нежеланной беременности ( $p\leq 0.001$ ), перенесших на первом году жизни травмы ( $p\leq 0.002$ ) и разлуки с матерью ( $p\leq 0.001$ ). Среди них выше доля лиц, находившихся на грудном вскармливании менее 6 мес. ( $p\leq 0.027$ ), чьи родители ожидали появления ребенка другого пола ( $p\leq 0.005$ ). Таким образом, в раннем анамнезе больных психосоматозами достоверно чаще отмечены потенциально психотравматогенные ситуации, чем у здоровых испытуемых. Это подтверждает наблюдения некоторых авторов [3].

Результаты сравнительного анализа показали, что в обеих исследуемых группах показатели факторов ТДС и А значимо выше у испытуемых, рожденных от нежеланной беременности (для ТДС:  $U=8721.50$ ,  $p\leq 0.000$ ; для А:  $U=14078.50$ ,  $p\leq 0.034$ ) и у тех испытуемых, чьи родители ожидали появления ребенка другого пола (для ТДС:  $U=7230.50$ ,  $p\leq 0.000$ ; для А:  $U=9990.00$ ,  $p\leq 0.000$ ). Также показатели факторов ТДС и А значимо выше у испытуемых, перенесших на первом году жизни разлуку с матерью (более чем на сутки) в сравнении с теми, кто не разлучался с матерью в этом возрасте (для ТДС:  $U=2538.50$ ,  $p\leq 0.000$ ; для А:  $U=11399.00$ ,  $p\leq 0.000$ ). У получавших грудное вскармливание менее полугода показатели факторов ТДС и А значимо выше, чем у тех, кто находился на грудном вскармливании год и дольше (для ТДС:  $U=2211.50$ ,  $p\leq 0.000$ ; для А:  $U=2241.50$ ,  $p\leq 0.000$ ).

Полученные данные свидетельствуют о том, что к формированию у индивида склонности испытывать отрицательные эмоциональные состояния могут приводить не только объективно тяжелые события детства (потеря родителей, насилие и т.п.), но и такие «условно патогенные» факторы, как неспособность ближайшего окружения обеспечить для ребенка атмосферу



защищенности, доверия, эмоционального резонанса. Это не противоречит существующим представлениям о значимой роли характера эмоциональных отношений с близкими для эмоционального развития ребенка [3]; [6]. Известно, что усиленное функционирование нейроэндокринной системы при интенсивных и/или длительных эмоционально-негативных состояниях приводит к дезинтеграции физиологических механизмов, лежащих в основе координированной приспособительной деятельности, и при наличии органа-мишени способствует возникновению психосоматических расстройств [4]; [5]. Учитывая это, можно предположить, что выявленные у больных психосоматическими заболеваниями особенности раннего периода развития и склонность реагировать на психотравмирующие ситуации преимущественно усилением тревоги и депрессии являются одним из звеньев патогенеза психосоматических расстройств.

Полученные результаты могут быть использованы в практике индивидуального и семейного консультирования детей и взрослых с целью прогнозирования и ранней диагностики стойких эмоционально-негативных состояний и формирования психосоматических расстройств, а также для уточнения «мишени» психологического воздействия в практике психокоррекции последствий перенесенной детской психической травмы в рамках профилактики и лечения эмоциональных и психосоматических нарушений.

### Литература

1. Антропов Ю.М. Психосоматические расстройства у детей и подростков. – М., 1997. – 198 с.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М.: Медицина, 1999. – 380 с.
3. Кристал Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект, травма, алекситимия. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006. – 800 с.
4. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: Медпресс-информ, 2002. – 608 с.
5. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Ж. неврологии и психиатрии. – 1999. – Т. 99, № 4. – С. 4-16.
6. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоциональные расстройства и современная культура на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств // Московский психотерапевтический журнал, 1999, № 2, с. 61-90.
7. Henningsen P., Zimmermann T., Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review // Psychosom. Med. 2003. V.65:528-533.

## РЕЗЮМЕ

Данное исследование посвящено влиянию ранней детской травмы на эмоциональное и психосоматическое состояние взрослых. В работе представлены результаты сравнительного анализа различных эмоциональных особенностей 195 пациентов с психосоматическими болезнями и 182 здоровых предметов в возрасте 20-50 лет и анамнестических данных их матерей.

## SUMMARY

The given research is devoted to influence of an early relative trauma on an emotional and psychosomatic condition of adults. In the work the results of the comparative analysis of various emotional features of 195 patients with psychosomatic illnesses and 182 healthy subjects at the age of 20-50 and anamnestic responses of their mothers are presented.

## **СИНДРОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ**

*Русина Н.А., Ганузин В.М., Ганузина Г.С.  
Ярославская государственная медицинская академия*

Имеются убедительные данные, указывающие на часто наблюдаемые преневротические и психосоматические расстройства среди школьников, связанные со школьной средой и процессом обучения. Одной из причин данных отклонений может быть «синдром педагогического насилия», под которым мы понимаем негативное влияние неадекватных педагогических методов, действий и программ на ребенка, вызывающее комплекс отклонений в состоянии здоровья школьников. Синдром педагогического насилия следует подразделять на синдром узаконенного педагогического насилия, административного педагогического насилия и авторитарного педагогического насилия.

Синдромом узаконенного педагогического насилия мы называем последствия использования утвержденных Министерством образования программ обучения, которые школьники не могут освоить в силу своих физиологических и психических особенностей развития. Под синдромом административного педагогического насилия понимаем последствия использования администрацией школы не узаконенных программ в качестве обязательных и факультативных занятий, замену одних уроков другими по профилю школы, введение обязательного посещения школьниками начальных классов групп продленного дня и т.д. К синдрому авторитарного педагогического насилия мы относим последствия применения авторитарной педагогики.

Нами проведено анкетирование 220-ти студентов медицинской академии, обучавшихся до поступления в ВУЗ в школах различных регионов России. Выявлено, что у 58,6% из них в период обучения в школе были конфликты с учителями, 51,8% - боялись своих учителей, 35,1% - подвергались унижению педагогами, к 75,7% по их мнению учителя относились несправедливо. Результатом таких взаимоотношений, согласно данным опроса, явилось ухудшение состояния здоровья учащихся. При этом у 67,1% школьников отмечались невротические расстройства; у 52,7% - угнетение настроения; у 22,5% - депрессивное состояние; у 14,4% - боли в животе; у 47,5% - головные боли; у 14,9% - обострения хронических заболеваний.

Авторитарное педагогическое насилие чаще всего проявляется при непосредственном контакте учителя и ученика в условиях педагогического процесса. Оно может быть направлено на класс, группу или конкретного ученика. При этом одновременно страдают как школьники и их родители, так и сами педагоги. Мы выделили ряд типичных негативных проявлений, связанных с педагогическим насилием:

1. Страхи. В классах, где практикуется педагогическое насилие, школьники, особенно начальных классов, переживают чувство страха, незащищенности. Поведение их под действием страхов может быть разнообразным: от фантазерства, лживости, обмана, нерешительности, пассивности до аутизма и агрессивности. В ряде случаев у детей формируются пограничные психические состояния типа невротоподобных и невротических.

2. Чувство изоляции. В большинстве случаев, когда практикуется педагогическое насилие, сам факт насилия открыто не обсуждается. Учителя дают понять школьникам, что не следует обсуждать создавшуюся ситуацию в классе с родителями или с друзьями. Это заставляет детей, участвующих в конфликте, чувствовать себя изолированными, не такими, как все в классе. Может быть и обратная ситуация, когда педагоги открыто обсуждают конфликт, различными способами привлекая на свою сторону основную массу учащихся в классе (школе) и способствуют изоляции отдельного ученика или группы школьников.

3. Разочарование. Отдельные школьники в силу ряда обстоятельств, таких, как плохая подготовка на дошкольном этапе, определенный тип мышления, частые острые заболевания или периодически обостряющаяся хроническая болезнь, вынужденные пропуски уроков и др. не могут усвоить новые темы, не имея базовых знаний. Постепенно количество предметов, по которым ученик имеет неудовлетворительные оценки, растет. Со стороны учителей вместо понимания их трудностей и оказания помощи школьники получают оскорбления. Они разочаровываются в школе, в жизни. Постоянный стресс, который они испытывают, вырабатывает у данной группы учащихся определенные формы дезадаптивного поведения. Одни становятся «двоечниками – хулиганами» и постоянно создают конфликтные ситуации в школе, на улице, в семье. У других появляются депрессивное настроение, чувство ненужности, лишнего человека в этой жизни.

4. Агрессивное поведение. У части подростков формируется вульгарный вариант «взрослого» поведения. Они позволяют себе прогулы уроков, открытое курение, появление в школе в нетрезвом состоянии. Это приводит к усилению эмоционального напряжения, проявляющемуся агрессивным поведением.

5. Психосоциальная дизадаптация. У некоторых школьников имеет место несформированность навыков учебной деятельности, коммуникативных навыков, недостаточно развит самоконтроль. Их стремление к общению и лидерству в сочетании с эмоциональной несбалансированностью приводит к конфликтным ситуациям с педагогами и сверстниками в школе и на улице.

6. Чувство «заслуженности» жестокого обращения. У ряда школьников, находящихся в изоляции и разочаровавшихся в себе, может сформироваться заниженная самооценка и чувство «заслуженности» жестокого обращения с ними со стороны учителей.

7. Вовлечение в конфликт. В старших классах встречаются сильные личности, которые хотят остановить педагогическое насилие и конфликты, возникающие в классе между учителем и учеником. Они испытывают чувство ответственности за создавшуюся ситуацию, хотят разрешить конфликт. При

этом они могут глубоко вовлекаться в конфликт и испытывают чувство собственной вины за создавшуюся ситуацию, становятся напряженными.

Таким образом, синдром педагогического насилия является одним из факторов, влияющих на физическое и психическое здоровье школьников. Взаимодействие медицинских, педагогических работников и психологов в изучении данного синдрома позволит скоординировать их совместную работу в деле профилактики заболеваний и оздоровления детей в условиях образовательного учреждения.

## РЕЗЮМЕ

Вводится понятие «синдром педагогического насилия», под которым понимается влияние неадекватных педагогических методов, действий и программ на возникновение комплекса отклонений в состоянии здоровья школьников. Синдром педагогического насилия авторы разделяют на синдром узаконенного педагогического насилия, административного педагогического насилия и авторитарного педагогического насилия. Проведено анкетирование более 220 бывших школьников. Более 70% из них отметили наличие педагогического насилия в школе. Выделены признаки проявления авторитарного педагогического насилия у детей: страхи, изоляция, разочарование, агрессивное поведение, психосоциальная дизадаптация, чувство «заслуженности» жестокого обращения, вовлечение в конфликт.

## SUMMARY

By «the syndrome of pedagogical violence» we mean the influence of a number of inadequate pedagogical methods, as well as actions and programs on the formation of a complex of deviations in a state of health of schoolchildren. The syndrome of pedagogical violence should be subdivided into a syndrome of the legalized pedagogical violence, administrative pedagogical violence and authoritative pedagogical violence. 220 students, who before entering the university studied in secondary schools of different parts of Russia, took part in the survey. More than 70% suffered from pedagogical violence at school. The following signs of authoritative pedagogical violence are mentioned: fear isolation, disappointment, aggressive behaviour, psychosocial disadaptation, a feeling of well-deserved cruel treatment, involvement in the conflict.

# СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДОМЕ РЕБЕНКА

*Т.Ю. Рыжкова, М.Г. Великанова*

*Санкт-Петербургское Государственное учреждение здравоохранения  
«Психоневрологический Дом ребенка №6»*

В последнее время растет число детей, страдающих нарушением психомоторного развития в раннем возрасте. Анализ литературы показывает, что в основе нарушений своевременного психомоторного развития у детей раннего возраста могут лежать следующие факторы:

- снижение темпа созревания структур мозга;
- клически оформленные нарушения развития, имеющие определенную этиологию и патогенез;
- нарушение взаимодействия между личностью и средой; например, ранняя сенсорная или социальная депривация может привести к необратимым психическим отклонениям в развитии;
- явления социальной и педагогической запущенности;
- несформированность ведущего типа деятельности [2].

Это позволило предположить, что уровень психомоторного развития у детей, воспитывающихся в доме ребенка, будет ниже нормы.

Предметом нашего исследования являлось психомоторное развитие детей первого года жизни, воспитывающихся в доме ребенка.

Целью нашего исследования было получение данных об уровне психомоторного развития детей от 1 месяца до 12 месяцев и проведение сравнительной характеристики психомоторного развития доношенных мальчиков и девочек, воспитывающихся в доме ребенка. Исследование проводилось в Санкт-Петербургском психоневрологическом Доме ребенка №6 Василеостровского района с ноября 2004 года по май 2010 года. В исследовании принимали участие 70 доношенных девочек и 70 доношенных мальчиков в возрасте от 1 месяца до 12 месяцев. Диагностика уровня психомоторного развития проводилась в соответствии с эпикризными сроками, то есть ежемесячно. Дети обследовались по модифицированным шкалам психомоторного развития Гезелла.

Шкалы рассчитаны на обследование детей от 0 до 6 лет. На первом году жизни тестовые таблицы позволяют следить за развитием ребенка с интервалами в 4 недели [1]. Психомоторное развитие оценивалось по пяти основным областям:

1. Адаптивное поведение – включает в себя восприятие взаимоотношений частей целого, их интеграцию; координацию движений глаз и рук; использование моторных возможностей для достижения практических целей; способность приспосабливаться к новым обстоятельствам и действовать в них на основании имеющегося опыта.

2. Грубая моторика – включает поструральные реакции, удержание головы, сидение, стояние, ползание и ходьбу.

3. Тонкая моторика – рассматривается использование пальцев рук в схватывании и манипулировании объектами.

4. Речевое развитие – включает все видимые и звуковые формы коммуникации: выражения лица, поструральные движения, вокализации, слова, фразы и предложения.

5. Социализация личности – отражает реакции ребенка на социально-культурное окружение.

На базе имеющихся шкал была разработана числовая шкала и график развития ребенка, куда заносились результаты обследования (Таблица №1). (См. ниже).

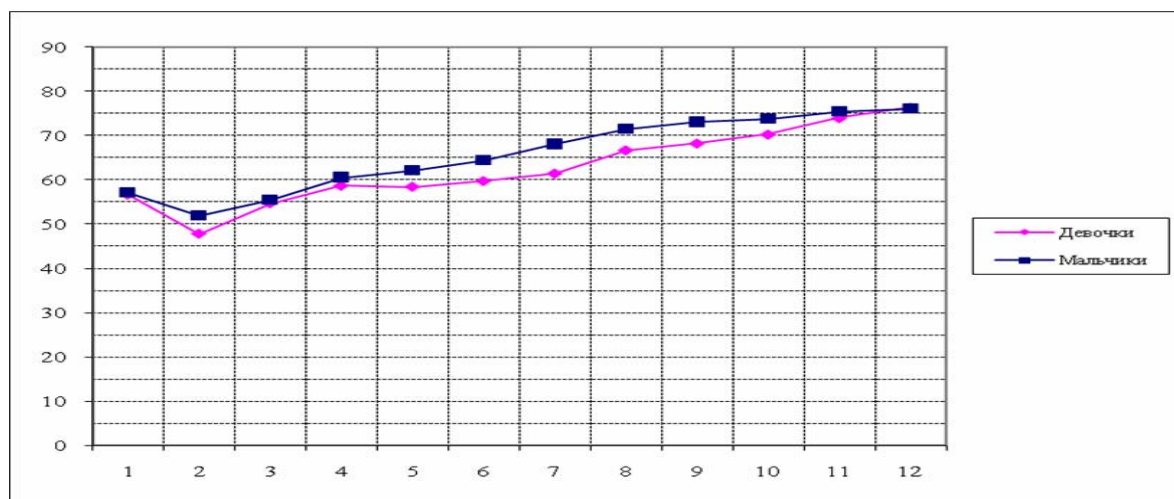
В верхнюю часть таблицы в числовые значения (адаптивное поведение, грубая моторика, тонкая моторика, речь и социализация) заносились ежемесячные результаты обследования детей, то есть на каком уровне развития в определенный эпикризный срок находится каждый ребенок. Это позволяло выявить проблемы в развитии и определить зону ближайшего развития на последующий месяц, то есть скоординировать работу педагогов и специалистов, работающих с конкретным ребенком.

В нижнюю часть таблицы заносился коэффициент Гезелла в соответствии с данными, вычисленными из числовых значений. Таким образом, на каждого ребенка в течение первого года жизни вычерчивался график индивидуального развития.

На основании собранного материала, была составлена сводная таблица психомоторного развития и вычерчен график, на котором отражена динамика психомоторного развития доношенных девочек и доношенных мальчиков первого года жизни (График №1).

График №1

Динамика психомоторного развития у доношенных девочек и мальчиков первого года жизни



Исследование выявило сходство и различия в развитии мальчиков и девочек, находящихся в условиях Дома ребенка, и позволило наиболее точно планировать работу с детьми по психомоторному развитию.

Как видно из графика, изначально дети поступали примерно с одним уровнем психомоторного развития (девочки – средний коэффициент 59, мальчики – средний коэффициент 60), что соответствовало умеренному отставанию общего уровня психомоторного развития. После поступления у всех детей на втором месяце жизни отмечался спад в развитии (у девочек – средний коэффициент 48, у мальчиков – средний коэффициент 52), что возможно объяснить периодом адаптации в Доме ребенка. Далее психомоторное развитие проходило по плавно нарастающей кривой, как у девочек, так и у мальчиков. В течение всего первого года жизни психомоторное развитие мальчиков опережало психомоторное развитие девочек. Но к 12 месяцам средние показатели психомоторного развития у девочек и мальчиков имели одинаковое значение (средний коэффициент – 76), что соответствует незначительному снижению общего уровня психомоторного развития.

Анализ индивидуальных графиков психомоторного развития позволил заключить, что все дети, находящиеся в Доме ребенка улучшают показатели уровня психомоторного развития по сравнению с показателями на момент поступления. Следует отметить, что мальчики имеют более низкие показатели по сравнению с девочками по таким функциям, как тонкая моторика и речь. Зона ближайшего развития у каждого ребенка индивидуальна, но по проведенному исследованию мы выявили, что мальчикам необходимо уделять особое внимание при развитии тонкой моторики и речи.

Таким образом, в результате проведенных исследований были сделаны следующие выводы:

- уровень психомоторного развития у детей, воспитывающихся в доме ребенка, ниже нормы.

- своевременный контроль за психомоторным развитием ребенка позволяет более точно планировать индивидуальные меры коррекции и профилактики, направленные на создание условий полноценного развития всех сторон психики ребенка.

- специалисты, работающие с детьми, и воспитатели должны своевременно и правильно определять задачи для дальнейшего хода развития детей.

- медико-психолого-педагогическое сопровождение детей является залогом их всестороннего гармоничного развития.

## Литература

1. В.И. Гордеев, Ю.С. Александрович. Методы исследования развития ребенка: качество жизни (QOL) – новый инструмент оценки развития детей. – СПб, «Речь», 2001.

2. Мамайчук И.И., Ильина М.Н. Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития. Научно-практическое руководство. – СПб:



Речь, 2004.

## РЕЗЮМЕ

В статье отражена сравнительная характеристика психомоторного развития доношенных девочек и доношенных мальчиков, находящихся в условиях «Психоневрологического дома ребенка». Описано проведение исследования по методике Гезелла, приведена авторская разработка «Карты динамики психомоторного развития» детей первого года жизни. Дано описание сходств и различий в развитии мальчиков и девочек, находящихся в условиях Дома ребенка.

## SUMMARY

In clause the comparative characteristic of psychomotor development of the girls born in time and the boys born in time which is being conditions of «Psychoneurological children's home» is reflected. Carrying out of research by technique Gezell's is described, author's development of «the Card of dynamics of psychomotor development» children of the first year of a life is resulted. The description of similarities and distinctions in development of boys and the girls who are being conditions of children's home is given.

# ОСОБЕННОСТИ САМООТНОШЕНИЯ МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ (НА ПРИМЕРЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА И ПИЕЛОНЕФРИТА)

*Т.В. Свиридова*

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

Современное общество характеризуется растущей потребностью в индивидуальном личностно-ориентированном подходе к подростку, к его развитию. Младший подростковый возраст является узловым периодом формирования личности, наиболее сензитивным для развития самосознания, самооотношения [1], [2], [3].

Следствием качественного изменения самосознания у подростков является повышение конфликтности, противоречивости самооотношения, обострение личностных переживаний [4], [5], [6].

«...Чтобы понять, что же такое незащищенность, ранимость подростка, – пишет Ф. Дольто, – представим себе раков и лангутов, меняющих панцирь: они прячутся в расщелины скал на время, нужное для образования нового панциря, который сможет их защитить. Но если в этот момент, когда они так уязвимы, на них кто-то нападает и ранит их, рана эта сохранится навсегда, и панцирь лишь скроет шрамы, но не залечит раны» [7], [14].

В условиях хронической болезни подростки находятся в качественно иной социальной ситуации развития: хроническая астенизация, ограничение социальных контактов, родительская гиперопека и т.д. [8], [9], [10].

В связи с этим возникает потребность в учете особой социальной ситуации развития такого подростка, так как хроническая соматическая болезнь может изменить объективное место, занимаемое им в жизни, а тем самым и его «внутреннюю позицию» по отношению ко всем обстоятельствам жизни, и, наконец, его самооотношение (по В.В. Столину), как обобщенное чувство субъекта в адрес собственного «Я».

С ростом числа хронически больных подростков (по данным Госкомэпиднадзора у 30-50 % детей школьного возраста наблюдаются хронические соматические заболевания) усиливается необходимость в исследовании личности хронически больных подростков, их самооотношения.

Важно отметить, что в литературе исследованию самосознания хронически больного подростка и его самооотношения уделяется не достаточное внимание. В рамках изучения таких феноменов самосознания подростков как внутренней картины болезни, «Я-концепции», образа «Я», самооотношения [11], [12], [13] авторы отмечают инфантильность личности с доминированием в мотивационно-потребностной сфере мотива «выздоровления», «слипание» уровней самооценок, негативное, ригидное или конфликтное самооотношение.

Авторы, исследовавшие такие феномены как познавательная деятельность больных с хронической почечной недостаточностью [14], психические нарушения личности взрослых с хронической почечной

недостаточностью [15], невротические реакции у больных с хроническим гломерулонефритом и пиелонефритом [16], изменения поведения при приеме кортикостероидов [17], отмечали особое развитие личности детей с хроническим гломерулонефритом и пиелонефритом.

В связи с большой актуальностью и недостаточной разработкой изложенной выше проблемы целью нашего исследования стало изучение особенностей самоотношения у младших подростков с хроническим соматическим заболеванием (на материале хронического гломерулонефрита и пиелонефрита).

В исследовании приняли участие 326 младших подростков (10-12 лет), из них: находящихся на периодическом лечении с диагнозом хронический гломерулонефрит или хронический пиелонефрит (со стажем заболевания не менее 4 лет) в отделении нефрологии – 186 человек (80 мальчиков и 96 девочек) и соматически здоровых, систематически обучающихся в школе – 140 человек (75 мальчиков и 65 девочек).

К объективным специфическим условиям, в которых находится младший подросток с хроническим гломерулонефритом и пиелонефритом, по мнению экспертов-педиатров можно отнести: внезапность заболевания, синдром общей интоксикации, отеки (временно деформирующие внешность), длительный постельный режим, ограничение физической нагрузки, преимущественно домашнее обучение, употребление большого количества лекарств (в том числе кортикостероидов), гипонатриевая диета, длительность пребывания в стационаре, ограничение прогулок, нестойкость периода ремиссии, систематичность пребывания в стационаре, длительность самого выздоровления.

Опираясь на представления о самоотношении в отечественной психологии, в частности, на концепцию о личностном смысле «Я» В.В. Столина [19], были поставлены задачи, направленные на изучение у хронически больных подростков интегрального самоотношения (внутренне недифференцированное чувство «за» и «против» самого себя, его компонентов – самоуважения, аутосимпатии, самоинтереса, ожидания положительного отношения других людей и внутренних действий в адрес самого себя или готовность к таким действиям, самоуверенность, отношение других, самопринятие, саморуководство, самообвинение, самоинтерес, самопонимание).

В исследовании использовался тест-опросник самоотношения (В.В. Столин, С.Р. Пантелеев).

Исследование показало, что у хронически больных и здоровых подростков выражено интегральное чувство «за» свое «Я». В самоотношении представлены его основные компоненты: самоуважение, аутосимпатия, самоинтерес.

Характерными особенностями самоотношения данного возрастного периода является то, что в основном, его компоненты находятся в зоне выраженности и составляют средние значения ( $50 \% < \alpha < 74 \%$ ).

Исключение составляет компонент «ожидание положительного отношения других», среднее значение которого находится в зоне невыраженности и указывает на большую направленность младших подростков на себя, чем на других людей. Отсутствие выраженности «отраженного самоотношения» в структуре самоотношения младших подростков может быть связано и с механизмом проекции, который позволяет «выносить» негативные переживания по поводу собственного «Я» во вне.

Самоотношение младших подростков обеих групп характеризует в целом начальным этапом развития, когда наряду с размытостью «Я» и невысокими самоуверенностью и саморуководством, подростки испытывают довольно выраженный интерес к себе, принимают себя в большей части, чем обвиняют, склонны к самопониманию.

По сравнению со здоровыми сверстниками, самоотношение хронически больных младших подростков составляют значимо низкие средние значения интегрального самоотношения и его компонентов. Средние величины интегрального чувства «за» или «против» у хронически больных подростков составляют 67,7 % (область выраженности признака) и у здоровых – 76,5 % (область яркой выраженности признака); самоуважения у хронически больных подростков – 52,5 % и у здоровых – 64,6 %; аутосимпатии у хронически больных подростков – 61,0 % и у здоровых – 67,0 %; ожидания положительного отношения от других у хронически больных подростков – 39,0 % и у здоровых – 47,0 %; самоинтереса у хронически больных подростков – 65,2 % и у здоровых – 73,1 %. Выявленная значимость различий, согласно критерию Манна-Уитни, достоверна для интегрального самоотношения, самоуважения, ожидания положительного отношения от других, самоинтереса на уровне значимости  $\alpha < 0,01$ , для аутосимпатии на уровне значимости  $\alpha < 0,05$ .

Кроме того, у младших подростков с хроническими соматическими заболеваниями значимо ниже, чем у здоровых сверстников (по критерию Манна-Уитни,  $\alpha < 0,01$ ) средние значения установок в адрес собственного «Я»: самоуверенность, отношение других, самопринятие, самоинтерес.

Как у хронически больных, так и у здоровых подростков-девочек наблюдаются более высокие средние значения установок на внутренние действия в адрес своего «Я»: самоинтереса и самоуверенности, чем у подростков-мальчиков (критерий Манна-Уитни,  $\alpha < 0,01$ ). Это может говорить о более сильном «Я» девочек, о более раннем созревании личности девочек, чем мальчиков. Наиболее уязвимыми в личностном плане являются хронически больные подростки-мальчики.

Таким образом, хронически больные младшие подростки значимо ниже, чем здоровые, уважают себя, испытывают симпатию и интерес к своему «Я», практически не ожидают к себе положительного отношения, что в дальнейшем приводит к инфантилизации личности, к проблемам в социальной адаптации.

Выявленные особенности самоотношения необходимо учитывать значимым взрослым (родителям, педагогам, врачам, психологам) для реализации личностно-ориентированного подхода к таким подросткам.

## Литература

1. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: избр. психол. тр. / [под ред. Д.И. Фельдштейна]. – М.; Воронеж : МОДЭК, 1995. – 348 с.
2. Выготский Л.С. Собр. соч.: в 6 т. / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1983. – Т. 3. Основы дефектологии. – 368 с.
3. Фельдштейн Д.И. Психология взросления: Структурно-содержательные характеристики процесса развития личности: избр. тр. / Д.И. Фельдштейн. – М.: Моск. психол.-соц. ин-т : Флинта, 2004. – 672 с.
4. Андреева Е.Н. Самоотношение подростков / Е.Н. Андреева // Психология современного подростка. – СПб.: Речь, 2005. – С. 27-36.
5. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. – М.: Издательская группа «Прогресс», 1996. – 344 с.
6. Blos P. The young adolescent / P. Blos. – N.Y., 1970. – 252.
7. Дольто Ф. На стороне подростка / Ф. Дольто. – Екатеринбург: У-Фактория, 2004. – 368 с.
8. Зикеева Л.Д. Невротические реакции у больных хроническим гломерулонефритом и хроническим пиелонефритом / Л.Д. Зикеева // Клиническая медицина. – № 9. – 1974. – С 43-47.
9. Soliday E. Behavioral Effects of Corticosteroids in Steroid-sensitive Nephrotic Syndrome / E. Soliday, Sh. Grey, V. Mare // Pediatrics. – 1999. – Vol.104 (4 Oct.) – P. 51.
10. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. / В.В. Николаева. – СПб.: Изд-во Питер, 2000. – 512 с.
11. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1995. – 600 с.
12. Куртанова Ю.Е. Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Ю.Е. Куртанова. – М., 1984. –18 с.
13. Лопаткин Н.А. Психические нарушения у больных хронической почечной недостаточностью / Н.А. Лопаткин, М.В. Коркина, М.А. Цивилько // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1971. – Вып. 8. – С. 1835-1841.
14. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М.: Изд-во Моск. гос. ун-та, 1987 – 168 с.
15. Столин В.В. Познание себя и отношение к себе в структуре самосознания личности: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / В.В. Столин. – М., 1985 – 37 с.
16. Султанова А.С. Внутренняя картина болезни подростков, перенесших операцию при врожденном пороке сердца: автореф дис. ... канд. психол. наук. – М., 2000 – 28 с
17. Hall S. The Effects of Corticosteroids on Behavior in Children with Nephrotic Syndrome / S. Hall, G. Thorley, P.N. Houtman // Journal of the International Pediatric Nephrology Association. – 2003. – Vol. 18, №12 (Dec.). – P. 1221-1223.

18. Фаиз Р.Д. Тревога и ее влияние на отношение к болезни и лечению у больных хроническим заболеванием (на материале хронического гломерулонефрита): дис. ... канд. психол. наук / Р.Д. Фаиз. – М., 1998. – 117 с.

19. Филякова Е.Г. Образ Я детей с хроническими соматическими заболеваниями: (бронхиальная астма- и гастродуоденальная патология) / Е.Г. Филякова, В.В. Николаева, В.Н. Касаткин // Педиатрия. – 2000. – № 4. – С. 97-102.

## РЕЗЮМЕ

В исследовании особенностей самоотношения у младших подростков с хроническим соматическим заболеванием приняли участие 326 респондентов 10-12 лет, из них: хронически больных – 186 человек и соматически здоровых – 140 человек. По сравнению со здоровыми сверстниками, самоотношение хронически больных младших подростков составляет значимо низкие средние значения интегрального самоотношения и его компонентов: самоуважения, аутосимпатии, ожидания положительного отношения от других, самоинтереса. Особая социальная ситуация развития хронически больных подростков влияет на развитие самоотношения, инфантилизирует его, искажает развитие личности младшего подростка в целом.

## SUMMARY

The study of the self-attitude particularities of young adolescents with chronic somatic disease (glomerulonephritis and pyelonephritis) was based on the cases of 326 young adolescents (10-12 years). There were 186 chronic patients and 140 healthy children. Being compared with their healthy peers the young adolescents with chronic diseases show significantly low level of the aggregated self-attitude values such as: self-esteem, self-liking, expectations of the positive attitude from the others etc. So the social situation of growing with a chronic disease affects the development of the self-attitude, makes it immature and distorts the evolvement of young adolescents in whole.

# **ОТНОШЕНИЕ МАТЕРЕЙ И ОТЦОВ К ОСТРОМУ РЕСПИРАТОРНОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ У СВОЕГО РЕБЕНКА МЛАДЕНЧЕСКОГО, РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*Н.Д. Узлов, Н.Г. Могилевец*

*Березниковский филиал Пермского государственного университета*

В общей структуре патологии детского возраста ведущее место занимают болезни органов дыхания, среди которых наиболее часто встречаются острые респираторные заболевания (ОРЗ). На их долю приходится более 90% всех болезней респираторной системы у детей. Ежегодно у детей регистрируется до 65–70 тыс. случаев ОРЗ на 100 тыс. населения, что в 2,7–3,2 раза выше, чем у взрослых [3]. Максимальная заболеваемость ОРЗ среди детей отмечается в возрасте от 6 месяцев до 6 лет и составляет от 4 до 6 заболеваний в год, превышение этого порога дает основание относить таких детей к часто болеющим (ЧБД). Согласно статистике среди детей раннего возраста, посещающих детские сады, группа ЧБД может составлять около 40% и до 50%, в то время как среди школьников частые ОРЗ отмечаются менее чем у 15% детей и подростков [4].

Одним из важных факторов эффективности лечебных мероприятий при ОРЗ у детей является адекватное и грамотное включение в этот процесс родителей больного ребенка [2]. Важную роль играют установки родителей на болезнь, их представления о сущности терапии, профилактики и др., которые не только указывают на уровень их санитарной культуры, но и нередко являются скрытыми индикаторами состояния семейной системы, в которой ребенок проявляет себя как «симптом своих родителей». Если ребенок часто болеет, то причину болезни следует искать и устранять в состоянии здоровья семьи. При болезни ребенка нередко страдает психологический климат в семье. Так, установлено, что рекуррентные респираторные заболевания у детей более чем в 50% семей сопровождаются умеренным или значительным напряжением отношений между родителями и более чем в 57% — дефицитом внимания к другим членам семьи, в том числе и к другим детям. В целом показано, что более 70% родителей, дети которых часто болеют ОРЗ, констатируют ухудшение качества своей жизни [4].

Цель настоящего исследования – сравнительное изучение различий в отношении матерей и отцов к ОРЗ у своего ребенка. В исследовании принимали участие матери и отцы 60 детей возрасте от 0 до 6 лет, которые приводили своего заболевшего ребенка на прием к врачу в детскую поликлинику № 1 г. Березники. Все испытуемые были разделены на 3 группы, в соответствии с возрастом детей: младенческий (0-1 год), ранний детский (от 1 года до 3 лет), дошкольный (3-6 лет). Таким образом, каждая группа включала в себя 20 отцов и 20 матерей. Респонденты - в возрасте 20-35 лет, имеющие средне-специальное или высшее образование, работающие, материально обеспеченные, ухаживающие за больным ребенком, главным образом,

самостоятельно, без привлечения бабушек и других родственников. Все семьи по данным медицинского наблюдения характеризовались как социально благополучные.

В работе использовались следующие эмпирические методы: клиническая беседа, методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) [1]; специально разработанная для этих целей методика «незаконченных предложений» (НП), которая включала себя следующие высказывания: «Когда болен мой ребенок я: чувствую..., стараюсь..., делаю..., требую..., запрещаю..., позволяю..., избегаю..., занимаюсь..., обращаюсь за помощью к...».

В табл.1 представлены данные, полученные на основе опросника ДОБР.

Таблица 1

### Отношение матерей и отцов к ОРЗ у своего ребенка

Шкалы	Возраст 0 – 1		t- критерий	Возраст 1 – 3		t- критерий	Возраст 3 – 6		t- критерий
	Матери	Отцы		Матери	Отцы		Матери	Отцы	
Интернальность	7,25	5,75	<b>3,01*</b> **	7,35	4,10	<b>2,13**</b>	6,95	5,12	<b>2,05*</b>
Тревога	4,30	2,15	<b>3,45*</b> **	2,75	2,15	1,62	2,00	1,15	1,42
Нозогнозия	1,95	4,50	<b>8,73*</b> **	2,01	2,74	0,79	1,00	2,00	0,68
Контроль активности	4,85	5,00	0,07	2,10	3,90	<b>2,15**</b>	4,00	7,00	<b>2,74**</b>
Общая напряженность	2,06	5,76	<b>13,6*</b> **	1,81	4,67	<b>5,67***</b>	1,53	3,79	<b>3,57***</b>

Условные обозначения: \* - различия значимы (\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$ )

Как видно из табл.1, матери, независимо от возраста ребенка, более склонны к экстернальному родительскому контролю болезни ребенка, преуменьшая тем самым свою ответственность за ее возникновение, в то время как отцы описывают свое поведение как AMBIENTНОЕ (различия статистически достоверны). Интересно, что принятие на себя ответственности за болезнь ребенка косвенно подтверждалась методикой НП: 13,7 % отцов (8 чел.) в общей сложности переживали по поводу болезни чувство вины, в то время как его испытывали только 3 матери (5 %). Объяснение экстернальному материнскому контролю, на наш взгляд, кроется в различиях мужской и женской родительской психологии: женщины по своей природе более иррациональны, их уход за ребенком основан на эмоциях и инстинктах, в то время как мужской



взгляд базируется на рассудительности, логичности, готовности к принятию ответственных решений.

Умеренный показатель тревоги выявлен только у матерей заболевших младенцев, который статистически значимо отличался от уровня тревоги отцов ( $p < 0,001$ ). Во всех остальных возрастных группах у испытуемых он оказался незначительным, в пределах 1-3 баллов, что, по мнению авторов опросника ДОБР, может указывать на вытеснение тревоги. Вместе с тем, в клинической беседе и на основе методики НП установлено, что переживание тревоги и беспокойства по поводу болезни свойственно большинству родителей (60-75 %), в значительной степени (страх) – матерям, в меньшей степени – отцам заболевшего ребенка с тенденцией уменьшения частоты переживания подобных чувств по мере перехода ребенка в следующую возрастную категорию. Любопытно, что наряду с сострадательными чувствами, транслируемыми матерями своему ребенку, в единичных случаях (10 % обследованных матерей, имеющих детей в возрасте 3-6 лет) отмечалось отчетливо выраженное раздражение по поводу его болезни, чего не выявлено в ответах отцов.

По параметру «нозогнозия» установлено, что отцы, имеющие детей младенческого возраста, склонны более адекватно (нормонозогнозически) оценивать тяжесть болезни своего ребенка, в то время как матери демонстрируют гипонозогнозическую реакцию ( $p < 0,001$ ). Последняя, как видно из табл.1, ярко проявляет себя в поведении обоих родителей, имеющих детей старших возрастов. Таким образом, ОРЗ у детей большинством родителей не воспринимается как достаточно серьезное заболевание. Соответственно, ответы испытуемых, выявленные на основе методики НП по параметрам «стараюсь» и «делаю» включали, главным образом, описание действий медицинского плана: «лечить», «ухаживать», «заботиться о нем», «облегчить боль», «давать лекарства», «выполнять предписания врача» и проч. И лишь единичные ответы касались установления эмоционального контакта с ребенком: «общаюсь с ребенком» (больше у отцов), «стараюсь быть с ним нежнее», «успокоить», «развеселить», «приготовить ему что-нибудь вкусенького» (у матерей).

И матери, и отцы младенцев устанавливают адекватный уровень контроля активности младенца, заболевшего ОРЗ, что, на наш взгляд, происходит «автоматически» в силу недостаточной развитости моторных функций ребенка и высокой степени зависимости его состояния от поведения взрослых. У родителей, имеющих детей раннего возраста во время болезни этот контроль ослабевает и несколько усиливается при достижении дошкольного периода. При этом отцы демонстрируют тенденцию усиления контроля активности больного ребенка с тенденцией соблюдения требований «лечебного покоя», больше – в старшей возрастной группе ( $p < 0,01$ ). Эта тенденция находит свое отражение и в ответах испытуемых по методике НП по категориям «требую от ребенка», «запрещаю», «позволяю». Так, требования «соблюдать постельный режим» исходит от 15-25 % матерей и 40-45 % отцов в группах детей раннего и дошкольного возраста. Перечень запретов и разрешений у матерей отличается большим диапазоном и противоречивостью. Ребенку запрещается (в порядке

убывания частоты ответов) «бегать, прыгать», «играть в компьютерные игры», «гулять», «смотреть телевизор»; допускается в 25-30 % случаев «играть» (в 10% случаев на игры накладывается полный запрет), в равной степени нельзя и можно (5-15 % ответов) «баловаться» и «шалить», «заниматься любимыми делами» (10 %) и даже «поздно ложиться спать». Более половины опрошенных отцов запрещают своему ребенку во время болезни «ходить» (т.е. требуют находиться в постели), зато позволяют ему «капризничать» (25-35 % ответов) и «заниматься любимыми делами» (до 75 % респондентов указанных групп), что также свидетельствует о непоследовательности воспитательных стратегий отцов. От 40 до 55 % опрошенных отцов, включая отцов младенцев, подтвердили, что болезнь есть один из способов установления доверительных отношений с ребенком: «больше общаюсь с ним», «требую от ребенка спокойствия и терпения», «избегаю строгости, ссор с ним». 65 % отцов отметили, что полноценному общению с детьми мешает их профессиональная занятость, в то время как для матерей, в ряде случаев, пребывание на больничном листе по уходу за ребенком является дополнительной возможностью заняться домашними делами, уборкой, а если ОРЗ протекает не тяжело, то и для отдыха.

В оценке общей напряженности получены средне-низкие показатели у матерей и средние значения у отцов. При этом отцы в целом демонстрируют относительно большее напряженное отношение к ОРЗ у своего ребенка, в сравнении с матерью (различия статистически достоверны,  $p < 0,001$ ).

Суммируя вышесказанное, можно утверждать, что в целом существуют определенные различия во взглядах на ОРЗ у заболевших детей их матерей и отцов. Материнское отношение характеризуется высокой терапевтической активностью, направленной на скорейшее выздоровление; умеренной или относительно низкой тревожностью, эмоциональностью; поиском внешних причин возникновения болезни, тенденцией рассматривать ОРЗ как не очень значимое, но фатально неизбежное в детском возрасте заболевание, от которого можно избавиться с помощью медикаментозных средств; противоречивостью в использовании режимных мероприятий. Отцы, наоборот, несмотря на их относительную отстраненность в вопросах ухода и воспитания, более взвешенно и ответственно подходят к проблемам заболевшего ОРЗ ребенка, ищут внутренние, заложенные в семье причины его возникновения; формируют нормонозогностическую картину болезни с учетом возможных ее последствий; стремятся осуществлять контроль за соблюдением режимных мероприятий. Однако их воспитательные воздействия также отличаются недостаточной последовательностью в силу ситуационной включенности в контакт с больным ребенком, факультативностью, в сравнении с доминирующим материнским влиянием. Приведенные нами данные могут быть интерпретированы в контексте идей известного педиатра Евгения Комаровского о необходимости изменения воспитательной родительской (феминистской) парадигмы в сторону «распространения мужских взглядов на процесс выращивания детей» [2].

## Литература

1. Каган, В.Е. Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) / В.Е.Каган, И.П.Журавлева // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии: методическое пособие /под ред. Д.Н.Исаева, В.Е.Кагана. – СПб., 1991. – С. 30-34.
2. Комаровский Е.О. ОРЗ: Руководство для здравомыслящих родителей /Е.О.Комаровский. – М.: КЛИНИКОМ, 2008. – 640 с.
3. Коровина Н.А. Часто болеющие дети и современные возможности иммунопрофилактики острых респираторных инфекций /Н.А.Коровина, А.Л.Заплатников // Трудный пациент. – 2006. – № 9. – С. 29-33.
4. Самсыгина Г.А. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии / Г. А. Самсыгина, Г. С. Коваль // Детский врач. – 2008. – № 6. – С. 5-10.

## РЕЗЮМЕ

Исследовано отношение к ОРЗ у родителей 60 детей младенческого, раннего и дошкольного возраста, обращавшихся за педиатрической помощью. Показано, что материнское отношение характеризуется умеренной или относительно низкой тревожностью, поиском внешних причин возникновения болезни, гипонозогнозией, высокой терапевтической активностью и противоречивостью в использовании режимных мероприятий. Отцы более взвешенно и ответственно подходят к проблеме заболевшего ОРЗ ребенка, ищут внутренние, заложенные в семье причины возникновения болезни, формируют нормонозогнозическую картину болезни с учетом возможных ее последствий, в большей степени стремятся ограничить активность ребенка во время болезни.

## SUMMARY

It was examined the attitude to acute respiratory disease (ARD) of the parents beside 60 child infantile, early and preschool age. It was shown that maternal attitude is characterized moderate or comparatively low anxiety, searching for of the external reasons of the development disease, the hyponosognosia, high therapeutic activity, inconsistency resort to therapeutic regimen. Fathers approach to problems of child with ARD more deliberately and responsibly, search for internal, mortgaged in family of the reason of the origin disease, form normonosognosia picture disease with provision for possible its consequences, try to limit activity a child during disease.

# ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ю.В. Чиркова

*Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга*

Проблема формирования и становления личности ребенка с задержанным развитием является одной из важнейших в современной специальной психологии. Мало изученными остаются психические ресурсы личности ребенка с ЗПР, способствующие адапционным процессам, в частности совладающее поведение.

Понятие совладающего поведения неразрывно связано с понятием критической ситуации, стресса, так как термин *копинг* употребляют для обозначения ответов и реакций, которые индивид будет вырабатывать с тем, чтобы управлять, уменьшать или просто переживать неприятную ситуацию.

Нужно отметить, что стратегия совладания с негативными жизненными ситуациями выбирается на основе типов и характеристик факторов, вызывающий стресс. С другой стороны, эффективность совладания зависит не только от удачного выбора стратегии, но и от индивидуальных особенностей личности [3].

В рамках изучения особенностей адаптации в стрессовых ситуациях и копинг-поведения детей младшего школьного возраста, нами было проведено пилотное исследование, в котором в качестве объекта выступили 60 детей в возрасте 9-10 лет. В первую группу (экспериментальную) были включены дети с диагнозом «Смешанные специфические расстройства развития» (ССРР), обучающиеся в коррекционной школе VII вида, а во вторую (контрольную) – дети, не имеющие отклонений в психическом развитии, обучающиеся в общеобразовательной школе. Данное исследование базировалось на концепции американских специалистов [1], согласно которой, интеллектуальное ограничение является необходимым, но недостаточным условием постановки диагноза «психическая задержка», так как вторым условием является то, что интеллектуальное ограничение должно сказываться на навыках адаптивного или совладающего поведения.

В качестве психодиагностических методик использовались два опросника в авторской модификации: Симптоматический опросник самочувствия в экстремальных условиях (А.Волков, Н.Водопьянова) для изучения уровня психологической устойчивости и опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ) Vitaliano для изучения используемых стратегий совладания.

После обработки полученных в ходе исследования результатов были отмечены следующие особенности адаптации к стрессу у детей с задержанным развитием.

Только у половины детей с задержанным развитием (54%) наблюдается высокий и средний уровень психологической устойчивости к экстремальным условиям, в то время, как в контрольной группе этот показатель достигает 91%.

У 46% детей с ЗПР выявлена низкая стрессоустойчивость, высокий риск патологических стресс-реакций и невротических расстройств. Некоторые различия обнаруживаются и по выраженности различных признаков дезадаптации у детей двух групп. Результаты психодиагностического обследования представлены в таблице 1, где группа 1 – младшие школьники с диагнозом ССРР, а группа 2 – дети без патологии психического развития.

Таблица 1

Выраженность признаков дезадаптации у младших школьников (%)

Шкалы	Высокая выраженность		Средняя выраженность		Низкая выраженность	
	Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2
Истощение психических ресурсов	9	3	45	38	46	59
Нарушение воли	46	28	27	19	27	53
Эмоциональная неустойчивость	60	19	22	47	18	18
Вегетативная неустойчивость	36	6	14	41	50	53
Нарушение сна	42	13	22	30	36	57
Тревога и страхи	64	-	14	34	22	66

Полученные данные свидетельствуют о высокой выраженности дезадаптации у детей с задержкой психического развития по следующим шкалам: тревога и страхи(64%), эмоциональная неустойчивость (60%), нарушение воли (46%), нарушение сна (42%). Совершенно очевидно, что нарушение эмоционально-волевой сферы, высокая тревожность, как личностная черта, будут лежать в основе низкой эффективности адаптации. Качество сна, который является в принципе показателем эмоционального благополучия у детей данного возраста, тоже может оказывать значительное влияние на уровень приспособляемости к окружающему миру. У детей без патологии психического развития наиболее высокие показатели по шкалам нарушение воли (28%) и эмоциональная неустойчивость (19%), что соответствует возрастному уровню нервно-психического реагирования – аффективному, в случае патогенного воздействия.

В целом, исследование позволило выявить более высокую предрасположенность к патологическим стресс-реакциям у детей с задержанным психическим развитием по сравнению с младшими школьниками из группы «норма».

Можно предположить, что сам стрессовый эпизод у детей с задержанным развитием будет иметь особенности по сравнению с детьми из группы «норма». Стрессовый эпизод можно представить, как определенную последовательность следующих актов:

1. Восприятие изменения ситуации. На данном этапе существенных различий в двух группах может не наблюдаться.

2. Эмоции, как результат оценки воспринятого. У детей с диагнозом ССРП наблюдается более высокая частотность неадекватных, мало контролируемых эмоций. Нарушено управление негативными чувствами, вызванными неблагоприятными ситуациями.

3. Мысли о событии. В связи с интеллектуальной недостаточностью, в особенности недоразвитием абстрактного мышления, детям с задержанным развитием сложно оценить разные аспекты события, угадать его последствия.

4. Копинг-реакции. Можно предположить, что у детей с диагнозом ССРП они будут отличаться от тех, что используются детьми без патологии.

Итогом этой цепочки является осознанное формирование новой ситуации, то есть приспособление, которое у детей с задержанным развитием имеет более низкую эффективность.

Для выявления используемых детьми копинг стратегий, нами применялся опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ) Vitaliano. Полученные результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

### Выраженность используемых копингов у младших школьников (%)

Копинг-стратегии	Высокая выраженность		Средняя выраженность		Низкая выраженность	
	Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2
Разрешение проблем	14	63	27	37	59	-
Поиск социальной поддержки	19	66	27	34	54	-
Принятие ответственности	10	20	50	67	40	13
Подмена желаемым	64	36	56	44	-	-

Действительного						
Избегание	68	6	32	94	-	-

Как видно из таблицы 2, для детей с задержанным развитием характерно использование стратегий из группы «Избегание» (68%), которые складываются из усилий ребенка избавиться от проблемной ситуации, уйти от нее, и «Подмена желаемым действительного» (64%), т.е. попытка придать позитивное значение происходящему и справиться с трудностями путем интерпретации обстановки в позитивных терминах. Обе группы стратегий большинством специалистов признаются, как малоэффективные. В тоже время, стратегии, признанные высокоэффективными «поиск социальной поддержки» и «разрешение проблем», имеют у половины обследуемых детей с диагнозом ССРР достаточно низкую выраженность. Поиск социальной поддержки заключается в эффективных попытках, чтобы быть выслушанным, получить информацию или материальную помощь. Важно отметить, что поиск социальной поддержки состоит в усилиях, направленных на получение помощи со стороны, и не является синонимом социального окружения, ни социальной поддержки. Стратегии по типу разрешения проблем состоят в выработке плана действия и следования ему. У детей с нормальным психическим развитием наблюдается обратная тенденция: у многих высокая выраженность поиска социальной поддержки(66%) и разрешения проблем (63%). Общим для обеих групп является низкая выраженность стратегий по типу принятие ответственности, когда речь идет о признании своей роли в порождении проблемы и в попытке не повторять прежних ошибок.

У каждого человека имеется индивидуальная восприимчивость к специфическим стрессорам, этой восприимчивости будет соответствовать специфическая модель реакции на стресс [2]. Данное пилотное исследование, позволило выявить следующую закономерность: для детей с задержанным развитием характерна низкая психологическая устойчивость к кризисным ситуациям, в стрессовых ситуациях многие из них используют малоэффективные стратегии совладания, что может приводить к различным невротическим расстройствам.

### Литература

1. Мэш Э., Вольф Д. Нарушения психики ребенка. – СПб.: Еврознак, 2003. – 384 С.
2. Folkman S. Positive psychological states and coping with severe stress// Social Science and Medecine. 1997. 45(8), P. 1207-1221.
3. Graziani P. Le stress : emotions et strategies d' adaption. – Pars : Nathan, 2004. – 127 p.

## РЕЗЮМЕ

Исследование посвящено апробации двух модифицированных опросников для детей 9-10 лет с целью дальнейшего использования в диагностической и психокоррекционной работе. 60 младших школьников приняли участие в эксперименте по изучению стрессоустойчивости и совладания. Описанный психодиагностический комплекс позволяет устанавливать взаимосвязи между нарушением адаптации и используемыми стратегиями совладания.

## SUMMARY

Two tests have been developed for children aged 9-10 for use in both epidemiological and clinical studies. Two groups of 60 subjects were used to examine the coping with stressful events. This instrument of two tests can explore the causal relationship between copings and disorders in adaptation.



# ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИИ МАЛЬЧИКОВ И ДЕВОЧЕК-МИГРАНТОВ

*А.В.ЧЕБУРКОВ*

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая  
медицинская академия*

Современная парадигма образования характеризуется гуманистической направленностью. Следствием гуманизации образования является индивидуализация обучения и воспитания как одно из обязательных требований педагогики и возрастной психологии, так как поворот всей педагогической системы к личности ученика может быть осуществлен лишь при учете его индивидуальных и гендерных особенностей. В настоящее время уровень обучения и воспитания в школе в значительной степени определяется тем, насколько педагогический процесс ориентирован на психологию возрастного и индивидуального развития ребенка. Индивидуальный подход в обучении и воспитании не означает, что каждый ребенок должен обучаться индивидуально, независимо от других детей, а предполагает хорошее знание и понимание индивидуально-психологических особенностей учащихся, специфических условий, которые повлияли бы на формирование той или иной черты личности.

К сожалению, наша отечественная система образования остается безразличной к половым особенностям своих воспитанников, обучая и воспитывая их без учета полового диморфизма, одного из законов природы и общества. Анализируя работы по проблеме половой дифференциации, можно увидеть гораздо больше «белых пятен», существующих в данном вопросе, нежели решенных проблем. В отечественной же психологии тематика пола представлена настолько слабо, что это дало основание И.С. Кону назвать ее «бесполой» [1]. Мальчики и девочки по-разному воспринимают информацию, по-разному ее анализируют, у них разная работоспособность, учебная мотивация, по-разному протекают психические процессы, такие как внимание, память и т.д. Разные дети требуют разного подхода в общении и воспитании, т.е. индивидуального, дифференцированного, с учетом половозрастных особенностей развития ребенка.

Проблема половой дифференциации в воспитании и обучении важна на всех этапах развития личности, но особенно это значимо в младшем школьном возрасте, когда только начинается целенаправленное обучение человека, когда учеба постепенно становится ведущей деятельностью [1]. В течение этого периода на качественно новом уровне реализуется потенциал развития ребенка как активного субъекта, познающего собственный опыт действия в этом мире. В младшем школьном возрасте закладываются основы будущих успехов в жизни, поэтому основной задачей школы является создание оптимальных условий для раскрытия и реализации потенциальных возможностей будущих младших школьников с учетом половых различий в психическом развитии

каждого ребенка. В младшем школьном возрасте развиваются интересы в реализации самолюбия, самоутверждения. Их исходный пункт - возникающее на рубеже дошкольного детства и младшего школьного возраста отделение себя от других людей, отношение к взрослому как к образцу поведения.

Каждый ребенок – мальчик или девочка – характерным для него образом воспринимает и оценивает одну и ту же ситуацию, и у разных людей эти оценки не совпадают. Актуальное поведение человека следует рассматривать не как реакцию на определенные внутренние или внешние стимулы, а как результат непрерывного взаимодействия его диспозиций с ситуацией. Это предполагает рассмотрение мотивации как циклического процесса непрерывного взаимного воздействия и преобразования, в котором субъект действия и ситуация взаимно влияют, друг на друга, и результатом этого является реально наблюдаемое поведение.

Исследования современных ученых (Э.А. Голубева, И.В. Имедадзе и др.) свидетельствуют о том, что существуют дифференциально-половые различия индивидуально-типологических свойств и развития познавательной и личностной сфер у детей младшего школьного возраста. Эмпирические данные подчеркивают психологические различия мальчиков и девочек, что закономерно сказывается на формировании их интереса к обучению в школе как предпосылке формирования мотивационной готовности. В частности, такие свойства, как энергичность, темп и эмоциональность в общении и в деятельности лучше развиты у девочек, а вот пластичность в деятельности несколько выше у мальчиков, что позволяет сделать вывод необходимости наличия эмоциональной насыщенности в учебной деятельности, которая более всего будет привлекать девочек, нежели мальчиков.

Исследуя особенности памяти, ученые установили, что у девочек преобладает слуховая память, а у мальчиков – зрительная, следовательно, девочкам интереснее слушать информацию, а мальчикам необходимо ее зрительное подкрепление. Изучая особенности внимания у детей младшего школьного возраста, психологи заметили, что объем, устойчивость, распределение, избирательность и продуктивность у мальчиков выше, чем у девочек. Операции анализа, обобщения лучше развиты у мальчиков, а сравнения – у девочек, что позволяет судить об особенностях мыслительной деятельности детей в зависимости от их половой дифференциации.

Социальная ситуация в России и в российском образовании характеризуется широким включением детей-мигрантов в образовательный процесс, что связано с государственной политикой, миграционными процессами в стране, изменением образовательного пространства. Всё это закономерно сказывается на особенностях межличностных отношений учащихся, характере этих отношений, учебной мотивации, эмоциональной сфере.

По результатам эмпирического исследования, осуществлённого в ряде школ Санкт-Петербурга, удалось установить, что состояние учебной мотивации, учебно-познавательная деятельность учащихся напрямую связана с их гендерными особенностями и национальной принадлежностью. В частности,

девочки из Санкт-Петербурга проявляют непосредственность чувств, демонстрируют активность позиции, высокую мотивацию достижений, потребность в самореализации; у мальчиков, в свою очередь, отмечается стремление к доминированию, непосредственность и раскрепощенность поведения, пристрастие к забавам и игровому компоненту, высокая самооценка, противодействие обстоятельствам, своеволие, склонность разбрасываться, браться сразу за несколько дел. Особенности их поведения закономерно сказываются на состоянии учебной мотивации. Удалось установить, что девочки-мигранты из Средней Азии в своём поведении отличаются от девочек сверстниц русского происхождения: чаще всего они застенчивы, скромны, не стремятся демонстрировать активную позицию, у них отсутствует высокая мотивация достижений. Мальчики-мигранты из указанных выше стран наоборот проявляют личностную активность, напористость, всячески себя персонифицируют.

Большое значение в поведении мальчиков-мигрантов из Средней Азии имеют интересы установления и сохранения положительных взаимоотношений со взрослыми, особенно с представителями мужского пола. Стремление к положительным взаимоотношениям со взрослыми заставляет мальчиков-мигрантов считаться с их мнением и оценками, выполнять устанавливаемые ими правила поведения. По мере расширения контактов со сверстниками для этих мальчиков-мигрантов становится все более важным их отношение к ним, они стараются завоевать симпатию тех сверстников, которые им нравятся и которые пользуются популярностью в группе. Мальчики-мигранты из Средней Азии претендуют на то, чтобы их уважали и слушались другие, обращали на них внимание, исполняли желания. Одно из проявлений стремления к самоутверждению - притязания этих детей на исполнение главных ролей в играх.

Результаты исследования учебной мотивации мальчиков и девочек-мигрантов стали основанием для создания психокоррекционной программы, направленной на развитие учебной мотивации, формирования самооценки, ценностных ориентаций, снижение агрессивности, тревожности, - то есть на формирование адаптационных компонентов личности.

Цель психокоррекционной программы заключается в том, чтобы развить у мальчиков и девочек-мигрантов учебную мотивацию, сформировать самооценку, ценностные ориентации на достижение успеха.

Задачи работы с учащимися-мигрантами младших классов:

1. Дать первоначальные сведения об особенностях межличностных отношений внутри интегрированной группы учащихся, между представителями разных гендерных групп.
2. Формировать умение выстраивать межличностные отношения внутри интегрированной группы учащихся, между представителями разных гендерных групп.
3. Развивать эмоциональную сферу мальчиков и девочек-мигрантов, воображение, самооценку, зрительную память, наблюдательность, диалогическую речь.

4. Закрепить полученные знания в самостоятельной учебной и творческой деятельности.

Необходимо адаптировать содержание программы к условиям образовательного учреждения и уточнить принципы отбора программного содержания психокоррекционной работы с учащимися.

На наш взгляд, наиболее важными являются: принцип сотрудничества и сотворчества ребёнка, что создаёт условие диалога культур; принцип природосообразности даёт возможность создавать систему работы с учётом возрастных, индивидуальных, гендерных особенностей; принцип свободы самовыражения отражает потребности детства и гендерные особенности субъектов; принцип взаимосвязи учебно-познавательной и творческой деятельности мальчиков и девочек-мигрантов.

Реализация программы состоит из четырёх взаимосвязанных этапов.

1. этап. Организация и осуществление психодиагностики, направленной на выявление проблем мальчиков и девочек-мигрантов.
2. этап. Обогащение коммуникативного опыта мальчиков и девочек-мигрантов.
3. Дальнейшее развитие учебной мотивации, эмоциональной и познавательной сферы.
4. Непосредственная психокоррекция.
5. Заключительный этап психодиагностики, позволяющий увидеть динамику в реализации поставленных задач психокоррекционной работы.

Критериями результативности программы могут служить:

1. Развитие учебной мотивации у мальчиков и девочек-мигрантов, эмоциональной сферы, воображения, зрительной памяти, наблюдательности, диалогической речи;
2. Наличие адекватной самооценки, устойчивых межличностных отношений внутри интегрированной группы учащихся, между представителями разных гендерных групп;
3. Сформированность ценностных ориентаций на достижение успеха.
4. Учебная мотивация складывается из познавательных и социальных мотивов учения, а также мотивов достижения. С точки зрения А.К. Марковой, первоклассники характеризуются не слабым развитием сознательного управления своим поведением, а недостаточным развитием воли, проистекающим из недоразвития мотивационной сферы [2].

В исследовании убедительно доказано, что психокоррекционная работа с мальчиками и девочками-мигрантами положительно влияет на произвольное формирование межличностных отношений, а так же умения выстраивать эти отношения внутри интегрированной группы учащихся, между представителями разных гендерных групп, на развитие эмоциональной сферы мальчиков и девочек-мигрантов, их воображение, самооценку, зрительную память, наблюдательность, диалогическую речь.

## Литература

1. Кон И.С. Ребёнок и общество. – М.; 2001.
2. Маркова А.К. и др. Формирование мотивации учения: книга для учителя. – М.; 2002.

## РЕЗЮМЕ

По результатам эмпирического исследования, осуществлённого в ряде школ Санкт-Петербурга, удалось установить, что состояние учебной мотивации учащихся напрямую связана с их гендерными особенностями и национальной принадлежностью. Так девочки из стран Азии проявляют непосредственность чувств, демонстрируют активность позиции, высокую мотивацию достижений, потребность в самореализации; у мальчиков, в свою очередь, отмечается стремление к доминированию, непосредственность и раскрепощённость поведения, пристрастие к забавам и игровому компоненту, высокая самооценка, противодействие обстоятельствам, своеволие, склонность разбрасываться, братья сразу за несколько дел. Особенности их поведения закономерно сказываются на состоянии учебной мотивации.

## SUMMARY

According to the results of empiric research, which has been done in some schools of Saint-Petersburg, the fact was established that the status of educational motivation is directly connected to a gender of a student and his or her nationality. So girls from Asian countries manifest more feelings, demonstrate activity, high motivation, necessity in self-actualization; boys by-turn, show aspiration for domination, spontaneity of behavior, liking for playing process, high self-appraisal, opposition to circumstances, self-will, desire to do several things at once. The peculiarities of their behavior affect appropriately on the status of educational motivation.

# **БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ: ПРОБЛЕМЫ В СЕМЬЕ И СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ**

*Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, Т.И. Анисимова*  
*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая*  
*медицинская академия*  
*Центр поведенческой неврологии Института мозга человека*  
*РАН имени Н.П. Бехтеревой, Санкт-Петербург*

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) представляет большую социальную проблему, так как встречается у достаточно большого количества детей. СДВГ встречается у детей во всех социально-экономических группах. При этом ряд авторов отмечают, что несколько чаще СДВГ отмечается в малообеспеченных слоях населения. Данный факт можно объяснить тем, что социальные факторы чаще вызывают сопутствующие поведенческие проблемы криминального характера. СДВГ чаще встречается в регионах с повышенной плотностью населения [8].

В происхождении СДВГ играют роль генетические механизмы, органическое повреждение головного мозга и психосоциальные факторы. Всегда следует иметь в виду возможность воздействия нескольких факторов, влияющих друг на друга.

Воздействие неблагоприятных психологических и социальных факторов не является прямой причиной СДВГ, но они могут являться факторами, закрепляющими клинические проявления и усиливающими дезадаптацию детей, страдающих этим заболеванием. Большинство авторов сходятся во мнении, что СДВГ чаще встречается у детей необеспеченных и малообразованных родителей.

Неблагоприятные социально-экономические и психологические условия могут усиливать проявления расстройств, возникших в результате наследственной патологии или повреждений головного мозга в перинатальном периоде.

Г.А.Суслова (2001) выделяет следующие психологические и социальные факторы, влияющие на возникновение ММД (СДВГ): неподготовленность родителей к семейной жизни, напряженность и частые конфликты в семье, предубежденность и нетерпимость в отношении к детям. Усиливающими неблагоприятный результирующий эффект являются такие факторы как: низкий материальный уровень, стесненные условия проживания, злоупотребление алкоголем членами семьи, использование физических методов воспитания [6].

Действие негативных внутрисемейных факторов было обнаружено в 63% случаев при обследовании детей с СДВГ [2]. Среди них, наиболее часто встречались воспитание в неполной семье, частые конфликты в семье, алкоголизм у родителей, различные подходы к воспитанию ребенка. У детей генетически предрасположенных к СДВГ конфликты в семье могут усилить

остроту проявления до клинического уровня. Особенно важно, что родители ребенка с СДВГ, иногда сами страдающие этим заболеванием, зачастую отличаются стилем воспитания, характеризующимся несдержанностью и нарушающим взаимодействие с ребенком.

Семьи, имеющие детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, испытывают повышенную психологическую нагрузку. Индивидуальные особенности таких детей (импульсивность, затрудненная самоорганизация, сниженный самоконтроль, эмоциональная лабильность, речедвигательная расторможенность) негативно сказываются на внутрисемейном микроклимате. Нарушаются не только детско-родительские отношения, но возникают и усугубляются конфликты между членами семьи, в супружеских парах нередко ситуации риска развода, нервно-психическое состояние матерей, как несущих основную нагрузку по воспитанию и сопровождению ребёнка, подвергается декомпенсации.

Характерными особенностями семей детей с СДВГ являются: недостаточная экспрессивность (низкая степень открытости и выражения чувств), конфликтность, снижение поощрения к независимости. В исследуемой группе преобладают ригидный и хаотичный уровни семейной адаптации, а также разобщённый и сцепленный уровни семейной сплочённости. Нарушение процесса воспитания в семье выражается в игнорировании потребностей ребёнка, чрезмерности требований и запретов, санкций за нарушения, в некоторых случаях в жестоком обращении и эмоциональном отвержении. Родителям детей с СДВГ свойственны импульсивность, инертность, тревожная мнительность, деструктивность в супружеских отношениях. Матери детей с СДВГ ощущают неудовлетворённость ролью хозяйки дома, предъявляют жалобы на безучастность мужа, его невключённость в дела семьи, материнские обязанности воспринимают, как самопожертвование и излишне сконцентрированы на ребёнке.

Семьи, имеющие детей с СДВГ, испытывают повышенную психологическую нагрузку. Нарушаются не только детско-родительские отношения, но возникают и усугубляются конфликты между членами семьи.

Можно выделить несколько аспектов, свидетельствующих о нарушениях внутрисемейных коммуникаций, типичных для семей детей с СДВГ.

1. Взаимоотношения детей, страдающих СДВГ, с другими детьми в семье. При наличии психологической незрелости, свойственной детям с СДВГ, они пытаются руководить, лидировать, требовать подчинения от братьев и сестер. Как правило, не требовательные к себе, гиперактивные дети настаивают на следовании их плану игровых действий, в то же время, часто не умея довести задуманное до конца. Братьев и сестер детей с СДВГ тяготит нагрузка, связанная с обязанностью контроля за поведением, выполнением домашнего задания, сопровождением последних, вменяемая им родителями. В общественных местах они стыдятся негативного внимания окружающих, адресованного гиперактивному брату или сестре.

2. Трудности в отношениях гиперактивного ребенка с родителями. Такой ребёнок изначально не соответствует ожиданиям родителей, им сложно

принять его таким, каков он есть. Традиционно родители ждут от детей послушания, следования семейным правилам. Изначально симптоматика СДВГ, предьявляемая ребенком, воспринимается родителями как плохой характер, лень, упрямство с которыми надо бороться. В такой ситуации родители ужесточают требования к ребёнку, усиливают запреты и наказания, что ведёт к усугублению детско-родительских взаимоотношений.

3. Влияние наличия у ребёнка СДВГ на супружеские отношения родителей. Родители, имеющие ребёнка с СДВГ, испытывают трудности в сохранении гармоничных супружеских отношений. Поиск причин плохого поведения ребенка часто приводит к взаимным упрёкам, невозможность выйти из ситуации и посмотреть на неё со стороны являются причиной психического истощения, повышения тревоги, появления чувства безысходности. Неумение правильно организовать процесс воспитания, адекватно распределить учебные и домашние нагрузки, выработать социальные требования для ребёнка, родители, как правило, прибегают либо к ужесточению давления на ребёнка, либо устраняются от активного участия в жизни ребёнка, уходя в болезнь, в работу, находя другого брачно-семейного партнёра, разрывая супружеские отношения.

4. Психологические проблемы матери, воспитывающей ребенка с СДВГ. Наибольшая нагрузка по уходу за ребёнком, организации его жизни, ложится на матерей. В обязанности матери входит не только сопровождение ребёнка, но и коррекция взаимоотношений других членов семьи с гиперактивным ребёнком, принятие негативного отношения педагогов к ребёнку в связи с его поведением и проблемами в обучении. Она испытывает постоянный стресс, становясь мишенью для упрёков окружающих, осуждающих неадекватность такого ребёнка в социуме. В подобной ситуации женщины испытывают постоянное чувство вины, в связи с собственной несостоятельностью как матери.

Таким образом, с одной стороны социально-психологические (в первую очередь семейные) факторы выступают в качестве одного из звеньев патогенеза, а с другой стороны клинические проявления СДВГ приводят к развитию проблем в семье.

Возникновение и развитие СДВГ можно интерпретировать с помощью биопсихосоциального подхода, изначально предложенного Т. Уехкулл [9]. Биопсихосоциальный подход рассматривает человека в его естественном психобиологическом развитии применительно к здоровью и болезни в его окружении, которое он не только воспринимает, он и по мере возможности создает сам.

В рамках данного подхода изначально рассматривает человека в его естественном психобиологическом развитии применительно к здоровью и болезни в его окружении, которое он не только воспринимает, но и по мере возможности создает сам.

Общепринятым является положение, согласно которому лечение поведенческих нарушений должно быть комплексным, то есть включать как медикаментозную терапию, так и психотерапевтические методы. Цель



психотерапии детей и подростков с СДВГ — оказание им помощи в адаптации к существующим условиям жизни с учетом симптоматики данного заболевания. Одной из важнейших задач является создание комфортной психологической атмосферы, в которой ребенок не только ощущает себя в безопасности, но и успешно реализует свой потенциал. Поэтому усилия специалиста, осуществляющего поддержку ребенка с СДВГ, должны быть направлены на выявление его сильных сторон (умений, навыков, черт личности), что помогает ребенку ощутить себя успешным, повышает самооценку и мотивацию достижений и в других областях деятельности.

Безусловным фактором улучшения является создание позитивной модели отношения к ребенку в семье [4]. Психологические особенности гиперактивных детей таковы, что порог чувствительности к отрицательным стимулам очень низок, поэтому они не восприимчивы к выговорам и наказанию, но легко отвечают на малейшую похвалу.

Другой крайностью по отношению к таким детям является вседозволенность, поэтому родители должны объяснять ребенку правила поведения. R.A.Barkley (1998) рекомендует формулировать инструкции и указания для детей с СДВГ четко, ясно, кратко и наглядно [8]. По мнению К.Квашнер (2001), предварительное планирование и структурирование по времени помогают пациентам с СДВГ приспосабливаться к меняющимся процессам и ситуациям [3].

Для изменения (модификации) поведения детей используются методы поведенческой психотерапии, основанные на оперантном подходе (оперантном обусловливании). Согласно принципам оперантного обусловливания, поведение контролируется его результатом и последствиями. Модификация поведения осуществляется за счет влияния на его результаты и последствия. Главным принципом такой терапии является применение вознаграждения (материального подкрепления) ребенка за требуемое поведение и наказания за неправильное. Мы рекомендуем говорить не столько о наказании сколько, об отсутствии поощрения, то есть не «кнул и пряник» а «пряник и отсутствие пряника». Родители должны сформировать систему поощрений. В качестве «пряника» могут выступить походы в кафе, компьютерные игры, просмотр телепередач, карманные деньги и т.д. R.A.Barkley (1998) рекомендует награждение ребенка, символическими жетонами, количество которых отражает поведение ребенка. В дальнейшем жетоны меняются на конкретные ранее оговоренные поощрения - «пряники». Наказание заключается в уменьшении числа жетонов [8].

Ю.С.Шевченко (2003) выделяет три условия успешного проведения поведенческой терапии:

- 1) анализ факторов, влияющих на отклоняющееся поведение ребенка;
- 2) формулировка четкой поведенческой мишени;
- 3) подбор действенных стимулов, которые могут стать непосредственной «наградой» за желательное поведение или «наказанием» за нежелательное [1].

Важным звеном в психокоррекции детей с СДВГ является изменение поведения взрослых (родителей и учителей) – замена неадаптивных подходов к своим детям на адаптивные - тренинг родительской компетентности (ТРК).

Согласно Э.Мэш и Д.Вольф (2003), задачами ТРК являются:

- преодоление непослушания и устранение вызывающего поведения ребенка;
- адаптация к эмоциональным трудностям, вызванным воспитанием ребенка с СДВГ;
- контроль над ситуацией;
- защита других членов семьи от воздействия неблагоприятных факторов [5].

Очевидно, что семьи, имеющие детей с СДВГ, нуждаются не только в медицинской помощи, направленной на больного ребёнка, но и в психологической коррекции. Семейная терапия должна быть направлена на коррекцию межличностных отношений и устранять эмоциональные расстройства в семье, способствовать сохранению сложившихся связей, развивать их и переводить на более высокий уровень функционирования. Для достижения данных целей возможно использование системного подхода в семейной психотерапии, так как принципы системного подхода входят во все модели семейной психотерапии. В ходе семейной терапии, продолжительность которой может колебаться от нескольких недель до даже нескольких лет, выделяют ряд этапов: семейный диагноз (диагностический этап); ликвидация семейного конфликта; реконструктивный; поддерживающий [7].

## Литература

1. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков/ Под общей редакцией проф. Ю.С.Шевченко. – СПб.: Речь, 2003. – 552 с.
2. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: Учеб. пособие. – М.: Академия, 2005. – 256 с.
3. Квашнер К. Гиперкинетические расстройства //Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. - М., 2001.- С.203-207.
4. Мони́на Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая коррекция.- СПб.: Речь, 2007.- 186 с.
5. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология: Нарушения психики ребенка: Пер. с англ. - СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. - 384 с.
6. Суслóва Г.А. Научное обоснование организации медицинской помощи детям с нарушениями психосоциального развития (на примере ММД): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - СПб., 2001. - 39 с.
7. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. - СПб.: Издательство "Питер", 1999. - 656 с.
8. Barkley R.A. Attention deficit disorder with hyperactivity: A handbook for diagnosis and treatment. - N.Y., 1998. - 688 p.
9. Uexküll Th. Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Rowohlt. Hamburg

1963 - 422 p.

## РЕЗЮМЕ

Статья посвящена проблеме улучшения социальной адаптации детей, страдающих СДВГ. Рассматриваются главные причины внутрисемейных конфликтов и основные направления коррекции межличностных взаимоотношений в семьях детей с СДВГ.

## SUMMARY

Article is devoted to the advancement of social adaptation of children with ADHD. The main causes of family conflict and the main directions of interpersonal relationships correction in ADHD childrens' families are considered.

# МИШЕНИ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*М.И. Шендрик, М.П. Билецкая*

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

Психосоматические заболевания, к которым относится бронхиальная астма (БА), приводят к эмоциональной неустойчивости ребенка [4], [7]. Обострение БА у ребенка – является *стрессом* для всей семьи в целом. Особенности семейного копинга определяют адаптивность семейной системы [2], [3]. Любовь родителей, их эмоциональная поддержка во время приступа важны для болеющего ребенка, это – источник внутренней устойчивости при столкновении с болезнью [1], [5]. Важно выделить мишени семейной психотерапии детей с БА.

**Цель исследования:** изучить психологические особенности членов семей детей с БА и выделить мишени психотерапии.

Всего исследовано 300 человек. Основная группа: 50 семей (150 человек) - 50 детей 9-11 лет с атопической формой БА среднетяжелой степени тяжести и 100 родителей; контрольная группа - 50 семей (150 человек): 50 условно здоровых детей и 100 родителей.

**Методы исследования:** клинико-биографический; психодиагностический: методика «Психические состояния школьников» А.О. Прохорова; методики «Диагностика родительской любви и симпатии» и «Доминирующий компонент родительской любви» Р.В. Овчаровой и Е.В. Милюковой, опросник копинг-стратегий N.M. Ryan-Wenger, адаптированный Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским, «Копинг-тест» R. Lazarus, адаптированный Т.Л. Крюковой, опросник «Индекс жизненного стиля» R. Plutchik - H. Kellerman - H. Coute, адаптированный лабораторией клинической психологии СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, статистический.

**Клинико-биографический метод** показал, что заболевание началось в возрасте до 5 лет у 80% детей. У 1/5 матерей были преждевременные роды (на 8-м месяце). Около 60% больных детей находятся на гормональной терапии и ежегодно госпитализируются в связи с тяжестью соматического состояния. Приступы удушья возникают у ребенка еженедельно или чаще и, нередко, провоцируются конфликтами в семье.

В ходе наблюдения отмечены выраженные симбиотические связи матери и больного ребенка: мать постоянно находилась рядом со своим ребенком, обнимала его или держала за руку; рассказывая о себе и ребенке, она употребляла в речи местоимение «мы» («мы заболели», «нам пришлось», «мы ходили» и так далее).

В беседе было отмечено, что уходом за больным ребенком занимается мать. Она следит за его самочувствием, выполняет рекомендации специалистов, строго следует назначениям врачей-пульмонологов, соблюдает режим дня и диеты, необходимые больному ребенку, проводит с ним дыхательную

гимнастику и прочие лечебные мероприятия. Все это может говорить о наличии симбиотической связи с ребенком и повышенном уровне протекции в воспитательном процессе. Отец чаще отстранен от процесса ухода за больным ребенком. Нередко, отцы объясняют это тем, что у них остается мало времени на семью, из-за загруженности на работе, что может свидетельствовать о наличии у отцов детей с БА такой психологической защиты, как рационализация.

Данные семейного анамнеза также показали, что около 60% отцов детей, больных бронхиальной астмой, были военнослужащими, что может объяснять, с точки зрения детей сверхдисциплинированность в семейной системе.

Таким образом, обострение заболевания является нелегким этапом в жизни ребенка и его родителей.

А.О. Прохоров выделяет следующие положительные и отрицательные психические состояния: деятельностные состояния, состояния общения, мотивационные состояния, психофизиологические состояния, эмоциональные состояния, волевые и интеллектуальные состояния [6]. Для детей с бронхиальной астмой характерны следующие психические состояния: отрицательные деятельностные состояния ( $26,96 \pm 4,99$  – дети с БА;  $19,86 \pm 7,98$  – здоровые дети), отрицательные состояния общения ( $19,88 \pm 4,2$ ;  $14,3 \pm 5,78$ ) ( $p < 0,01$ ), отрицательные психофизиологические состояния ( $6,04 \pm 2,32$ ;  $5,18 \pm 3$ ;  $p < 0,05$ ), отрицательные эмоциональные состояния ( $14,64 \pm 2,28$ ;  $9,16 \pm 4,37$ ) и отрицательные волевые состояния ( $5,66 \pm 2,53$ ;  $3,54 \pm 1,96$ ) ( $p < 0,01$ ), что может быть обусловлено состоянием здоровья детей с БА и может быть следствием их госпитализации. Также больным детям присущи положительные деятельностные состояния, положительные состояния общения, положительные психофизиологические состояния, положительные эмоциональные состояния, однако, в контрольной группе они выражены значительно сильнее ( $p < 0,01$ ).

Родительская любовь выше в семьях детей с БА, чем в семьях здоровых детей (матери:  $35,58 \pm 2,36$  и  $31,56 \pm 4,37$ ;  $p < 0,01$ ; отцы:  $35,6 \pm 1,84$  и  $30,5 \pm 3,88$ ;  $p < 0,01$ ). Это может быть обусловлено тем, что в диаде мать-ребенок существует симбиотическая связь между ребенком и матерью, что подтверждают данные клинко-биографического метода.

Р.В. Овчаровой и Е.В. Милюковой было выделено четыре компонента психологической структуры родительской любви:

1. *Психофизиологический* (притяжение, стимулирующее тенденцию к объединению родителя и ребенка; это стремление родителя к пространственной близости с ребенком, увеличению частоты, длительности и интенсивности взаимодействия с ним, чувственность родителя по отношению к ребенку).
2. *Эмоционально-чувственный* (эмоциональная сфера сознания родителя, эта сфера глубоких личностных переживаний родителя по отношению к ребенку, доминирующий эмоциональный фон, сопровождающий взаимодействие родителя и ребенка, оценки образа ребенка и себя как родителя).

3. *Когнитивный* (определенные знания: о том, что такое родительская любовь; каковы ее проявления, способы выражения, знание личностных особенностей и интересов ребенка, учет индивидуального своеобразия ребенка).
4. *Поведенческий* (проявление родительской любви в конкретных действиях, реакциях и поступках родителя: уход за ребенком, особенности семейного стиля общения, средства коммуникации, их содержание, дисциплинарные воздействия) [5].

Для матерей детей с БА характерен смешанный компонентный состав родительской любви, основными составляющими которого являются психофизиологический ( $5,18 \pm 1,2$  и  $4,04 \pm 1,48$ ), эмоционально-чувственный ( $6,88 \pm 0,32$  и  $4,78 \pm 1,56$ ) и поведенческий ( $5,96 \pm 1,15$  и  $4,68 \pm 1,49$ ) компоненты ( $p < 0,01$ ). Причем, доминирующим компонентом является эмоционально-чувственный, что может быть обусловлено глубокими личностными переживаниями матери за состояние здоровья своего ребенка. Данный факт подтверждается клинико-биографическим методом. Для матерей здоровых детей также характерен данный компонентный состав родительской любви, однако все компоненты в нем выражены равномерно.

Для отцов детей с БА характерен только эмоционально-чувственный компонент родительской любви ( $6,64 \pm 0,48$  и  $4,64 \pm 1,06$ ,  $p < 0,01$ ), что свидетельствует о ее неструктурированности. Это может быть обусловлено отстранением отца из сферы ухода за больным ребенком, что подтверждают данные клинико-биографического метода. Однако наличие данного компонента любви у отцов свидетельствует об их озабоченности состоянием здоровья своих детей.

При напряжении и беспокойстве дети с БА, чаще используют единичные копинг-стратегии, основным содержанием которых является телесный контакт и отношения привязанности («обнимаю, прижимаю, глажу кого-нибудь из близкого»;  $p < 0,01$ ), уход от общения, погружение в свой внутренний мир («остаюсь один»;  $p < 0,01$ ) или диады малоэффективных неадаптивных стратегий, основное содержание которых – обдумывание ситуации и обращение к Богу как Высшей силе с просьбой ее разрешить («думаю об этом»;  $p < 0,01$ ) - «молюсь»;  $p < 0,05$ ). Здоровые дети склонны использовать в трудной ситуации комплексы копинг-стратегий, помогающие гибко решать возникающие трудности ( $p < 0,01$ ).

Матери детей с БА используют такие способы совладания со стрессом (обострение БА), как «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка» ( $p < 0,01$ ). Однако, по сравнению с матерями здоровых детей, им труднее принимать ответственность ( $p < 0,01$ ). Несоответствие между высоким значением планирования решения, а также положительной переоценки и сниженным уровнем принятия ответственности может свидетельствовать о малоадаптивности их копинг-поведения. Для отцов больных детей характерны такие копинг-стратегии, как «конфронтация», «дистанцирование» и «самоконтроль» ( $p < 0,01$ ). Также отмечено значимое снижение по шкале «положительная переоценка» ( $p < 0,01$ ), по сравнению с отцами здоровых детей.

Полученные данные свидетельствуют о том, что отцы устраниются из зоны конфликта. Таким образом, данные копинг-стратегии являются малоадаптивными.

Для матерей детей с БА характерным является такой механизм психологической защиты, как «интеллектуализация» ( $p < 0,01$ ), что может быть обусловлено стремлением логически объяснять причины возникновения приступов бронхиальной астмы у ребенка («надышался пылью», «объелся сладкого», «добегался» и т.д.), что подтверждает клинико-биографический метод. Для отцов больных детей характерными психологическими защитами являются «реактивные образования», а также «компенсация» ( $p < 0,01$ ). Так, отец ребенка с БА, испытывая свою несостоятельность в уходе за ним, в заботе о состоянии его здоровья, присваивает себе качества главы семьи, полностью ее содержащей и материально обеспечивающей. Однако, для отцов детей с БА также были получены значимые различия по шкалам: «отрицание», «регрессия», «проекция» и «замещение» ( $p < 0,01$ ). Это может быть обусловлено отрицанием факта тяжести заболевания, заменой решения такой нелегкой проблемы, как болезнь ребенка, на решение более простых проблем (починить машину, например), а также приписыванием своей несостоятельности в плане заботы о ребенке и переносом своих отрицательных эмоций на других людей, чаще на жену. «Отрицание», «регрессия», «проекция» и «замещение» выражены у отцов здоровых детей значимо сильнее ( $p < 0,01$ ).

Высоко значимое влияние на психические состояния детей с БА оказывает психофизиологический компонент родительской любви ( $p < 0,01$ ), а в контрольной группе – симпатия и эмоционально-чувственный компонент любви ( $p < 0,01$ ). Это может быть обусловлено тем, что родители здоровых детей озабочены не столько их здоровьем, сколько, например, их успехами в школе, межличностными отношениями со сверстниками их поведением в целом. Родители же детей с БА настолько озабочены состоянием здоровья своего ребенка, поглощены в атмосферу постоянного контроля за его дыханием, соблюдения рекомендаций врачей, что влияние психофизиологического компонента любви, несомненно, отражается на психоэмоциональном состоянии детей с БА.

Исходя из полученных результатов, можно выделить следующие мишени семейной психотерапии: отрицательные психоэмоциональные состояния детей с БА, структура компонентного состава родительской любви: баланс между всеми компонентами (психофизиологическим, эмоционально-чувственным, когнитивным и поведенческим), малоадаптивные копинг-стратегии детей с БА, малоадаптивные защитно-совладающие механизмы родителей детей с БА.

На основании данных мишеней разработана психокоррекционная программа для семей детей с бронхиальной астмой, целью которой является снижение риска возникновения приступов БА путем обучения членов семьи адаптивному поведению как в период обострения заболевания у ребенка, так и в периоды ремиссии.

## Литература

1. Билецкая М.П. Шендрик М.И. Особенности родительской любви в семьях детей с бронхиальной астмой // Актуальные аспекты психосоматики в общемедицинской практике / Под общей редакцией В.И. Мазурова, – СПб.: – 2009. С. 27-31.
2. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – СПб.: Речь, 2005. – 400с.
3. Крюкова Т.Л., Сапоровская М.В., Куфтяк Е.В. Психология семьи: жизненные трудности и совладание с ними. – СПб., Речь, 2005. – 240 с.
4. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2006, 352 с.
5. Овчарова Р.В., Милюкова Е.В. Методики диагностики родительской любви // Семейная психология и семейная терапия. 2006. №3. С. 79-87.
6. Практикум по психологии состояний: Учебное пособие / под ред. проф. А.О. Прохорова. – СПб.: Речь, 2004. – 480 с.
7. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. – СПб.: Питер, 2008.- 672 с.

## РЕЗЮМЕ

В статье рассмотрены психологические особенности семей детей с бронхиальной астмой, на основании которых были выделены мишени психотерапии. Подробно изучены психические состояния детей в период обострения заболевания, компонентный состав родительской любви, а также исследованы особенности семейного копинга. Выделенные мишени служат основой для семейной психокоррекции и психотерапии семей детей с бронхиальной астмой.

## SUMMARY

In this article psychological characteristics of families of children with bronchial asthma have been examined, on this basis targets of psychotherapy have been allocated. There were detailed studied psychical states of children, components of parental love during the exacerbation of the disease, as well as the features of family coping were investigated. The selected targets are the basis for family psychotherapy and psycho-correction of families of children with bronchial asthma.



## **РАЗДЕЛ III. ВОПРОСЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ**

### **ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА ПЛОДА И НАРУШЕНИЙ НЕЙРОРАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ: ТЕХНОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ<sup>1</sup>**

*Т.Н. Балашова, Г.Л. Исурина, И.В. Грандилевская,  
А.Ю. Регентова, М.С. Печенежская, Е.А. Бурина  
Санкт-Петербургский государственный университет  
факультет психологии и группа профилактики ФАС в России*

В России до настоящего времени отсутствовала доступная населению информация о нарушениях, возникающих у ребенка, мать которого употребляла алкоголь во время беременности. С 2003 г. факультет психологии Санкт-Петербургского государственного университета совместно с Центром наук о здоровье университета Оклахомы (США) и Нижегородским Педагогическим Университетом проводит исследования, посвященные этой проблеме.

Употребление алкоголя в период беременности является одной из главных причин врожденных дефектов и нарушений развития у детей. Одним из наиболее серьезных возможных последствий употребления алкоголя во время беременности является Фетальный алкогольный синдром – ФАС (Fetal Alcohol Syndrome – FAS), основные симптомы которого не поддаются лечению. ФАС включает аномалии в трех различных областях:

а) мозговые аномалии и расстройства, связанные с деятельностью центральной нервной системы, включая неврологические аномалии, умственную отсталость, нарушения поведения, нарушения интеллекта и/или аномалии структуры мозга;

б) пренатальный и/или постнатальный дефицит роста и веса;

в) специфические особенности строения лица – короткая глазная щель, сглаженный губной желобок, тонкая верхняя губа (кайма верхней губы).

Дети с ФАС характеризуются проблемами в обучении (не только в школе, но и в обучении элементарным навыкам), снижением памяти и внимания, они хуже контролируют свои эмоции и свое поведение, часто недостаточно осознают последствия своих поступков, могут совершать асоциальные поступки и вступать в конфликт с законом. Часто такие дети нуждаются в обучении в специальных школах. Не у всех детей, подвергшихся внутриутробному воздействию алкоголя, проявляется ФАС – у многих из них могут наблюдаться отдельные проявления или менее выраженные нарушения. Таким образом, внутриутробное воздействие алкоголя приводит к целому

---

<sup>1</sup> Проект реализован на средства гранта R24-MH082471 Национального Института Психического Здоровья США

спектру нарушений у ребенка, называемому Фетальным алкогольным спектром нарушений (ФАСН).

ФАС является неизлечимым заболеванием: специальные медицинские, социальные и психологические мероприятия могут предотвратить вторичные нарушения, инвалидизацию и социальные проблемы, однако его основные симптомы не поддаются лечению.

Распространенность ФАС, по некоторым оценкам, составляет 1,9 на 1000 рожденных детей. Однако в странах с большим потреблением алкоголя и ограниченными знаниями о влиянии алкоголя во время беременности этот процент может быть существенно выше. Эпидемиологических данных о частоте ФАС и ФАСН в России нет. Однако ряд исследований, проведенных в России, выявили, что в специальных сиротских приютах г. Москвы дети с ФАС составляют 7,9%; в специализированном неонатологическом стационаре – 3,5%, в домах ребенка г. Мурманска – 13% детей и еще у 45% детей отмечались нарушения фетального алкогольного спектра [3]. Исследование распространенности ФАС выявило, что частота диагностирования ФАС на 1000 живорожденных в Санкт-Петербурге на протяжении последних 5 лет составляла в условиях обсервационного родильного дома от 1,17% до 3,62%, а в домах ребенка от 7% до 9,3% [1].

Основным фактором риска ФАС является употребление женщиной алкоголя во время беременности. Многочисленные исследования показывают, что существует связь между дозой алкоголя и тератогенными воздействиями на плод и ребенка. Результаты исследований свидетельствуют о наличии связи между количеством потребляемого женщиной во время беременности алкоголя и ФАС. Более массивное употребление приводит к более тяжелым нарушениям, при этом исследования показали, что употребление алкоголя в малых дозах<sup>1</sup> ведет к поведенческим и когнитивным проблемам у детей.

В настоящее время осуществляется создание профилактической программы, направленной на профилактику ФАС и нарушений нейроразвития у детей. Программа разрабатывается в рамках совместного проекта, в котором принимают участие факультет психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Нижегородский государственный педагогический университет и Центр наук о здоровье университета штата Оклахома (США) при поддержке Национального американского института здоровья и Центров контроля над заболеваниями.

Работа по разработке программы включала ряд этапов.

1 этап – исследование установок в отношении употребления алкоголя во время беременности, уровня реального употребления алкоголя женщинами детородного возраста и беременными, наличия знаний о негативном воздействии алкоголя на плод и будущего ребенка и знаний о ФАС и ФАСН;

---

<sup>1</sup> В здравоохранении введено понятие универсальной меры алкоголя – одна доза. Стандартная доза – это любой напиток, который содержит около 14 г чистого алкоголя

изучение факторов, влияющих на сокращение или прекращение употребления алкоголя в период беременности и ее планирования.

В опросе приняло участие 648 женщин детородного возраста (из них, 301 беременная) и 203 врача (100 гинекологов и 103 педиатра). Перед началом исследования в целях разработки адекватного методического обеспечения было проведено 7 фокусных групп (врачи-гинекологи, врачи-наркологи, врачи-педиатры, беременные женщины, женщины детородного возраста, женщины с опытом алкогольной зависимости, мужчины – мужья\партнеры беременных женщин).

Анализ результатов исследования показал, что в целом существующие установки в отношении употребления алкоголя во время беременности не содержат жестких запретов. Больше половины обследованных женщин считают, что употребление небольшого количества качественного алкоголя на поздних сроках беременности при нормальном ее течении является допустимым (и, может быть, даже полезным). Показательно, что эту позицию практически полностью разделяют врачи-гинекологи. Такая ситуация объясняется тем, что, как выявлено в исследовании, ни женщины, ни врачи не располагают достаточными знаниями о влиянии алкоголя на плод, а также о ФАС/ФАСН. А также проведенное исследование установило, что наиболее значимые источники информации, которые могут повлиять на прекращение женщинами употребления алкоголя во время беременности является мнение врача-гинеколога и научно обоснованная информация, представленная в доступном виде.

Однако, как свидетельствуют и анализ результатов исследования, и существующих в настоящее время информационных материалов для женщин детородного возраста и беременных – четкой, научно обоснованной, убедительной, целенаправленной и доступной женщинам информации о влиянии алкоголя на будущего ребенка (книг, брошюр, плакатов, листовок) нет. Врачи-гинекологи в данном случае также не могут выступать в качестве источника адекватной информации, так как сами не располагают необходимыми знаниями и лишь немногие из них (около 20%) затрагивают в беседе с женщинами детородного возраста тему употребления алкоголя. Анализ учебных программ медицинских ВУЗов показал, что в них также отсутствуют разделы, тематически связанные с употреблением алкоголя женщинами детородного возраста, ФАС\ФАСН и формированием навыков вмешательства в связи с проблемой употребления алкоголя. Таким образом, полученные результаты определили задачи следующего этапа работы.

2 этап – разработка информационных материалов по проблеме ФАС для женщин и изучение их влияния на установки женщин в отношении употребления алкоголя во время беременности; разработка обучающих материалов по ФАС для врачей (педиатров и гинекологов) и их тестирование.

Разработке информационных материалов для женщин предшествовало проведение 4-х фокусных групп, целью которых являлось выявление особенностей восприятия женщинами информации о последствиях употребления алкоголя во время беременности и предпочтений в области

содержания печатных материалов, их дизайна и визуального представления. На основании этого были разработаны два варианта брошюр для женщин:

- «позитивные» – с позитивными визуальными образами и информацией о ФАС, представленной в форме позитивных последствий отказа от употребления алкоголя;
- «негативные» – с негативными визуальными образами и информацией о ФАС, представленной в форме негативных последствий употребления алкоголя.

Изучение влияния информационных материалов на отношения женщин детородного возраста к употреблению алкоголя во время беременности и степень информированности о ФАС (в исследовании приняло участие 420 женщин) показало их эффективность. Существенно увеличилось число женщин, имеющих адекватные представления о влиянии алкоголя на плод, ФАС и ФАСН, а также число женщин, считающих недопустимым употребление алкоголя во время беременности ни при каких обстоятельствах. Выявлено также, что брошюры с позитивными визуальными образами и позитивно представленной информацией оказались более эффективными, так как, оказывали влияние на наибольшее количество установок, касающихся алкогольного поведения во время беременности.

В рамках разработки обучающих материалов по ФАС для врачей были созданы учебные модули для гинекологов и педиатров, включающие лекционный материал и практические занятия. Практические занятия для педиатров направлены на выработку навыков диагностики ФАС\ФАСН, для гинекологов – навыков краткосрочного вмешательства.

В рамках данного проекта были разработаны основные принципы и схема краткосрочного вмешательства. Основной его целью является предотвращение воздействия алкоголя на плод для профилактики ФАС/ФАСН. Вмешательство фокусируется на двух направлениях: употребление алкоголя и планирование семьи. Конкретная цель зависит от планов и ситуации женщины и определяется в процессе беседы. Если женщина беременна или планирует беременность, то целью вмешательства является полный отказ от употребления алкоголя, так как любое количество алкоголя представляет риск в отношении ФАС/ФАСН. Если женщина нерегулярно использует контрацепцию и может забеременеть, то целью вмешательства является выбор, который должна совершить женщина: правильное применение контрацепции или уменьшение\отказ от употребления алкоголя. Процесс краткосрочного вмешательства включает оценку ситуации и планов женщины, скрининг на употребление алкоголя, предоставление информации о влиянии алкоголя на плод и будущего ребенка, оценку готовности изменить поведение, связанное с употреблением алкоголя, помощь в определении цели, обсуждение способов ее достижения и возможных препятствий, поддержку и прослеживание изменений поведения, связанного с употреблением алкоголя.

Изучение изменений в знаниях и навыках врачей, произошедших в результате обучения по разработанным модулям (в тестировании программ приняло участие 120 врачей), показало их эффективность.

3 этап – разработка специального сайта для профилактики ФАС/ФАСН. На основании результатов предыдущего этапа был разработан сайт [www.fasnet.net](http://www.fasnet.net), который включает два раздела – для женщин и для специалистов. Раздел для женщин содержит информацию о влиянии алкоголя на плод и будущего ребенка, информацию ФАС/ФАСН, брошюры и материалы, которые женщина может распечатать. Также женщины могут задать вопросы, на которые отвечают специалисты. Раздел для врачей содержит обучающие материалы по ФАС, предназначенные для гинекологов и педиатров. Врачи могут пройти обучение на сайте и получить соответствующий сертификат.

4 этап – изучение эффективности разработанного краткосрочного вмешательства. В тестировании разработанного краткосрочного вмешательства должны принять участие 700 женщин, посещающих женские консультации. Случайным образом были выбраны 10 экспериментальных и 10 контрольных женских консультаций. В экспериментальных женских консультациях было проведено обучение врачей-гинекологов, которое включало как теоретическую часть, так и обучение практическим навыкам проведения краткосрочного вмешательства, направленного на предотвращение воздействия алкоголя на плод для профилактики ФАС/ФАСН. Женщины, принимающие участие в исследовании в экспериментальных женских консультациях, проходят скрининг и стандартизованное интервью, дважды посещают гинеколога, который осуществляет краткосрочное вмешательство и дает женщинам информационные материалы, а затем интервьюируются еще три раза (через 3, 6 и 12 месяцев). В контрольных женских консультациях используется такая же схема исследования за исключением посещений гинеколога (без краткосрочного вмешательства). В настоящее время этот этап исследования еще не завершен.

### Литература

1. Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Легонькова С.В. Фетальный Алкогольный Синдром: Методические рекомендации. – СПб., 2006.
2. Jones K.L., Smith D.W., Ulleland C.N., Streissguth A.P. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. – Lancet –1973.
3. Robinson LK, Jones KL, Marintcheva G, Matveeva A, and Riley EP (2001). Physician screenings of FAS in Moscow, Russia. Paper presented at Research Society on Alcoholism, Montreal, Canada.

### РЕЗЮМЕ

Негативные последствия употребления алкоголя во время беременности – важность этой проблемы в недостаточной степени осознается не только женщинами, но, зачастую, и специалистами: врачами, психологами,

медицинскими сестрами, социальными работниками. Профилактика фетального алкогольного синдрома (ФАС) заключается, прежде всего, в разработке превентивных программ, направленных на сокращение или прекращение употребления алкоголя женщиной во время беременности.

## SUMMARY

Negative consequences of alcohol usage during pregnancy. Nowadays this problem isn't well-realized by not only women but by such specialists as doctors, psychologists, nurses, social workers. Fetal Alcohol Syndrome (FAS) prevention is first of all elaboration of preventive programmes, aimed at reducing and ceasing of women alcohol usage during pregnancy.

# **ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИИ ПАЦИЕНТОК К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ЭТИХ МЕТОДОВ**

*М.Е. Блох  
Москва*

Репродуктивное здоровье населения является одной из важнейших задач в медицине. В настоящее время практически все врачи признают необходимость психологической и психотерапевтической помощи в решении проблем репродуктивного здоровья. Однако, представления медицинского персонала о содержательном аспекте этой помощи, мотивации пациента на психологическую работу, о временном промежутке, на котором она должна быть включена в комплексную работу, весьма зачастую очень нечеткие. Медицинские центры, занимающиеся репродуктивным здоровьем, сейчас уже имеют в своем штате психологов или психотерапевтов, наряду с гинекологами, эмбриологами, врачами общей практики, но взаимопонимания и взаимодействия между ними часто нет, и они работают каждый по своему собственному алгоритму. Нередко акцент делается на физическом здоровье, а то, что психологические проблемы и взаимоотношения в семье непосредственно влияют на уровень физического здоровья, в подавляющем большинстве случаев опускается. В лучшем случае в современных схемах лечения больных назначаются седативные препараты, транквилизаторы, даются рекомендации «больше отдыхать», «не нервничать», «не переживать». Лекарственные назначения психотропных препаратов делаются специалистом, но, как показывает практика, он далеко не всегда осведомлен о назначениях других специалистов (акушеров-гинекологов, андрологов, педиатров и др.). Как правило, о необходимости включения психолога или психотерапевта в работу с пациенткой говорят в связи:

- с тревожно-депрессивными расстройствами, напряжением, страхами, чувством вины и неуверенности, возникающими в результате переживания самого бесплодия;
- с формированием мотивации к процедурам вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), создания психологического настроя в процессе лечения для повышения его результативности;
- с процессом психологического сопровождения процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). При этом акцент делается, как правило, на расслабление женщины (в том числе с помощью гипноза, аутогенной тренировки во временной промежуток вокруг и во время процесса переноса).

Не будем останавливаться на проблеме психотерапевтической работы с состояниями, возникшими как следствие переживания бесплодия – это соматопсихология и ее цель – помочь пациенту уменьшить или изменить негативные переживания по поводу болезни, но не как не лечение самой

болезненного состояния, ее причин. Не будем также развивать тему применения суггестивных техник, применяемых для снятия тревоги и имеющих целью расслабление женщины в процессе подготовки к переносу эмбриона. К сожалению, зачастую не ставится вопрос о причинах возникновения этого страха и тревоги, и, как следствие, в дальнейшем, когда организм «поймет, что его обманули», состояние тревоги и страха только увеличиваются, возможно уже на фоне состоявшейся беременности, что не улучшает ее прогноз, продолжение.

Остановимся на проблеме формирования мотивации. Мы не раз встречались с запросом, как от врачей, так и пациентов: «замотивируйте ее (женщину) на ЭКО».

Мотивация (от *lat. movere*) – побуждение к действию; динамический процесс физиологического и психологического плана, управляющий поведением человека, определяющий его направленность, организованность, активность и устойчивость. Исходя из этого классического определения, мы можем сказать, что для достижения результативности процесса мотивация просто необходима. А вот здесь начинается самое интересное: когда мы говорим о результативности процесса, результативности процесса использования ВРТ что мы под этим понимаем? Наступление биохимической беременности, беременность, подтвержденная ультразвуковым исследованием, протекающая беременность до определенного срока, доношенная беременность, закончившаяся рождением жизнеспособного плода или рождение здорового ребенка, самого способного в дальнейшем к репродукции. Мы считаем, что все усилия специалистов должны быть направлены на решение последней задачи – рождение здорового ребенка, способного в дальнейшем к осуществлению репродуктивной функции, и результативность процесса должна рассматриваться с этой точки зрения. Таким образом, мы говорим о жизнеспособном, ресурсном потомстве, а для этого нужен перинатальный ресурс (максимально нормальное протекание беременности как на физиологическом, так и на психологическом уровне («нет тела без души и души без тела»), а также адекватное потребностям ребенка качество ухода и взаимодействия с ним матери в первые годы жизни. Мотивационная готовность является важнейшей составляющей психологической готовности к материнству. Ее можно коротко описать как принятие (на неосознаваемом и осознаваемом уровнях) задачи рождения ребенка, видение в этом жизненного смысла, адекватно и динамично встроенного в общую иерархию смысло-жизненных ориентаций. То есть, в период осуществления репродуктивной функции мотивацию рождения ребенка можно образно определить следующим образом: «Я – средство для вынашивания, рождения и развития ребенка, и это – моя потребность». Важно, что «я – такое средство, которое нужно этому ребенку» (а не такое, «каким я хочу быть сама для реализации моих личных целей»).

Но психологам и психотерапевтам ставят задачу формирования мотивации на ЭКО, забывая, а может просто, не принимая во внимание, что



мотивация к ЭКО – это только часть общего процесса, а, выполнив часть, нельзя получить результат в целом.

В ходе практической работы с пациентами, страдающими бесплодием мы сталкиваемся как с пациентами, готовыми использовать на том или ином этапе вспомогательные репродуктивные технологии, так и пациентами, не допускающими применение этих методов. Во втором случае это либо категоричное отрицание процедуры по различным причинам (неестественность метода, страх влияния извне на собственное тело, запрет, основанный на религиозном убеждении и т.д.); либо избегание ситуации (пролонгирование консервативной терапии, откладывание срока принятия решения об ЭКО и т.п.). Как правило, все приведенные нами выше причины находятся на сознательном уровне, а об истинных причинах, чаще неосознаваемого уровня мы можем говорить на основании психологической диагностики и работы с такими пациентами – это незрелая мотивация рождения ребенка, отсутствие психологической готовности к родительству. Такая картина может относиться как к женщинам, так и мужчинам в семейной паре, и эта ситуация «не про детей». Нас же сейчас больше интересует группа пациентов, которая допускает использование ВРТ в процессе лечения. Их мотивация на процедуры ЭКО, ИКСИ, искусственной инсеминации и т.п. также различна:

- неготовность или нежелание тратить собственные телесные, временные, психологические ресурсы в процессе консервативного лечения, поиска причин бездетности; эта группа, желающая «быстрее забеременеть», среди этой группы встречаются пары, вовсе не страдающие бесплодием, им просто «не хочется ждать»;
- в последнее время появилась довольно большая группа пациентов, мотивирующая свое обращение в ЭКО-центры «модностью и престижностью» такого способа получения беременности («я могу позволить себе дорогостоящий метод, это повышает мой статус»);
- в связи с появлением федеральной программы возможности бесплатной процедуры ЭКО появилась еще одна группа «успеть попробовать бесплатно»;
- группа пациентов, для которых ВРТ является единственно возможным шансом получения беременности (генитальная патология, не позволяющая получить спонтанную беременность, возрастные ограничения, длительное безрезультатное лечение и т.п.).

Логичней было бы предположить, что именно последняя четвертая группа будет самой успешной с точки зрения результативности. Напоминаем, что под результативностью мы договорились понимать не просто наступление беременности, а рождение здорового ребенка, способного в дальнейшем к репродукции, а для этого получившего здоровый перинатальный опыт; и родителя, способного обеспечить адекватное качество жизни ребенка в раннем возрасте. Ведь именно эта группа так «страстно мечтает о ребенке», «готова пойти на все ради ребенка» (все выражения, приведенные в тексте, использовали пациенты реальных клинических случаев), вроде бы их

мотивация самая устойчивая. Однако, в реальной клинической практике это далеко не так. Как показывает наш опыт, любая мотивация к ЭКО может быть результативной, если есть психологическая готовность к материнству и зрелая мотивация рождения ребенка. И, наоборот, при любой мотивации к ЭКО, но при отсутствии психологической готовности к родительству результат неблагоприятен (неудача ЭКО, патологичная беременность, нежизнеспособный ребенок, ребенок с патологией).

Итак, мы видим необходимость психологической диагностики готовности к родительству и мотивации рождения ребенка, если нужно, их психотерапевтическую коррекцию, смещение приоритетов психологической помощи в центрах ЭКО с формирования мотивации к ВРТ на формирование мотивации на рождение ребенка.

## РЕЗЮМЕ

В настоящее время практически все врачи признают необходимость психологической и психотерапевтической помощи в решении проблем репродуктивного здоровья. Важным аспектом в реализации этой проблемы является формирования мотивации пациенток на ЭКО. Мотивация на процедуры ЭКО, ИКСИ, искусственной инсеминации весьма различна, но любая мотивация к ЭКО может быть результативной, если есть психологическая готовность к материнству и зрелая мотивация рождения ребенка.

## SUMMARY

Nowadays almost all doctors consider as great need using of psychic and psychotherapeutic assistance in solving problems of reproductive health. An important aspect in realization of this problem is forming of motivation of women patients for EKO. The motivation for such procedures as EKO, ICSI, and the artificial insemination can be different in some cases, but any motivation for EKO procedure can be effective if there is psychological willingness for maternity and mature motivation for childbirth.

# ДИАДНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА РАННИХ ЭТАПАХ ОНТОГЕНЕЗА И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

*И.В. Добряков*

*Санкт-Петербургская медицинская академия  
последипломного образования*

Многие авторы отмечали, что в основе психосоматических расстройств у детей раннего возраста лежат психологические проблемы [1], [6]. Их пониманию способствует диадный подход, используемый в перинатальной психологии. Согласно этому подходу, мать и младенец рассматриваются в рамках единой диады, являющейся подсистемой семейной системы [10], [13], [15], [16], [19], [21], [23], [24]. Такой подход позволяет по-новому решать проблемы, как профилактики, так и психокоррекции психосоматических расстройств новорожденных.

Профилактическая направленность является одной из важных особенностей перинатальной психотерапии. Причём объект профилактики и психотерапевтического воздействия носит диадический характер (системы «беременная-пренейт» или «мать-дитя»), то есть мать и ребёнка нельзя рассматривать отдельно.

В антенатальном периоде профилактикой нарушений развития и соматически расстройств младенцев является раннее выявление беременных женщин с высоким риском осложнений беременности и родов и проведение дифференцированной дородовой подготовки. Учитывая, что у 30% беременных женщин возникают психопатологические нарушения, из которых 77% остаются нераспознанными [20], не менее важным является их диагностика и оказание своевременной адекватной помощи. Одной из важнейших задач перинатального психотерапевта, работающего с семьёй, ожидающей ребёнка, является формирование типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). Он представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, меняющих отношения беременной к себе и к окружающим, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития пренейта [4]. В результате изучения анамнестических сведений, клинико-психологических наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними, было выделено 5 типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный [3].

Для матерей детей с соматическими расстройствами типичны тревожно-депрессивные расстройства. В структуре их психологической защиты доминируют такие механизмы, как «реактивные образования» и «гиперкомпенсация» [11].

Наши исследования, проводимые совместно с педиатром Н.П. Новиковой на базе детских поликлиник Санкт-Петербурга и Кронштадта, показали, что

при случайной беременности в 68% случаев у женщин определяется отклоняющийся от оптимального тип ПКГД.

При наличии у беременных акушерско-гинекологической патологии, соматических заболеваний, также было выявлено преобладание отклоняющегося типа ПКГД (68%, 72%, соответственно). У 70% женщин с осложнённым течением родов в анамнезе отмечался неблагоприятный тип ПКГД.

Преобладали отклоняющиеся от оптимального типы ПКГД и у женщин родивших детей, оцененных по шкале Apgar менее 7/8 баллов (80% случаев), и у матерей детей с перинатальной энцефалопатией (ПЭП) (67,7%).

Исследования показали прямую связь между тревожным состоянием матери во время беременности, патологической массой тела новорождённого и развитием в последующей жизни соматических заболеваний [12]. Нами установлено, что у матерей детей, вес тела которых при рождении был менее 2 кг и более 4 кг, – в 68,5 % отмечался неблагоприятный тип ПКГД.

Определение типа ПКГД может помочь разобраться в том, как складывались отношения в семье в связи с беременностью, с рождением ребёнка, прогнозировать каким образом будут формироваться тип привязанности, стиль семейного воспитания. Мать для новорождённого ребёнка, пережившего травму рождения, испытывающего тревогу и страх перед окружающим неизвестным миром, является гарантом безопасности, выживания в этом мире. При наличии у матери нервно-психических, соматических нарушений, она не в состоянии справиться с этими обязанностями. Более того, новорождённый индуцирует её тревогу, другие отрицательные эмоции, и его адаптация в окружающем мире крайне затруднена. У таких младенцев не формируется безопасная форма привязанности к матери (secure attachment – «В»), при которой они способны исследовать окружающий мир и познавать его. Взаимоотношения ребёнка с матерью, страдающей невротическими расстройствами или послеродовыми депрессиями, характеризуются 3 формами небезопасной привязанности по М. Ainsworth: избегающего типа (avoid attachment «А»); амбивалентно-сопротивляющегося типа (resistant-ambivalent attachment «С»); дезорганизованного типа (disorganized attachment «D») [15].

Профилактикой нарушений развития и соматических расстройств у младенцев является формирование безопасной формы привязанности, коррекция небезопасных форм. Уровень нервно-психического реагирования у детей в возрасте от 0 до 3-х лет мало дифференцирован, характеризуется повышенной общей и психической возбудимостью и получил название соматовегетативного [7], [8]. На этом фоне у них нередко развиваются психосоматические расстройства, прежде всего, имеющие отношение к системе пищеварения (младенческая колика, аэрофагия, инфантильная анорексия, пищевое недоразвитие, переедание, мерицизм, пикацизм). Учитывая, что младший детский возраст уникально и чрезвычайно сложен [2], так как дифференциация между психикой и телом ещё не завершена [13], следует помнить, что на маленького ребёнка мы можем воздействовать через мать, с которой он составляет единую систему. А исследовать особенности психики

матери куда легче, нежели ребёнка [13]. Таким образом, во время беременности и в раннем послеродовом периоде можно и нужно заниматься профилактикой возникновения психосоматических расстройств, как у матери, так и у ребёнка.

В постнатальном периоде профилактикой нарушений развития и соматически расстройств младенцев является формирование безопасной формы привязанности. Дети с небезопасными формами привязанности характеризуются высоким уровнем тревоги, испытывают и проявляют мало положительных эмоций, как правило, испытывают трудности в общении. Уровень нервно-психическое реагирование у детей в возрасте от 0 до 3-х лет мало дифференцирован, характеризуется повышенной общей и психической возбудимостью и получил название соматовегетативного [7], [8]. На этом фоне у них нередко развиваются психосоматические расстройства, прежде всего, имеющие отношение к системе пищеварения. Эти нарушения сведены в МКБ-10 под одной рубрикой F98.2 – расстройства питания в младенчестве и детстве, кроме пикацизма, имеющего шифр F98.3, анорексии (F50.) и переедания (F50.4). Младенческая колика отмечается обычно в периоде с 3 недели по 3 месяц жизни. Основными признаками колики являются криком и плач. Кормление может ненадолго ребёнка успокоить. Попытки поменять режим питания, заменить грудное молоко на смесь или одну смесь на другую, медикаментозная терапия облегчения, как правило, не приносят. R.A. Spitz отмечал, что это расстройство совершенно отсутствует у младенцев, содержащихся в приютах т лишённых материнской заботы [13]. D.M. Levy связывал младенческую колику с «первичным тревожным попустительством матери» [22]. Младенцы, страдающие коликой, воспитывались родной матерью у себя дома и получали внимание и грудь по первому требованию. R.A. Spitz считает младенческую колику, прежде всего, ранним расстройством отношений в диаде мать-дитя, представляющим собой наиболее архаичную предтечу расстройств объективных отношений. В то же время он отмечает, что возникает оно при сочетании двух факторов: тревожной гиперопеки матери и повышенного (даже умеренно) мышечного тонуса у детей [13]. С нормализацией последнего в конце 3-го или 4-го месяца жизни у большинства детей мышечный тонус нормализуется. По-видимому, с этим связано исчезновение у них симптоматики к этому возрасту [17]. Аэрофагия (от греч.: aeros – воздух, phagein – поглощать) также встречается у младенцев тревожных матерей и проявляется в заглатывании ими воздуха при жадном сосании [5, 6]. Воздух может также заглатываться ими безотносительно к приёму пищи. При этом нередко отмечается вздутие живота, вызывающие дискомфорт и болезненные ощущения. Периодически у таких детей отмечается отрыжка, провоцирующая рвоту. Инфантильная анорексия (от греч.: «а» – приставка,

означающая отсутствие; «orexis» – аппетит) выражается потерей аппетита у младенцев невротичных матерей, не способных дифференцировать подаваемые ребёнком сигналы и адекватно на них отвечать, беспорядочно по любому поводу прикладывая детей к груди. Такие матери, как правило, не понимают сыты их дети или нет. В результате дети не доедают, теряют в весе. Данное расстройство характерно для детей, незамужних женщин, женщин с нервно-психическими расстройствами. У этих женщин во время беременности, как правило, отмечались гипогестозический, тревожный и тревожно-депрессивный типы психологического компонента гестационной доминанты. Лечение детей с инфантильной анорексией требует как усилий педиатров, направленных на борьбу с гипотрофией, так и психотерапевтической работы по преодолению конфликта в отношениях в системе мать-дитя [9]. Также явления инфантильной анорексии являются важным проявлением анаклитической (от греч.: *anaclisis* – отсутствие опоры) депрессии. Этот термин был предложен R.A. Spitz в 1946 году для описания состояний, часто возникающих у детей лишённых матери при отсутствии более-менее полноценной её замены [14]. Степень тяжести нарушений и стойкости симптоматики при этом во многом зависит от особенностей взаимоотношений в диаде мать-дитя до разлуки. Пищевое недоразвитие характеризуется уменьшением массы тела ребёнка при достаточном поступлении пищи и без проявлений у него каких бы то ни было заболеваний. Развивается такое состояние при нарушении взаимоотношений в системе мать-дитя в связи с пренебрежением ребёнком и его эмоциональной и сенсорной депривацией [6]. Как правило, у матерей таких детей удаётся выявить эмоциональные расстройства, нередко связанные со скрытым нежеланием иметь ребёнка, с неудовлетворённостью браком и т.п. При эффективной психотерапевтической помощи матери состояние ребёнка улучшается [18]. Переедание детей, приводящее к тучности, возникает, как и отказы от еды, в результате неудовлетворённости ребёнка отношениями с матерью. В поведении таких детей обращает на себя внимание постоянное переедание. Процесс кормления для них символизирует связь с матерью, которую так страшно утратить. Чем больше тревожат ребёнка его отношения с матерью, чем больше он боится сепарации, тем чаще он принуждает себя есть. Еда для такого ребёнка не способ утолить голод, а попытка снизить тревогу, обрести уверенность, почувствовать своё влияние на мать. Мерицизм (от греч.: *mergikismos* – жевание) или руминация (от лат.: *ruminatio* – пережёвывание) – проявляется в форме многократного произвольного отрыгивания проглоченной пищи и повторного её пережёвывания. Процесс отрыгивания при этом не вызывает у ребёнка неприятных ощущений, как это бывает обычно. Мерицизм может быть как средством привлечения ребёнком внимания к себе

недостаточно заботливой матери, так и результатом реакции чрезмерно тревожной и опекающей матери на обычное срыгивание. Длительное повторное пережёвывание пищи стимулирует выработку эндорфинов [9], и делается необходимым младенцу с небезопасной формой привязанности. Пикацизм (от лат.: *rica* – сорока) проявляется у детей в желании поедать несъедобное,. У многих матерей детей склонных к копрофагии выявляются нарушения психотического уровня (в основном депрессивные). Отношение к ребёнку у них характеризуется непостоянством и противоречивостью: проявления гиперопеки и сверхконтроля периодически сменяются гипоопекой и эмоциональным отвержением, при чём открытых проявлений негативных чувств к ребёнку у матерей нет. Среди детей-копрофагов значительно чаще, чем у их сверстников, возникают несчастные случаи, связанные недостаточным вниманием к ним матерей (случайно обжигаются, падают, глотают острые предметы и т. п.) [13]. Попытки повлиять на ребёнка, как правило, безуспешны. Психотерапевтическая помощь в таких случаях должна оказываться и системе мать-дитя. Учитывая, что младший детский возраст уникально и чрезвычайно сложен [2], что дифференциация между психикой и телом ещё не завершена [13], следует помнить, что на маленького ребёнка мы можем воздействовать через мать, с которой он составляет единую систему. А наблюдать динамику психики матери куда легче, нежели ребёнка [13].

Приведённые факты позволяют сделать вывод, что исследования в области перинатальной психологии и психотерапии открывают новые перспективы профилактики и психотерапии психосоматических расстройств как у матери, так и у ребёнка. Разработка подобных профилактических мероприятий в наше время особенно актуальна.

## Литература

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические действия у детей и подростков. – М.: Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА, 2000. – 320 с.
2. Гин П.П. (Gean M. P., 1994) Психиатрия раннего возраста // Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии / пер с англ. – М.: Медицина, 1999. – С. 423-434.
3. Добряков И.В. Типология гестационной доминанты // «Ребёнок в современном мире»: тезисы докладов 3-й международной конференции. – СПб: ЮНЕСКО, МО России, 1996. – С. 21-22.
4. Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: сборник материалов

- конференции под редакцией И.В. Добрякова, Н.П. Коваленко. – СПб.: НИИ Акушерства и Гинекологии им. Д. О. Отта, Межрегиональной Ассоциации Перинатальной Психологии и Медицины России, 2001. – С. 39-48.
5. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная литература, 1996. – 4554 с.
  6. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб.: изд. «Питер», 2000. – 512 с.
  7. Ковалёв В.В. Сомато-психические расстройства в детском возрасте // Нервно-психические расстройства в детском возрасте. – София, 1976. – С.20-35.
  8. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995. – 600 с.
  9. Микиртумов Б. Е., Кощавцев А. Г., Гречаный С. В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.
  10. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и дитя: психологическое взаимодействие. СПб.: Изд-во СпбГУ, 1999. – 288 с.
  11. Петрова Н.Н. Тревога в общесоматической практике: проблематика, классификации. – Материалы I Международного конгресса «Психосоматическая медицина – 2006». – СПб., 2006.
  12. Чумакова Г.Н., Щукина Е.Г, Макарова А.А. Влияние тревожности за ребенка во время беременности на особенности материнского поведения и отдельные состояния ребенка в период младенчества // Журнал «Перинатальная психология и психология родительства». – №1, 2006. – С. 85.
  13. Шпиц Р. А. (Spitz R. A., 1946) Первый год жизни: Пер с англ. Л. Б.Сумм / Под ред. А. М. Боровикова. – М.: ГЕРПУС, 2000. – 384 с.
  14. Шпиц Р. А., Годфри Коблинер В. (Spitz R.A., Godfrey Cobliner W., 1963) Психоанализ раннего детского возраста (пер. с англ.). – М.: ПЕР СЭ; СПб.: Университетская книга, 2001. – 159 с.
  15. Ainsworth, M. D. & Wittig, B. A. (1969). Attachment and exploratory behaviour in one-year-olds in a strange situation. In *Determinants of Infant Behaviour (Vol. 4)* (ed. B. M. Foss), pp. 111-136. Methuen: London.
  16. Ainsworth M.D.S. Attachment: Retrospect and prospect // Parkes C. M., Stevenson – Hide L. (ed.) *The place of attachment in human behavior*. – N. Y.: Academ. Press, 1983. – P. 64-81.
  17. Bakwin H., Bakwin R.M. *Behaviour Disorders in Children*. – Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1972. – 714 p.
  18. Bemporad, J. R. (1980). The psychological organization of depression. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1360 – 1365.
  19. Bowlby J. *Maternal care and mental health* // Geneva World Health Organization monograph, 1951. Ser. 2.
  20. Kelly R. H., Zatzick D. F., Anders T. F. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. – *Am. J. Psychiat.* – 2001. – Vol. 158. – №2. – P. 213-219.



21. Lebovici S. Le nourisson, la mere et le psychoanaliste: les interactions precoces. – Paris, Le Centurion, 1983.
22. Levy D.M. Maternal overprotection. – N. Y., 1943. 92.
23. Mahler M. S., Pine F., Bergman A. The Psychological birth of the human infant. – New York, 1975.
24. Stern D. N. The first relationship infant and mother. Cambridge, 1977.

### РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются возникающие у детей раннего возраста расстройства системы пищеварения, связанные с соматовегетативным уровнем нервно-психического реагирования. Показана целесообразность диадного подхода к профилактике и лечению этих нарушений.

### SUMMARY

The article describes disorders of digestive system of babies, connected with somatovegetative level of neuropsychic reaction. It is shown the reasonability of dyadic approach to prevention and treatment of such diseases.

## **ПРАКТИКА ГРУППОВОЙ РАБОТЫ С БУДУЩИМИ ОТЦАМИ В КРАСНОГВАРДЕЙСКОМ РАЙОНЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

*Д.В. Значков*

*СПбГУ «Центр социальной помощи семье и детям Красногвардейского района Санкт-Петербурга»*

В современной России на фоне экономического кризиса, для многих семей потребность в социально-психологической помощи стала особенно важной. По последним статистическим данным отмечается увеличение количества семей без отцов, а также семей, где отец часто отсутствует и не участвует в воспитании ребенка. Социальные работники, политики и чиновники ориентируются в своей практической, законотворческой и исполнительной деятельности не на принципы равенства прав мужчин и женщин, а на гендерные стереотипы. В таких случаях появляются законодательные акты и постановления, демонстрирующие гендерный дисбаланс, а практика социальной и психосоциальной помощи усиливает гендерное неравенство [1].

Для работающих в социальной сфере не секрет, что мужчины – сложный объект для работы. Несмотря на то, что в современном обществе есть категории мужчин, нуждающихся в помощи, привлечь их к работе бывает затруднительно. По нашему опыту, это связано, прежде всего, с занятостью мужчин, а также укоренившимся стереотипом: мужчины редко просят о помощи и предпочитают справляться со своими проблемами самостоятельно. В силу этого, для мужчин менее значим социальный аспект – они в меньшей степени склонны прибегать к общению как к способу получить эмоциональную поддержку.

В социальной службе, мужчины вообще исключаются из числа возможных клиентов, хотя социально-психологическая помощь им зачастую просто необходима. Это и мужчины, переживающие разрыв отношений в результате развода, и те, кто вернулся из мест боевых действий и переживает посттравматический синдром, мужчины, подвергшиеся насилию или демонстрирующие агрессивное поведение в отношении собственных жен или подруг, подростки, которые подвергаются наркотизации или втягиваются в экстремистские группировки, и многие другие [2].

В Центре социальной помощи семье и детям Красногвардейского района (Центр) в конце 2008 году было открыто отделение социально-психологической помощи, главной задачей которого стало оказание помощи мужчинам, а также семьям, в которых отцы одиночки, самостоятельно воспитывают детей. Как писал И.Кон [3], слово «отцовство» (английское fatherhood) обозначает, прежде всего, социальный институт, систему прав, обязанностей, социальных ожиданий и требований, предъявляемых к мужчине как родителю и коренящихся в нормативной системе культуры, а также структуре и функциях семьи. Реальные отцовские практики, деятельность, связанная с выращиванием и воспитанием детей (английское fathering), значительно более текучи,

изменчивы и разнообразны. Если изучение отцовства предполагает анализ социокультурных норм, чего общество ожидает от отца вообще, то изучение отцовских практик — это описание и анализ того, что фактически делают и чувствуют конкретные отцы. В соответствии с этим, в рамках деятельности отделения весной 2009 года была создана «Школа будущих пап» («папа-группы»).

Мы набираем клиентов для этих групп в женских консультациях Красногвардейского района, в тесном сотрудничестве со специалистами, проводящими курсы по подготовке к родам. В частности, мы проводим презентации для участниц курсов (рожениц), на которых рассказывали о «папа-группах». Сначала у нас не было полной уверенности, что этот проект просуществует долгое время. Однако группы вызвали резонанс: будущие папы стали приходить на группы, делиться своими чувствами и активно интересоваться своим участием в жизни будущего ребенка. Так, зачастую, группы посещали мужчины, ожидающие рождения второго и даже третьего ребенка.

Для многих, доверительная атмосфера «папа-групп» стала благоприятной формой для решения других важных личностных проблем, связанных не только с рождением ребенка (отношения с супругой и тещей, трудности на работе, и проч.) Многие участники продолжили общение вне групп после рождения ребенка.

Успешный опыт проведения «папа-групп» показал, что оказание психологической помощи мужчинам имеет большой потенциал. Многие темы, разработанные и обсуждаемые в курсе «Школы будущих пап», выходят за рамки подготовки к родам и первым месяцам жизни молодой семьи. В круг таких вопросов входят, прежде всего, вопросы воспитания ребенка, ответственности за будущее малыша, границы возможностей родителей и влияние среды. Многие мужчины озабочены проблемой общения с ребенком: не только в период младенчества, но и в будущем. После завершения курса «Школы будущих пап» мы неоднократно сталкивались с тем, что некоторые участники озвучивали потребность в продолжение совместной работы.

Возможность обмена практическим опытом стала основой для совместной работы участников клуба. По нашему опыту, практическая направленность является необходимой составляющей такой работы: мужчины всегда ориентируются на результат и хотят заранее знать направленность деятельности. Большинство участников «папа-групп» говорят именно о ценности информации, обмена личным опытом, которая для них стоит на первом месте, психологические аспекты групп (поддержка, снижение тревоги) озвучиваются гораздо реже.

Такие групповые занятия способствуют улучшению взаимопонимания между супругами и таким образом укрепляют отношение в паре, а так же фокусирует внимание пап на интересах ребенка.

## Литература

1. Социальная политика и социальная работа: гендерный аспект / Под ред. Е.Ярской-Смирновой. – М., 2004.
2. Берггрен М. Работа по развитию равноправия полов. – СПб., 2007.
3. Кон И.С. Зачем нужны отцы? // Журнал «Звезда» 2006, №12.

## РЕЗЮМЕ

В статье освещается опыт практической групповой работы с мужчинами, которым в скором времени предстоит стать отцами. Поднимаются темы, волнующие будущих родителей. Рассматриваются организационные вопросы работы с мужскими группами, затрагиваются особенности ведения и формирования последних. Автор справедливо полагает, что главная задача в работе с будущими отцами - подготовить мужчин к роли активного родителя, ставя в центр внимания интересы ребенка.

## SUMMARY

In this article says about practical group experience with men, who are going to become fathers. It is reported the problems that interest the future parents. The organizational issues of men's groups and the way of team organization are shown in this article. The main goal in work with the future fathers as the article's author believes is to prepare men for a role of the active parent, focusing on the child's interests.

# ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДОРОДОВОЙ ПОДГОТОВКЕ КАК ФОРМА ПЕРВИЧНОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ МАТЕРИ И МЛАДЕНЦА

*А.Я. Крумпане*

*Латгальский центр здоровья семьи*

*Даугавпилс, Латвия*

Одним из наиболее часто встречающихся серьезных недостатков в современных программах дородовой подготовки является отсутствие дифференцированного подхода при формировании групп. При этом предоставляемые в процессе занятий информация и рекомендации, являющиеся полезными для одних беременных женщин, могут деструктивно влиять на других. Нередко это приводит к чрезмерному повышению тревоги у одних женщин, к необоснованному эйфорическому отношению к предстоящим родам у других [1].

С целью осуществления дифференцированного подхода к формированию групп беременных женщин для дородовой подготовки мы используем скрининговый тест И.В. Добрякова «Тест отношений беременных» (ТОБ) [2]. Наш выбор этого теста связан с тем, что тест, при вполне достаточной информативности, прост в использовании, не требует больших затрат времени, не вызывает у испытуемых беременных отрицательных эмоций [3], [5], [6]. Ни разу мы не сталкивались с отказом женщин от обследования с помощью этого теста. Полученные с его помощью результаты позволяют дифференцировано формировать группы дородовой подготовки с учетом с учетом личностных особенностей беременных женщин, их самооценки, уровня тревоги, взаимоотношений с окружающими.

Основной теоретической базой создания такого теста послужила теория психологии отношений В.Н. Мясищева [4], позволяющая рассматривать беременность через призму единства организма и личности. Поскольку личность по В.Н. Мясищеву есть динамическая система отношений, тест содержит три блока утверждений, отражающих:

- А. Отношение женщины к себе беременной;
- Б. Отношение женщины в формирующейся системе «мать-дитя»;
- В. Отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих.

В каждом блоке есть 3 разряда, в которых шкалируются различные понятия. Они представлены пятью утверждениями, отражающими 5 различных типов психологического компонента гестационной доминанты. Испытуемой предлагается выбрать один из них, наиболее соответствующий ее состоянию.

Блок А (отношение женщины к себе беременной) представлен следующими разделами: отношение к беременности; отношение к образу жизни во время беременности; отношение во время беременности к предстоящим родам.

Блок Б (отношения женщины в формирующейся в течение 9 месяцев беременности системе «мать-дитя») представлен следующими разделами:

отношение к себе, как к матери; отношение к своему ребенку; отношение к вскармливанию ребенка грудью.

Блок В (отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих) представлен следующими разделами: отношение ко мне беременной мужа; отношение ко мне беременной родственников и близких; отношение ко мне беременной посторонних людей.

Все утверждения и инструкция уместаются на одном стандартном листе. Инструкция предлагает испытуемой из пяти утверждений, представленных в блоках, выбрать одно, наиболее полно отражающее её состояние». После заполнения бланка подсчитывается количество отмеченных испытуемыми цифр (баллов). Это позволяет выявить женщин с преобладанием признаков оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты, как правило, адекватно реагирующих на сведения, полученные в процессе дородовой подготовки, и беременных с проявлениями тревожного, гипогестогнозического, эйфорического или депрессивного типов психологического компонента гестационной доминанты, составляющих группу повышенного риска психологической дезадаптации.

Результаты теста позволяют выявить те отношения беременной женщины, которые нуждаются в коррекции, а также по преобладанию выбранных утверждений выявить признаки формирования определенного типа психологического компонента гестационной доминанты.

Полученные результаты учитываются нами как при проведении дородовой подготовки в группе, так и при индивидуальных психокоррекционных и психотерапевтических сессиях. Часто выявленные нарушения отношений беременной женщины становятся темами психотерапевтической беседы. Таким образом, скрининговое обследование с помощью Теста отношений беременных позволяет своевременно выявлять женщин с риском психической дезадаптации, дифференцированно формировать группы дородовой подготовки, своевременно обнаруживать нуждающихся в индивидуальных психокоррекционных и психотерапевтических занятиях и целенаправленно их осуществлять. Подобную работу мы считаем важным компонентом первичной профилактики развития нервно-психических нарушений, как матери, так и младенца.

## Литература

1. Добряков И.В. Профилактика дидактогений, психологических и ятрогений в работе с беременными женщинами // «Мать, ребёнок, семья: современные проблемы»: Сборник материалов научно-практической конференции под редакцией И.В. Добрякова, СПб.: Комитет по здравоохранению администрации СПб., Центр мед. профилактики, 2000. – С. 40-42.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология. – «Питер» 1-е издание, 2010. – 272 с.

3. Макарова А.А. Влияние тревожности во время беременности на развитие диады «мать-ребёнок». – Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Архангельск, 2006. – 22 с.
4. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. – 426 с.
5. Прохорова О.В. Пути оптимизации амбулаторного ведения ювенильной беременности. – Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Самара, 2006. – 30 с.
6. Урусова О.А. Динамика психических состояний беременных женщин и их нормализация с помощью авторской программы психофизиологической подготовки к родам. – Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Калуга, 2004. – 19 с.

#### РЕЗЮМЕ

Дифференцированный подход с помощью применения скринингового теста отношений беременной к дородовой подготовке способствует первичной профилактике возникновения нервно-психических расстройств у матери и младенца.

#### SUMMARY

Differentiated approach with help of the screening interview of attitude of pregnant woman to antenatal preparation assists primary prevention of forming of nervous and psychic disorders of mother and her child.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЛИНГА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ХОЛДИНГА И ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЛАГОПРИЯТНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОТНОШЕНИЙ ВНУТРИ ДИАДЫ МАТЬ-ДИТЯ**

*Е.М. Костерина, Т.В. Карпенко  
МУ Родильный дом №1  
Курган*

В психологическом и психотерапевтическом сообществе не вызывает сомнений абсолютная значимость физической и эмоциональной близости и взаимодействия матери и новорожденного сразу после родов, и становление и совершенствование этого взаимодействия в течение последующих недель жизни ребенка. Совершенно справедливо специалисты в области психического здоровья говорят о диаде, когда на смену физиологическому контексту материнской утробы в период беременности, приходит ситуация взаимной психологической связи и зависимости между матерью и новорожденным, которая развивается сразу после родов и носит название «бондинга». Под диадой мы подразумеваем единство пространства взаимодействия матери и младенца как в психологическом смысле, так и в буквальной общности границ, когда ребенок находится на руках или в непосредственной близости с матерью. Несмотря на окончание беременности, младенец еще длительное время требует образно говоря «вынашивания» до того момента, когда сам приобретет достаточные ресурсы для взаимодействия с внешним миром, за пределами границ диады. Этот тот период, когда мать обучается улавливать и удовлетворять потребности ребенка, когда вырабатывает в себе качества, делающие её «достаточно преданной матерью». Такая мать способна осуществлять то, что Д.В. Винникотт называет «холдингом». Он проявляется в манере держать младенца на руках, уникальной как для самой матери, так и для того младенца, которого она держит [1]. Формирование холдинга естественным образом подкрепляется кормлением грудью. При этом возникает ситуация максимально близкого физиологического и эмоционального контакта матери и ребенка, удовлетворяющая не только базовую потребность в утолении голода и жажды, но и глубочайшую потребность в защищенности и близости. Мать, постоянно поддерживая контакт с ребенком, обеспечивает ему физический и психический комфорт. Недостаточно близкий продолжительный контакт между матерью и младенцем, разлука, неудовлетворение его потребностей приводят к появлению тревоги, нарушениям функционирования [3; 13]. Наличие или отсутствие грудного вскармливания, качество бондинга и холдинга во многом определяют формирование психологических качеств будущей личности, в том числе привязанности [2; 139].

Представляется логичным, что нужно стремиться к обеспечению условий постоянного совместного пребывания матери и младенца, возможности постоянного взаимодействия и кормления по требованию. Социально-культурные традиции и установки нашего общества, организация медицинской



помощи матерям и маленьким детям, к сожалению, не способствуют формированию, поддержке и охране диады.

Несмотря на результаты научных исследований, значительные усилия и успехи в области реорганизации условий пребывания матерей и младенцев в учреждениях родовспоможения многие родители, родственники новорожденного и, к сожалению, медработников продолжает считать, что следует кормить ребенка по режиму, содержать его в отдельной кроватке, поменьше брать на руки, чтобы не «избаловать». Осуществляя уход за младенцем, проводя лечебные вмешательства, и даже, как ни парадоксально, прикладывая к груди матери, его продолжают рассматривать вне контекста взаимодействия с матерью и зависимости от нее, как самостоятельный объект.

При правильной организации работы в родовспомогательном учреждении диада получает определенную поддержку по вопросам грудного вскармливания, однако за пределами родильного дома уровень и качество этой поддержки, как правило, резко снижаются.

Многолетний опыт работы с беременными женщинами в муниципальной женской консультации, включающий и просветительскую деятельность по вопросам подготовки к родам и будущему родительству, позволяет сделать вывод о низком уровне психологической культуры у основной массы населения. Существующие стереотипы демонстрируют пренебрежение к потребностям, как младенца, так и матери. Сохраняется дето-центристская установка, когда появление в доме ребенка сопровождается максимальной перестройкой жизнедеятельности семьи вокруг младенца, и резким ограничением свободы передвижения, интересов и активности женщины, не связанной напрямую с младенцем. Часто мать оказывается изолированной от общения и взаимодействия со своим взрослым окружением, так как значительно ограничиваются возможность женщины разговаривать по телефону, выходить на улицу, в гости, посещать общественные места. Социально-культурные установки в отношении деятельности матери сводятся в основном к тому, что она должна посвящать все время осуществлению различных манипуляций лечебного и гигиенического характера, и при этом выполнять хозяйственную работу. Матери предписывается жертвенная позиция «родила – терпи», даются противоречивые установки по уходу за младенцем, нагнетается обстановка тревожности вокруг ребенка. Помощь женщине часто сводится к тому, чтобы сепарировать ребенка от матери и дать ей выполнить домашнюю работу, пока кто-то занимается с младенцем. Складывается впечатление, что огромное количество манипуляций, которые предписано выполнять в отношении младенца ухаживающему взрослому, направлены на то, чтобы структурировать деятельность матери, причем в ущерб эмоциональному взаимодействию с младенцем. Считается, что при этом мать должна успевать выполнять большое количество домашних обязанностей, так как одним из общественных стереотипов оказывается оценка окружающими деятельности матери в отпуске по уходу за ребенком, как человека, который ничего не делает. Промышленность тоже предлагает огромное количество аксессуаров по уходу за ребенком, будто специально направленных на

поддержку сепарации матери и младенца. Это и заменители грудного молока, и аксессуары для искусственного кормления, пустышки, кроватки и коляски, радионяни и видеосистемы, позволяющие отслеживать происходящее в детской на расстоянии, огромное количество игрушек, которые, якобы, должны занимать ребенка, и т.п.

К младенцу предъявляются требования, несоответствующие его действительным возможностям: по мнению большинства матерей, он должен «лежать в кроватке», «не мешать родителям», «давать спать». И когда оказывается, что ребенок на самом деле «не хочет» лежать в кроватке, то определенная часть женщин практикует то, что называется «приучить к кроватке». Большинство женщин, естественно, не может оставаться равнодушными к крикам младенца. Они берут его на руки, при этом, однако, оставаясь фрустрированными, так как ребенок, по их мнению, «ведет себя неправильно, ненормально», «не слушается» и мешает им выполнять то, что они считают необходимым. Женщины испытывают раздражение и чувство вины и перед ребенком, и перед семьей. Матери сомневаются в «нормальности», состоянии здоровья ребенка, достаточности питания, так как ребенок постоянно привлекает к себе внимание, плачет и ищет грудь. Часто, не будучи в состоянии правильно интерпретировать поведение ребенка, не зная основных принципов грудного вскармливания, мать начинает использовать заменители грудного молока, вводит соску и пустышку, или обращается к врачам в поисках «заболевания», а то и вовсе к «бабушкам» для снятия «испуга». И холдинг вряд ли можно считать в этом случае удовлетворяющим, потому что мать, осуществляющая его, находится в состоянии фрустрации, тревожится, осуществляет неадекватные манипуляции с младенцем. На фоне таких обстоятельств могут развиваться астенизация матери, конфликты в супружеской сфере, создается почва для развития нервно-психических расстройств. При этом надо отметить, что такое поведение, состояние матери и обращение с ребенком считается социально-приемлемым вариантом осуществления ухода за ребенком, потому что стереотип «хорошей» матери включает в себя образ усталой, невыспавшейся, измученной, честно отдающей свой долг кричащему младенцу.

Такое положение дел препятствует не только формированию условий для осуществления качественного холдинга, но и получению матерью удовлетворяющего ее опыта материнства, что в свою очередь приводит к сомнениям и страхам в отношении рождения последующих детей.

С другой стороны в контексте истории, этнографии и антропологии очевидно, что женщина всегда занималась и воспитанием детей и выполнением хозяйственных обязанностей, однако могла, или по меньшей мере имеет ресурс для того, чтобы уделять должное внимание новорожденному. Даже при поддержке старших женщин или уже имеющих детей, она не слагала с себя обязанностей по взаимодействию с ребенком и занятиями домашней или сельскохозяйственной работой. Исследователи, наблюдавшие детско-родительское взаимодействие у «примитивных» культур, также выделяют важность материнских рук в раннем младенчестве. Они описывают приемы,

которые используют матери для обеспечения должного обращения с младенцем и значимость этого обращения для формирования личности ребенка, необходимой для выживания в том или ином социуме. И даже при неспецифическом наблюдении заметно самое важное, – младенцы действительно находятся на руках матерей, причем в процессе обычной жизнедеятельности матери [6, 7]. Жизнь матери не замыкается на младенце. По истечении первых недель после родов, когда организм женщины уже достаточно восстанавливается после родов, она возвращается к труду, и младенец оказывается частью ее быта. Он всегда с матерью, зачастую прикрепленный к её телу матери национальными традиционными приспособлениями из ткани. Он получает грудь по малейшему требованию, фактически, находится приложенным к груди большую часть времени в первые недели жизни. Мать осуществляет базовый гигиенический уход и помощь в отпавлении естественных функций, лишь ненадолго отрываясь от своей деятельности [8]. По мере взросления ребенок передается на время кому-то из помощников – старшим детям, другим взрослым. Постепенно он начинает получать пищу из общего рациона, может быть опущен на землю, чтобы в любой момент при необходимости снова оказаться на руках у матери и получить защиту, утешение и грудь. То есть внешняя картина обращения с младенцем в этнических культурах описательно совпадает с рекомендациями исследователей психологии раннего детства.

Насколько приемлем такой подход в современном «цивилизованном» обществе? Следует ли нам заимствовать и воспроизводить опыт и традиции обращения с младенцем у этнических культур? В настоящее время в России, в Европейских странах, США, Израиле активно развивается так называемое слингодвижение, которое также часто соединяется с движением за естественное родительство. Одним из важных моментов, которое осуществляют представители этого спонтанного родительского движения, – это пропаганда современного варианте переноски детей в слингах. Слинг – удобное и приспособление, основное назначение которого – крепление младенца к телу взрослого так, чтобы обеспечивать физиологичное и безопасное положение ребенка, и удобство для взрослого. Слинги могут быть разных форм и размеров. При использовании слинга, полностью или частично освобождаются руки взрослого, он получает свободу передвижения. Такой способ ношения младенца способствует сближению ребенка и матери, помогает ей приобрести навык готовности своевременно реагировать на сигналы младенца, призывающие к устранению дискомфорта или приглашающие к социальному взаимодействию и установлению аффективной связи, и удовлетворять его потребности. Применение слинга обеспечивает удобно, и позволяет матери выполнять многие работы по дому, выходить на улицу, с легкостью посещать общественные места, ходить в гости. Это расширяет социальные контакты матери, позволяет ей в значительной степени продолжать вести привычный до родов образ жизни, способствует ее самореализации, психическому комфорту. При этом не ущемляются интересы и потребности младенца, так как единство границ диады сохраняется. Ношение детей в слингах также имеет многие

физиологические преимущества для матери и ребенка, в том числе и усиление окситоцинового рефлекса, необходимого для налаживания грудного вскармливания.

Мы хотели бы обратить внимание специалистов, работающих с будущими и матерями, на практическое использование идеи ношения детей в слингах. Его можно рассматривать как материальное воплощение психологических теорий, которые часто так трудно, да и ненужно доносить до будущих и молодых матерей. Обучение матерей пользоваться слингами наряду с пропагандой естественного вскармливания, имеет значение для обеспечения близкого контакта матери и младенца. В своей работе мы подчеркиваем, что ребенку жизненно необходим постоянный тесный контакт с матерью, показываем удобство и безопасность достижения этого с помощью слинга. Это способствует разрушению убеждений о «вреде» приучения к рукам. Для многих матерей такое разъяснение является как бы снятием запретов и позволяет раскрыться их естественной способности понимания младенца, для некоторых становится просто удобным, и на сегодняшний день, даже модным аксессуаром.

Применение слингов обеспечивает младенцам полноценный контакт с матерью, а пользоваться ими значительно проще и удобнее, чем следовать обычным принятым стереотипам ограничения этого контакта. Поэтому их внедрение целесообразно и перспективно.

### Литература

1. Винникотт Д.В. Маленькие дети и их матери. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб: Питер, 2010. – 272 с.
3. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2001. – 288 с.
4. Боулби Дж. Привязанность. – М.: Гардарики, 2003. – 408 с.
5. Ледлофф Ж. Как вырастить ребенка счастливым. Принцип преемственности. – М.: Генезис, 2003. — 207 с.
6. Мид М. Культура и мир детства. – М.: Наука, 1988. – 429 с.
7. Эриксон Э.Г. Детство и общество. – СПб.: ИТД «Летний сад», 2000. – 416 с.

### РЕЗЮМЕ

Статья описывает практическую значимость обучения матерей использованию слингов (переносок для младенцев) с целью обеспечения благоприятной среды для развития отношений внутри диады мать-дитя, снижения материнской тревоги и астенизации, повышения материнской компетенции, улучшение качества холдинга.

## SUMMARY

The article describes the practical aspects of teaching mothers to carry babies in slings in order to provide best environment for development of bonding in mother-baby interrelations, to lower mother's anxiety, exhaustion, to improve mother's competence and the quality of the holding.

## КОГНИТИВНЫЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ РЕЗЕРВЫ ПРЕНАТАЛЬНОГО ДЕТСТВА

*М.Л. Лазарева, О.И. Маслова, М.М. Садыков,  
О.И. Гурова, Ф.Г. Ахмерова, М.Н. Гарасик, Ф.Г. Пушина  
Научный центр здоровья детей РАМН,  
Российский научный центр  
восстановительной медицины и курортологии Росздрав  
Москва*

В России уже многие годы ведется поиск эффективных путей решения проблемы укрепления здоровья детей, в частности, методами пренатальной профилактики. К таким методам относится и метод «СОНАТАЛ» (от лат.: *sonus* – звук, *natal* – рожденный), применяемый в России с 1983 года. Нами исследовалось влияние данного метода на когнитивное развитие и соматическое здоровье детей.

**Первый фрагмент исследования** по изучению когнитивного развития детей, прошедших школу пренатального воспитания, был осуществлен в 1990-1991 годах в Центре восстановительного лечения детей г. Москвы [7]. Изучалось влияние методов «СОНАТАЛ» и «ПРЕЛОНИНГ» («БЭЙБИ+»).

Метод «СОНАТАЛ» заключался в том, что беременная женщина пела в течение дня определенные, специально написанные песни, производя при этом ряд тактильных воздействий на переднюю брюшную стенку и особых движений. Метод «БЭЙБИ+» [9] заключался в том, что беременная женщина прикладывала к передней брюшной стенке техническое приспособление, издающее с определенной ритмичностью звуки, напоминающие удары материнского сердца.

Для исследования были взяты три группы беременных женщин численностью от 9 до 12 человек. С одной группой проводились занятия по методу «БЭЙБИ+», с другой группой – по методу «СОНАТАЛ». Третьей группе, выступающей в качестве контрольной, было предложено прослушивание плодом через переднюю брюшную стенку кассет с записью фрагментов классической музыки. Воздействие у всех групп испытуемых было начато в период от 18-й до 24-й недели беременности.

В сентябре 2001 года было проведено катамнестическое исследование у детей, прошедших пренатальную стимуляцию в 1990-1991 годах, с целью выявления влияния этого исследования на их когнитивное развитие.

В результате опроса мам методом анкетирования были получены следующие данные (см. Таблицу 1).

Таблица 1

Успеваемость детей, прошедших пренатальную стимуляцию по методам «БЭЙБИ +» и «СОНАТАЛ», в начальных классах школы

Параметры	БЭЙБИ + (в %)	СОНАТАЛ (в %)	Контроль (в %)
Средний балл успеваемости	4,6	4,6	4,4
Средний балл успеваемости по точным наукам	4,6	4,8	4,5
Средний балл успеваемости по русскому языку	4,4	4,3	4,0
Средний балл успеваемости по музыке	4,5	4,8	4,5

В результате проведенного исследования был выявлен ряд тенденций:

1. Общий средний балл успеваемости по всем трем группам (4,5 балла) оказался выше среднего балла у детей начальных классов 3-х школ г. Москвы (4,1 балла).

2. У детей, прошедшие пренатальную стимуляцию по методу «БЭЙБИ+» были отмечены более высокие показатели по русскому языку, а у детей, прошедшие пренатальную стимуляцию по методу «СОНАТАЛ» – по музыкальным способностям и точным наукам.

3. Было также отмечено, что дети обеих экспериментальных групп хорошо адаптировались в школьных условиях, у них не были обнаружены поведенческие проблемы.

Аналогичные результаты, но уже на значительно большем по численности контингенте детей, были получены в 1998-2006 годах в г. Набережные Челны. Здесь был проведен *второй фрагмент исследования* по изучению функциональной готовности детей к школе [4].

Экспериментальную группу (ЭГ) составило 44 ребенка в возрасте 7-8 лет, прошедших школу дородовой подготовки. Их мамы посещали от 5 до 8 и более занятий под методу «СОНАТАЛ». Контрольную группу (КГ) – составили 44 ребенка 7-8 лет, не посещавших дородовую школу. Среди показателей функциональной готовности к обучению в школе были выделены такие, как:

- развитие двигательных функций, выражающееся в умении выполнять тонкие координационные движения (манипулирование предметами, рисование, письмо);

- развитие психических функций: произвольной концентрации внимания, произвольной памяти, дифференцированного восприятия, умение выделять существенные и отличительные признаки предметного мира;
- достижение социальной зрелости, выражающееся в потребности общения со сверстниками, способности подчиняться интересам и условиям детских групп, готовности принять на себя социальную роль школьника.

Показатели адаптации к школе и школьной успеваемости у детей из ЭГ оказались выше, чем из КГ (см. Таблицу 2).

Таблица 2

### Готовность детей к обучению в школе

Параметры	ЭГ (в %)	КГ (в %)
Хорошая адаптация к школе	82	74
Хорошая и отличная успеваемость за 1 полугодие	95	77,8

Кроме того, все дети ЭГ (100%) не только прекрасно пользовались карандашом и успешно обучались, но и проявляли художественные способности. Так же было замечено, что дети матерей, не проходивших пренатальную школу по методу «СОНАТАЛ», более пассивны, менее эмоциональны и любознательны, с трудом вступали в контакт с посторонними людьми, имели трудности в игре и сотрудничестве со взрослыми. В незнакомой обстановке эти дети проявляли беспокойство, тревогу, некоторые начинали плакать.

Напротив, дети ЭГ все без исключения, быстрее адаптировались к новым условиям, отличались яркой эмоциональностью, открытым и доброжелательным отношением к окружающим людям, высоким уровнем инициативности и любознательности. В общении не проявляли чувства беспокойства и тревоги.

Анализ полученных данных по двум фрагментам исследования позволил сделать обобщенный вывод о том, что пренатальная стимуляция позитивно повлияла на процессы адаптации детей к школе, уровень их успеваемости по основным образовательным дисциплинам, обеспечивала положительный социальный вектор в их общественной жизни.

**Третьим фрагментом исследования** было изучение влияния метода «СОНАТАЛ» на физическое здоровье детей, проведенное также в г. Набережные Челны в 1995-1998 годах [2]. Было исследовано 307 детей, чьи матери занимались по методу «СОНАТАЛ». Для сравнения была создана контрольная группа из 300 детей, не получивших пренатального воспитания (КГ).

Показатели состояния здоровья новорожденных в обеих группах, выписанных из родильного дома, распределились следующим образом (см. Таблицу 3).



## Показатели эффективности методики «СОНАТАЛ»

Группа здоровья	Группы детей	
	«СОНАТАЛ» (в %)	КГ (в %)
1	24%	3,7%
2	76%	7,0%
3	0%	26,3%

Интересные данные были получены и при анализе заболеваемости детей в возрасте до 6 месяцев. Если в контрольной группе заболеваемость детей составила 17,77 %, то в группе «СОНАТАЛ» она была в 2,5 раза ниже – 7,2 %.

Анализ нервно-психического развития показывал, что дети этой группы («СОНАТАЛ») на 1 месяц опережают в развитии своих сверстников по основным психомоторным реакциям.

Подобные результаты были получены и в г. Казани (2002-2007), где был осуществлен *четвертый фрагмент исследования* [6].

Для оценки эффективности влияния на развитие ребёнка метода пренатального воспитания «СОНАТАЛ» в условиях детской поликлиники (по данным историй развития) были проанализированы основные показатели здоровья новорождённых и детей грудного возраста. Основную группу составили 50 детей, чьи матери во время беременности проходили занятия по методике дородовой педагогики «СОНАТАЛ». Группой сравнения служили 50 детей, матери которых не занимались по вышеуказанной методике. Занятия по методике «СОНАТАЛ» в детской поликлинике предполагали ежедневную дозированную вокально-речевую деятельность в группах и индивидуально на самых ранних сроках беременности и до её окончания. Рекомендуемый минимальный курс составлял 10 занятий. Дети из обеих групп родились доношенными, в срок, имели вторую группу здоровья, как при рождении, так и в возрасте 1 года. При этом, все дети матерей, занимавшихся по методике «СОНАТАЛ», к 1 году имели нормальное физическое и нервно-психическое развитие, в то время как дети матерей, не прошедших эту подготовку, при оптимальном нервно-психическом статусе в годовалом возрасте имели отклонения физического развития в 42% наблюдений.

*Пятый фрагмент исследования* был осуществлен в отделе психоэмоциональной разгрузки, когнитивной поддержки и коррекционно-восстановительной помощи ИПП и ВЛ НЦЗД РАМН в 2008-2010 годах. Были проанализированы данные по небольшой группе беременных женщин (13 человек), посещающих Школу пренатальной профилактики по методу «СОНАТАЛ», отобранной с учетом ограничивающих факторов:

- возраст (21 до 41 года);
- сроки начала занятий (от 15 до 32 недель);
- количество сеансов (более 8).

В процессе проведения исследования был выявлен целый ряд тенденций:

1. Было отмечено увеличение двигательной активности плода перед проведением занятий в процессе посещения их мамой, что продемонстрировало возможность формирования двигательной рефлекторной готовности у пренатального ребенка.
2. В процессе анализа дневников, которые вели беременные женщины, были выявлены биоритмические и динамические индивидуальные особенности двигательной активности плода.
3. У ряда беременных было отмечено снижение двигательной активности плода к концу занятия, что служило косвенным диагностическим признаком утомляемости пренатального ребенка.
4. В процессе анализа двигательной активности плода, сроков его рождения и оценки по шкале АПГАР (у мам, прошедших 8 и более сеансов) было установлено, что чем выше уровень двигательной активности плода, тем ближе срок рождения к физиологическому (40 недель) и тем выше оценка зрелости по шкале АПГАР.

Полученные нами данные продемонстрировали наличие когнитивных и соматических резервов, позволяющих оптимизировать процессы онтогенетического развития детей до и после рождения.

В целом, результаты нашей работы согласуются с представлениями отечественных и зарубежных авторов о возможности формирования у ребенка пренатального опыта. Так, еще в 40-ые годы прошлого века П.К. Анохин писал, что в эмбриогенезе заготавливаются «впрок» различные формы деятельности, которые необходимы зародышу только после рождения» [1]. Д. Чемберлен считает доказанным, что плод реагирует на разные виды музыки, знакомый голос, эмоциональные потрясения, медицинские процедуры и так далее, а новорожденные знают больше, чем предполагалось [8].

Таким образом, результаты нашего исследования и данные целого ряда отечественных и зарубежных авторов, дают нам все основания не только не согласиться с высказыванием Л. Выготского о том, что эмбриональное развитие, эмбриология не могут рассматриваться в качестве одной из глав психологии [3]. Напротив, можно утверждать, что пренатальный период должен рассматриваться в качестве особого периода психического развития ребенка – периода пренатального детства [5].

## Литература

1. Анохин П.К. Проблемы павловского научного наследия и зарубежная неврология. – Архив биол. наук, 1940, т. 57, вып. 1. – С. 79-109.
2. Ахмерова Ф.Г. Состояние репродуктивного здоровья детей и подростков, и пути его укрепления в условиях городской детской поликлиники. – Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Казань, 1999. – С. 20-21.
3. Выготский Л.С. Проблема возраста. - Л., 1933.
4. Гарасика М.Н., Пушина Ф.Г., Ахмерова Ф.Г. Особенности влияния системы дородовой педагогики «СОНАТАЛ» на психическое состояние

- ребенка и дальнейшее успешное обучение в школе. – Вопросы современной педиатрии, Т5, №1, тезисы X Конгресса педиатров. – С. 132.
5. Лазарев М.Л. Мамалыш, или рождение до рождения. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – С. 598-726.
  6. Садыков М.М. Оптимизация амбулаторно-поликлинической помощи детям мегаполиса. – Автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – Москва, 2008. – С. 31.
  7. A Control led Assessment of Fetal Sonic Stimulation Comparing Music and Cardiac Progressions, 1992-2001. Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine Vol. 14 (2002) No. 1/2, С. 69-75.
  8. David Chamberlain, “The Mind for Newborn Baby”. North Atlantic Books, Berkly, California, 2003.
  9. Logan, B., Learning Before Birth: Every Child Deserves Giftedness, Bloomington, Indiana, IstBooks Library, 2001.

## РЕЗЮМЕ

В процессе многолетних наблюдений за детьми (1983-2010), прошедшими школу пренатальной профилактики по методу «СОНАТАЛ», осуществленных независимыми авторами в разных городах России (Москва, Набережные Челны, Казань и др.), были получены данные, демонстрирующие у этих детей более высокие показатели в области развития когнитивных и соматических функций.

Результаты проведенных исследований дают основания не только говорить о наличии когнитивных и соматических резервов пренатального возраста, но и выделить этот возраст в самостоятельный период – период пренатального детства.

## SUMMARY

In the process of long-term supervision over children (1983-2010) who have passed the school of prenatal prevention on a method «Sonatal», carried out by independent authors in different cities of Russia (Moscow, Naberezhnye Chelny, Kazan, etc.) have been obtained the data, which allows us to say that these children show higher indicators in the development of their cognitive and somatic functions.

The Results of these researches give the grounds not only to speak about the presence of cognitive and somatic reserves of the prenatal age, but also to mark it out as the period of prenatal childhood.

# **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РЕЧИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

*С.Б. Лазуренко, В.А. Масленникова  
ГУ НЦЗД РАМН  
Москва*

На современном этапе развития науки основные усилия ученых и практиков направлены на совершенствование методов профилактики отклоняющегося развития у детей на ранних этапах онтогенеза.

На социальную защиту детей раннего возраста мобилизованы учреждения здравоохранения, образования и социального обеспечения. В них созданы различные формы помощи детям и их родителям: медико-психолого-педагогическое консультирование в районных центрах Департамента образования, группы кратковременного пребывания, надомные группы при дошкольных образовательных учреждениях компенсирующего и комбинированного вида, педагогические виды помощи в «Комнате здорового ребенка» при детской поликлинике.

Однако число методических руководств, практических пособий содержащих рекомендации по работе с больными детьми раннего возраста, информацию об особенностях их психического развития, потребностях в педагогических видах помощи, формах и порядке их оказания недостаточно.

Нами в течение 2009 года было проведено сплошное многоуровневое исследование, целью которого было:

- изучить особенности познавательного и речевого развития детей раннего возраста с проблемами здоровья;
- определить для них необходимые виды педагогической помощи, которую возможно было бы осуществить в условиях детской поликлиники;
- выявить причины обращения родителей детей третьего года жизни к учителю-логопеду.

В исследовании приняли участие 204 ребенка. За 2009 год к одному из логопедов КДЦ НЦЗД РАМН по поводу замедленного речевого развития детей обратилось 544 семьи, из них 204 малыша раннего возраста (от 2 лет 1 месяца до 3-х лет жизни), 78 детей первых двух лет жизни, 262 ребенка дошкольного и младшего школьного возраста.

Для достижения поставленной цели нами использовались следующие методы:

- свободная беседа специалиста с родителями;
- анализ медицинской документации (амбулаторной карты) малыша;
- оценка нервно-психического развития детей раннего возраста по методике Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры, Э.Л. Фрухт;

- психолого-педагогическое обследование детей 2-3 года жизни по методике Е.А. Стребелевой;
- логопедическое обследование по схеме Ю.А. Разенковой;
- обследование речевого развития детей раннего возраста по методике О.Е. Громовой;
- наблюдение за свободным поведением ребенка в пространстве диагностического кабинета.

Тщательный анализ анамнестических сведений, данных логопедического и психолого-педагогического обследования позволили объединить всех обследованных детей в 4 группы по уровню познавательного и речевого развития, особенностям проявления последствий перинатального поражения ЦНС.

*Первая группа* (9% от всех обследованных) – дети с задержкой темпа психического и речевого развития, которую чаще всего обозначают как функциональная дислалия, с легкими последствиями перенесенного перинатального поражения ЦНС.

*Вторая группа* (21% от всех обследованных) – дети с задержкой темпа психического развития и задержкой речевого развития, осложненной нарушением моторики артикуляционного аппарата, с последствиями органического поражения ЦНС.

*Третья группа* (37% от всех обследованных) – дети с выраженной задержкой темпа психического развития и нарушением речевого развития, особенностями поведения в силу наличия сочетанной перинатальной патологии ЦНС.

*Четвертая группа* (33% от всех обследованных) – дети с грубым искажением темпа психического и речевого развития, врожденными пороками развития, нарушением работы анализаторов, т.е. с тяжелой сочетанной перинатальной патологией ЦНС.

Согласно полученным данным, все обследованные нами дети уже в конце первого – начале второго года жизни нуждались в комплексной медико-психолого-педагогической помощи. Однако в силу различных причин они ее не получали. При этом различия этиологии и патогенеза отклонений психического развития у детей каждой из групп указывали на необходимость дифференцированного подхода при определении места и роли педагогического воздействия в восстановительном лечении.

Для детей 1 группы логопедическая помощь является ведущим методом восстановительного воздействия на темп их психического развития. Своевременно оказанная логопедическая помощь в условиях образовательного учреждения будет способствовать гармоничному развитию личности, предупреждению появления значительных трудностей общения ребенка с окружающими людьми, а значит и особенностей поведения. Логопедическая коррекция должна сочетаться с обучающими занятиями в группах развития.

Для детей 2 группы наряду с медикаментозным воздействием должны осуществляться систематические развивающие занятия с дефектологом и

логопедом. Комплексное педагогическое воздействие позволит активизировать темп психического развития ребенка, то есть предотвратить отставание в овладении им возрастными умениями и навыками. Данные виды помощи могут оказываться как в учреждениях системы здравоохранения, так и в учреждениях системы образования.

Дети 3 группы нуждаются в регулярном восстановительном лечении в условиях детской поликлиники или специализированного реабилитационного центра, где наряду с индивидуально подобранными методами медикаментозной и немедикаментозной терапии они могли бы получать коррекционно-педагогическую помощь. Занятия с дефектологом проводятся с целью формирования психологических достижений в соответствии с потенциальными возможностями ребенка. Логопедические занятия необходимы для активизации речи и коррекции артикуляционных нарушений.

Для детей 4 группы коррекционно-педагогическое воздействие должно быть одним из методов комплексной реабилитации, направленной на активизацию компенсаторных возможностей организма ребенка с сочетанными проблемами здоровья, овладения элементарными способами ориентировки в окружающем и социальными навыками. Наряду с систематическими занятиями у дефектолога дети должны получать помощь логопеда, в объеме необходимом для коррекции моторных нарушений артикуляционного аппарата. В связи с тяжестью и сложностью структуры нарушений развития данная группа детей должна проходить регулярные курсы восстановительного лечения в специализированных реабилитационных центрах департамента Здравоохранения.

Для всех групп детей общим в организации медико-психолого-педагогической реабилитации является необходимость активного включения близких ребенка в процесс восстановительного лечения. Таким образом можно осуществить обучение родителей ребенка раннего возраста методам и приемам специализированной педагогической помощи и обеспечить возможность усвоения нового материала в домашних условиях, а значит повысить эффект коррекционного воздействия.

Проведенное исследование подтвердило необходимость расширения спектра педагогических услуг районных детских поликлиник. Именно к специалистам этого учреждения обращаются родители в случае появления у детей отставания в психическом развитии. Позиция каждого специалиста учреждения системы здравоохранения относительно важности и необходимости раннего педагогического воздействия на ход психического развития детей определяет время начала оказания комплексной медико-психолого-педагогической помощи ребенку, что напрямую влияет на успех его психического развития. Как известно, отсрочка в предоставлении специализированной коррекционно-педагогической помощи может привести к необратимым отрицательным последствиям в развитии каждого ребенка с проблемами здоровья после рождения, а значит и значительной части подрастающего поколения, то есть будущему нашей страны.

## Литература

1. Аксарина Н.М. Воспитание детей раннего возраста. – 2-е издание. – М.: Медицина, 1972.
2. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем – М.: Медицина, 1975. – 448 с.
3. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Социальные и организационные проблемы педиатрии: Избр. очерки. – М.: Издат. дом «Династия», 2003. – 512 с.
4. Вельтищев Ю.Е., Зелинская Д.И. Детская инвалидность: медицинские и социальные аспекты, меры профилактики: Лекция для врачей // Рос. вестн. перинат. и пед., прил. – М.: Тип. № 1 Минздрава РФ, 2000. – 67 с.
5. Винарская Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: Педагогика раннего развития. Эмоциональные предпосылки развития языка. – М.: Просвещение, 1987.
6. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. – Т. 2, 5. – М.: Педагогика, 1983.
7. Исенина Е.И. Дословесный период развития речи у детей. – Саратов: Изд-во СГУ, 1986. – 126 с.
8. Малофеев Н.Н. Ранняя помощь – приоритет современной коррекционной педагогики: из опыта работы Института коррекционной педагогики Российской Академии Образования // Дефектология. – 2003. – №4. – С. 7-11.
9. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / Под общ. ред. проф. Г.В. Чиркиной. – 4-ое изд., доп. – М.: АРКТИ, 2010.
10. Разенкова Ю.А. Схема логопедического обследования ребенка 1-го года жизни // Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / Под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Полиграфсервис, 1998.
11. Стребелева Е.А. Методические рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей (2-3 лет). – М.: «Петит», 1993.

## РЕЗЮМЕ

В работе представлены обобщенные результаты психолого-педагогического и логопедического изучения особенностей познавательного и речевого развития 204 детей третьего года жизни; проанализированы причины обращений родителей к логопеду детской поликлиники за педагогическими видами помощи; установлены причины отклонений психического развития, структура и тяжесть их проявлений в раннем периоде созревания психики, на основании которых определены 4 нозологические группы, дана подробная психолого-педагогическая характеристика детей каждой из групп, изучена потребность детского населения в существующих видах педагогической и лечебной помощи; предложены направления и формы оказания коррекционно-педагогического воздействия на ход психического развития детей; показана необходимость и результативность включения родителей в процесс восстановительного лечения.

## SUMMARY

The summarized results of psycho-pedagogical and logopaedics study of 204 children of the 3d year's peculiarities in cognitive and speech development are presented in the work. The reasons of parental demands towards pediatric polyclinic's speech therapist were analysed. The reasons of psychical deviations, their structure and weight in early periods of psyche ripening were determined. On this base 4 nosologic groups were pointed out and detailed psycho-pedagogical description of these groups were given. Children's needs in present types of pedagogical and medical treatment were also studied. The courses and forms of correctional pedagogical influence on the psychic development of the children were suggested. The necessity and effectiveness of parents' inclusion inside the process of medical rehabilitation were presented.



# ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ОПТИМИЗАЦИИ ДИАДИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА ОСНОВЕ РЕСУРСНОГО ПОДХОДА

*М.Е. Ланцбург*

*Московский городской психолого-педагогический университет*

У человека, в отличие от животных, родительское поведение не следует автоматически вслед за рождением ребенка. Материнская сфера женщины, обеспечивающая осуществление родительской деятельности, формируется в процессе онтогенеза от рождения девочки до зачатия, в процессе беременности и при воспитании нового человека [3]. Эволюционно и исторически родительская сфера сложилась в целях обеспечения становления ребенка как представителя своего вида. На начальном этапе развития ребенок нуждается в непосредственном постоянном участии взрослого для обеспечения жизненно важных потребностей. Выделение диадических отношений как единицы анализа в том, или ином понимании присутствует во всех направлениях психологии, занимающихся детством.

Объектом профессиональной деятельности перинатального психолога является система (в более раннем понимании – диада) «мать-дитя». Развитие – основная характеристика, присущая ребенку, в связи с чем, главным свойством диадических отношений является их динамика.

Ребенок нуждается в помощи со стороны родителя для обеспечения потребностей, лежащих в основе трех направлений его развития:

**Биологическое развитие.** Взрослый создает условия для созревания ребенка как биологической особи, обеспечивая его потребности в питании, комфортной среде и защите от агрессивных факторов внешнего мира.

**Социальное формирование.** Социальные потребности не только удовлетворяются, но и складываются во взаимодействии со взрослым. Он задает модели поведения и содействует освоению социальных ролей.

**Индивидуальное становление (индивидуация).** Взрослый содействует становлению «Я» ребенка, самоопределению и обособлению его личности, оформлению ее уникальности и неповторимости.

Следует отметить, что биологические потребности ребенка могут быть удовлетворены, в том числе и в тех редких случаях, когда за человеческим детенышем ухаживает заботливое животное (случаи «маугли»). Для освоения социальных ролей (гражданина, профессионала, ученика и др.) может оказаться достаточным включение индивида в ограниченные интервалы времени в определенные социальные институты, и лишь для принятия семейных ролей обязательным является проживание в семье. А вот для полноценного индивидуального развития ребенка условием является постоянное присутствие в его жизни взрослого, проявляющего личную заинтересованность в нем, стремящегося понять его во всех его проявлениях. Вот это субъектно-ориентированное отношение и обеспечивается родителем, любящим ребенка, безусловно принимающим во внимание его типологические и личностные

особенности (темперамент, характер, направленность личности). Психолог для такого родителя выступает в роли консультанта, помогающего раскрыть возможности ребенка и принять ограничения (в связи с возрастом, состоянием здоровья, особенностями развития), способного предложить способы компенсации дефицитарных сторон и пути оптимизации индивидуального развития. По сути, психолог по отношению к матери решает задачу, аналогичную той, что и супервизор по отношению к молодому специалисту, – содействует поиску собственного оптимального стиля взаимодействия с ребенком.

**Цель психологического сопровождения родителей** – содействие выработке индивидуального стиля воспитания ребенка с учетом:

- а) индивидуальных и возрастных особенностей ребенка;
- б) ресурсов матери;
- в) ресурсов семьи;
- г) ближайшего социального окружения;
- д) ресурсов общества.

Система поддержки матери представлена на рис. 1.

Система отношений, в которую включена диада «мать-дитя»

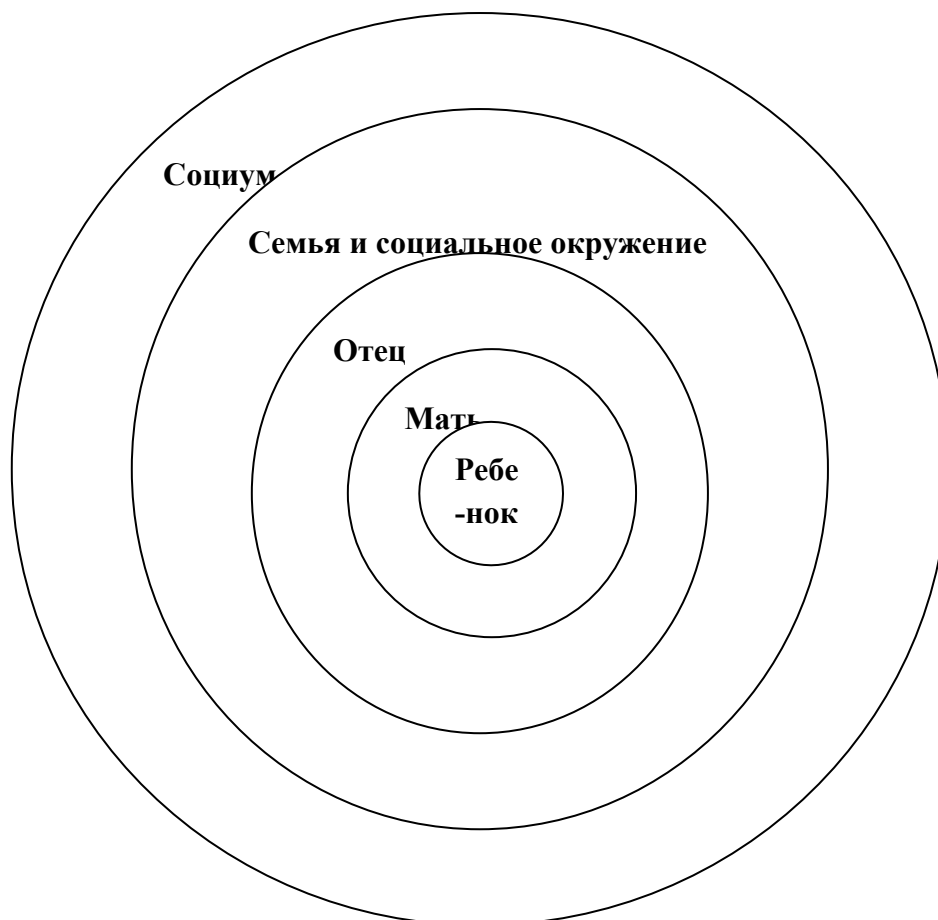


Рис. 1

Г.Г. Филиппова отмечает, что наряду с обеспечением потребностей ребенка родительская сфера личности удовлетворяет потребность женщины в материнстве [3]. Как известно, идентичность становится к концу юношеского возраста, поэтому к моменту рождения ребенка, она уже сформирована и потребность в материнстве уже занимает в ней определенную позицию. В зависимости от этой позиции женщина оказывается внутренне готовой к роли матери или видит в материнстве помеху для осуществления наиболее значимых для нее потребностей (например, в карьерном росте, заботе о себе или заботе о важных для нее близких, коими могут выступать муж, родители или ранее рожденный ребенок). В реальности, материнство на конкретном отрезке жизненного пути может быть представлено в иерархии потребностей женщины как некая точка на шкале (см. рис. 2) в диапазоне «опасность» – «помеха» – «ничего не значить» – «быть в становлении» – «занимать лидирующую позицию».

### Место материнства в иерархии потребностей женщины

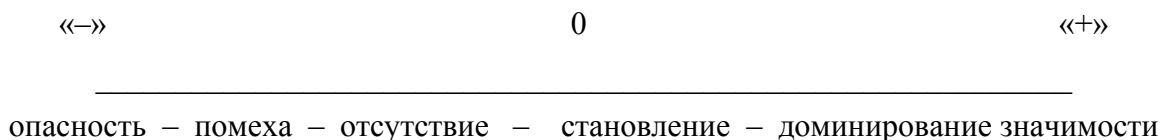


Рис. 2

Как показано в работах О.А. Копыл, О.В. Баженовой, Л.Л. Баз [2], В.И. Брутмана [1], имеется тенденция к усилению потребности в материнстве и перестройке иерархии мотивов в динамике трех триместров беременности. Задача психолога -диагностировать место потребности в материнстве и содействовать ее перемещению на более высокие позиции.

В таблице №1 перечислены ресурсы и их составляющие, обеспечивающие реализацию родительской деятельности. Диагностика психологической готовности к материнству предполагает оценку сформированности указанных компонентов. На основании диагностики выявляются сильные ресурсы и те, что нуждаются в развитии, а, возможно, коррекции, формируется понимание того, за счет каких внутренних ресурсов такое изменение может быть осуществлено.

Таблица 1  
Ресурсы, задействованные в реализации родительской деятельности

Название ресурса	Компоненты
<i>Личностный</i>	Личностная зрелость, место материнства в иерархии ценностей и потребностей, место родительства в Я-концепции, личностный смысл родительства, конструкт «Я-и-мир», мотивации рождения ребенка
<i>Эмоциональный</i>	Глубина эмоциональных проявлений, лабильность, эмоциональная компетентность, приемлемость всего диапазона эмоциональных реакций, выразительность и адекватность

	экспрессивно-мимических средств, контроль над эмоциями, уровень тревожности
<i>Когнитивный</i>	Интеллектуальные способности, знания об уходе, развитии, воспитании и обучении ребенка, готовность учиться
<i>Операциональный</i>	Сформированность навыков по уходу и воспитанию ребенка
<i>Психофизиологический</i>	Актуальное функциональное состояние, способность к саморегуляции, стрессоустойчивость

При выявлении дефицита внутренних ресурсов рассматривается возможность привлечения внешних ресурсов в порядке приближения их к диаде (см. рис. 1). При этом следует руководствоваться принципом «минимальной достаточности», дабы помощь способствовала укреплению материнской позиции и оптимизации диадических отношений, а не подмене матери третьими лицами.

Согласно данному подходу задачи подготовки к рождению ребенка также группируются по ресурсам:

*Личностный ресурс:*

- содействие включению материнства в иерархию ценностей и потребностей женщины;
- содействие получению матерью удовольствия от общения с ребенком;
- содействие «сдвигу мотива на цель» в случаях, когда ребенок является средством для реализации конкурирующих потребностей;
- содействие формированию потребности в охране и защите ребенка и взаимодействии с ним;
- содействие формированию отношения к ребенку как к субъекту;
- содействие укреплению уверенности матери в себе, формированию внутренней родительской позиции
- *Эмоциональный ресурс*
- помощь в раскрытии чувств, принятие чувств женщины в их амбивалентности (противоречивости);
- содействие пробуждению интереса к ребенку, отзывчивости к его состояниям и потребностям;
- оказание эмоциональной поддержки будущей матери и отцу, в том числе путем организации взаимодействия в группе;
- содействие формированию психологических средств взаимодействия с ребенком.

*Когнитивный ресурс:*

- формирование адекватных представлений о беременности, родах и материнстве, готовности принимать трудности и действовать в условиях неопределенности;
- содействие формированию гибкости поведения, умения принимать решения «здесь и сейчас», отказ от жестких установок, идущих от собственных родителей или продиктованных кем-либо из третьих лиц;
- обучение родителей прогнозированию последствий того или иного стиля взаимодействия с ребенком;

- обучение родителей принципам проведения развивающих занятий с младенцами и играм с детьми первого года жизни;
- предоставление информации о службах и специалистах, которые могут быть полезны для семьи и содействие грамотному построению отношений с ними.

#### *Операциональный ресурс*

- формирование практических навыков поведения в родах и ухода за ребенком;
- ознакомление с принципами рациональной организации материнского труда и рабочего пространства.

#### *Психофизиологический ресурс*

- формирование навыков саморегуляции;
- ориентация семьи на оказание поддержки матери в целях профилактики переутомления.

### **Литература**

1. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии, 1997, №7. – С. 38-47.
2. Копыл О.А., Баженова О.В., Баз Л.Л. Готовность к материнству: выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. – 1994, №5. – С. 27-38.
3. Филиппова Г.Г. Психология материнства. Учебное пособие. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 240 с.

### **РЕЗЮМЕ**

В статье автор дает представление о ресурсном подходе к диагностике психологической готовности к материнству и подготовке беременных женщин к рождению ребенка. Рассматриваются вопросы о месте материнства в «Я»-концепции женщины. Представлена структура внутренних ресурсов, обеспечивающих реализацию родительской деятельности и внешних ресурсов, обеспечивающих ее поддержку.

### **SUMMARY**

The article provides the outlook of resource approach to the diagnostics of psychological readiness for mothering and preparation of pregnant women for childbirth. The problem of role of motherhood in a woman's self-concept is discussed. The author presents the structure of external resources that provide realization of parenting activity and external resources responsible for its support.

# СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ ВТОРОГО И ТРЕТЬЕГО ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ

*Г.А. Мурза-Дер*

*Междисциплинарный Центр исследований и обучения по ВИЧ/СПИДу,*

*ИКАРТ*

*Санкт-Петербург*

В настоящее время ВИЧ-инфекция у детей является одной из актуальнейших проблем во всем мире. Первоначально в нашей стране она была обусловлена внутрибольничной заболеваемостью, а в последние годы — рождением детей ВИЧ-инфицированными женщинами. Более 90% детской ВИЧ-инфекции является результатом именно перинатальной трансмиссии вируса [3].

По данным Минздравсоцразвития РФ среди обследованных в 2007 г. беременных женщин было 0,46% инфицированных ВИЧ. В 2007 г. в 4 регионах страны среди беременных женщин было зарегистрировано более 1% ВИЧ-инфицированных: в Самарской (1,8%), Иркутской (1,2%), Свердловской (1,2%), Тюменской (1,2%) областях. К концу 2008 г. в России было зарегистрировано более 157 тысяч инфицированных ВИЧ женщин (33,5% всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции) [2].

По имеющимся данным, среди беременных женщин, поступивших в родильные дома в Санкт-Петербурге, которые ранее не проходили тестирования, 6,5% оказались ВИЧ-инфицированными [9].

Данные зарубежных исследований, указывают на высокую связь между употреблением наркотиков во время беременности и вероятностью передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку [6].

Причинами отсутствия химиопрофилактики во время беременности и родов могут быть: диагностика ВИЧ-инфекции только во время родов, употребление наркотических веществ во время беременности, добровольный отказ от профилактики (в том числе по религиозным убеждениям), беременность до внедрения в практику профилактики вертикальной передачи ВИЧ и домашние роды [3].

Имеются данные, что риск рождения инфицированного ребенка от ВИЧ-инфицированной матери снижается до 2-4% при химиопрофилактике противовирусными препаратами, обработке родовых путей хлоргексидином, родоразрешении путем кесарева сечения, и при отмене грудного вскармливания [5,7,8,10,11,12,13]. При отсутствии профилактики перинатальной передачи ВИЧ, риск заражения составляет 30–40 % [1].

На всем протяжении беременности у ВИЧ-инфицированной женщины целесообразно постоянное консультирование для коррекции поведения, повышения приверженности антиретровирусной терапии, отмены грудного

вскармливания [4]. При планировании исследования была выдвинута гипотеза о том, что прием ПАВ негативно влияет на приверженность АРВТ.

В данное исследование вошли 100 беременных ВИЧ-инфицированных женщин, которые были разделены на три подгруппы в соответствии с опытом употребления ПАВ. В первую подгруппу вошли беременные женщины с ВИЧ-инфекцией без опыта употребления ПАВ (N=40). Вторую подгруппу составили женщины в стадии воздержания от употребления ПАВ (N=40). В третью подгруппу вошли беременные женщины в активном употреблении ПАВ (N=20).

Набор участниц осуществлялся в Клинической инфекционной больнице им. С.П. Боткина (16 и 21 отд.); СПбГУЗ Родильный дом №17; общественной организации «Право на здоровье» (проект «МАМА+»), социальная квартира для ВИЧ-инфицированных женщин, попавших в трудную жизненную ситуацию).

При исследовании была использована специально составленная анкета, которая включала следующие блоки вопросов: социально-демографические характеристики; различные аспекты протекания беременности; вопросы, касающиеся приверженности АРВТ; употребления алкоголя и других ПАВ, а также наличия рискованного сексуального поведения. Также использовались следующие психодиагностические методики: шкала безнадежности Бека, шкала ожидаемой продолжительности жизни DuRant, шкала социальной поддержки (SPS).

Описание выборки беременных ВИЧ-инфицированных женщин.

В выборку женщин с диагнозом ВИЧ-инфекция без опыта употребления ПАВ вошли 40 участниц исследования, средний возраст составил 26 лет. 57,5% участниц состоят в официальном браке. Эта подгруппа женщин чаще (по сравнению с подгруппой участниц, имеющих опыт употребления ПАВ) имеют законченное высшее образование (27,5%), постоянную работу (62,5%), субъективно оценивают свое материальное положение, как среднее или высокое (82,5%) и в 50% случаев уже имеют детей. В 70% случаев беременность у них была запланирована. На учет в женскую консультацию и Центр СПИД встали 97,5% участниц исследования из данной подгруппы. Посещают врача в среднем 2 раза в месяц для наблюдения протекания беременности. О положительном результате теста на ВИЧ-инфекцию до наступления беременности узнали 67,5% беременных женщин. Давность постановки диагноза ВИЧ-инфекция в среднем составила 4 года. 85% участниц указали предположительный путь заражения – не защищенный сексуальный контакт.

Средний возраст беременных ВИЧ-инфицированных женщин находящихся в стадии воздержания от употребления ПАВ составил 26 лет, в эту выборку вошли 40 участниц исследования. В официальном браке состоят 47,5% участниц. Законченное высшее образование имеют 10%, закончили обучение в техникуме или колледже 22,5% участниц анкетирования. Постоянную работу имеют 32,5% и оценивают свое материальное положение, как среднее 62,5% беременных ВИЧ-инфицированных женщин в стадии воздержания от употребления ПАВ. Детей имеют 45% участниц. Планировали

свою беременность 42,5% женщин и встали на учет по беременности в женскую консультацию и Центр СПИД - 90%. Знают о своем положительном результате теста на ВИЧ-инфекцию в среднем около 6 лет. О своем диагнозе узнали до наступления беременности 72,5% женщин из описываемой подгруппы. Незащищенный сексуальный контакт как путь передачи ВИЧ указали – 37,5% участниц, парентеральный путь передачи (прием ПАВ) отметили 55% респонденток.

Средний возраст беременных ВИЧ-инфицированных женщин, находящихся в активном употреблении ПАВ, составил – 27 лет, в данную подгруппу вошли 20 участниц исследования. В официальном браке состоят 20% и 70% участниц из данной подгруппы состоят в партнерских отношениях без официальной регистрации. Законченное высшее образование имеют 5%, среднее 30% и 30% участниц закончили обучение в колледже или техникуме. Постоянную работу имеют 15% респонденток и оценивают уровень своего материального положения, как низкий в 45%, а в 55% случаев считают средним. Детей имеют лишь 30% участниц из данной подгруппы. Беременность была запланирована в 30% случаев. В 20% о наступлении беременности, женщины из данной подгруппы узнали по шевелению плода. На учет в женскую консультацию и Центр СПИД встали 65% беременных женщин, находящихся в активном употреблении ПАВ. 60% респонденток знают о своем положительном результате теста на ВИЧ в среднем 4 года. 80% участниц указали на использование общего шприца или иглы при приёме наркотиков и заявили эту причину, как предположительный путь заражения ВИЧ.

Количество сексуальных партнеров после постановки диагноза ВИЧ-инфекция резко снизилось во всех трех подгруппах, независимо от опыта употребления ПАВ.

Все участницы исследования вступали в сексуальные контакты, как с ВИЧ-положительными, так и с ВИЧ-отрицательными или с партнерами, статус которых неизвестен. Презервативы использовались менее чем в 50% случаев при сексуальных контактах с ВИЧ-положительными партнерами. При половых контактах с ВИЧ-отрицательными или с партнерами, чей статус неизвестен, презерватив использовался в 70% случаев.

Связь приверженности к АРВ-терапии с различными социально-психологическими и поведенческими факторами.

Подгруппы женщин, имеющих опыт употребления ПАВ, начинали АРВ-терапию в большем проценте (12,5%) случаев еще до наступления беременности, по сравнению с женщинами, не имеющими опыта употребления ПАВ(5%). Это объясняется тем, что они узнавали о своем диагнозе задолго до наступления беременности и приступали к приёму терапии по медицинским показаниям.

Отказы от приема АРВТ наблюдались только в подгруппе женщин активно употребляющих ПАВ. Самыми распространенными причинами отказа от терапии в данном случае, со слов респондентов, были «побочные эффекты терапии» и «необходимость скрыть прием лекарств от окружающих» (5%).



Значительная разница во времени между назначением и началом АРВ-профилактики вертикального пути передачи ВИЧ наблюдалась в подгруппах женщин, имеющих опыт употребления ПАВ. Данный факт объяснялся респондентами следующим образом: «приходится проходить большой объемом диагностических исследований», которые назначаются данной группе пациенток с целью подбора лекарственных средств, а также в связи с их плохим самочувствием.

Наибольший процент приверженности АРВТ (97,1%) наблюдался в подгруппе женщин, находящихся в стадии воздержания от употребления ПАВ. Относительно приверженности в подгруппах женщин, не имеющих опыта употребления ПАВ и активно употребляющих, разницы в данных не наблюдалось: в обеих подгруппах принимали терапию в полном объеме - 86% участниц, а 14% женщин имели пропуски в приеме терапии.

Статистически значимой связи между опытом употребления ПАВ и приверженностью к АРВТ не обнаружено.

Обсуждение результатов.

Проведенное исследование не подтвердило выдвинутую изначально гипотезу о наличии связи между опытом употребления ПАВ (как в прошлом, так и настоящем) с приверженностью к АРВТ. Данный факт можно расценивать как позитивный, в то время как практикующие врачи часто склонны к отказу в назначении терапии при наличии активного употребления ПАВ. Полученные данные говорят о том, что ВИЧ-инфицированные беременные женщины в активном употреблении ПАВ чаще отказываются от предлагаемой терапии, но разницы в приверженности к АРВТ между ними и беременными ВИЧ-инфицированными женщинами без опыта употребления ПАВ, не наблюдается<sup>1</sup>.

## Литература

1. Баранов И.И., Кулаков В.И. ВИЧ: профилактика передачи от матери ребенку. 2003.
2. Буравцова Е.В., Ладная Н.Н., Покровский В.В., Соколова Е.В. Федеральный научно- методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Информационный бюллетень № 33 Москва, 2009.
3. Голохвастова Н.О. Врожденная ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение. Медицинский научно-практический журнал «Лечащий врач» №6, 2009.
4. Деткова Н.В., Покровский В.В., Соколова Е.В., Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции в России. Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Москва 2005-2006г.г.

---

<sup>1</sup> Данное исследование было проведено на средства гранта № R24-MH082471 полученного от Национального Института Психического Здоровья США

5. Покровский В. В., Сервецкий К. Л. Передача ВИЧ при грудном вскармливании и гетеросексуальных контактах. Журнал Микробиология, 1988 – №12.
6. Effects of substance abuse on vertical transmission. Vink P. E., Farley J., Nair P. Et al. // XIV international conference on AIDS. Barcelona-July 2002. Abstract [WePeB5957].
7. Prevention of vertical transmission of HIV: analysis of cost effectiveness of options available in South Africa. Soderlund N., Zwi K., Kinghorn A., Gray G. // BMJ 1999. Vol. 318.
8. The European Mode of Delivery Collaboration. Elective Caesarean section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized clinical trial (ANRS 050) // Lancet, 1999. Vol. 357.
9. UNAIDS/09.36R / JC1700R. Kissin et al., Развитие эпидемии СПИДа: Декабрь 2009 г.
10. UNAIDS. HIV in pregnancy: a review // Geneva, 1999.
11. UNAIDS. New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications // Geneva, 11-13 October 2000.
12. WHO. Prevention of mother-to-child transmission of HIV: selection and use I of nevirapine. Technical notes // Geneva, 2001.
13. WHO, RHR, CAH. Breastfeeding and Replacement Feeding Practices in the context of mother-to-child transmission of HIV // Geneva, 2001.

## РЕЗЮМЕ

Исследование проводилось среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин с целью описания социально-психологических особенностей протекания ВИЧ-инфекции и выявления связи опыта употребления ПАВ и приверженностью АРВТ.

## SUMMARY

This study was conducted among HIV+ pregnant women. A study's goals were to describe social-psychological characteristics, associated with HIV, and to find correlation between drug use experience and HAART –adherence.

## **ПРИЕМ РАЗДЕЛЕНИЯ МОДАЛЬНОСТЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ НЕВЕРБАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ В МЛАДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

*А.Л. Плотникова*

*Поволжская государственная социально-гуманитарная академия,  
Самара*

Современная психология рассматривает общение с матерью как один из главных факторов благополучного развития ребенка на первых годах жизни. В связи с этим проблема диагностики общения младенца со взрослым имеет высокую значимость.

Существует несколько отечественных методик, позволяющих оценить коммуникативное развитие ребёнка на первом году жизни. Среди них можно отметить следующие: методика психологической диагностики психического развития детей первого года жизни О.В. Баженовой; методика диагностики нервно-психического развития детей первого года жизни Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт; методика психолого-педагогической диагностики развития детей Е.А. Стребелевой; методика Н.М. Аксариной и С.М. Кривиной «Контроль за развитием и поведением детей раннего возраста»; методика диагностики психического развития детей от рождения до 3-х лет Е.О. Смирновой, Л.Н. Галигузовой, Т.В. Ермоловой, С.Ю. Мещеряковой; метод оценки уровня психомоторного развития ребенка Л.Т. Журба, Е.М. Мастюковой, Е.Д. Айнгорн; методика «График нервно-психического обследования младенцев» (ГНОМ) Г.В. Козловской, А.В. Горюновой и др. [2], [5], [7], [8].

Отличительными особенностями перечисленных методик является, во-первых, их дефектологический характер (цель диагностики – разграничение нормы и патологии или выявление младенцев группы риска, а не определение своеобразия психики конкретного ребёнка); во-вторых, пробы на общение, входящие в эти методики, позволяют оценить уровень развития коммуникативной деятельности на первом году жизни.

Рассмотрение общения как коммуникативной деятельности позволило исследователям (М.И. Лисина и др.) разработать теорию генезиса детского общения и выделить три этапа развития общения на первом году жизни ребёнка: 1) этап новорожденности, 2) этап эмоционального общения (первое полугодие жизни), 3) этап делового общения (второе полугодие жизни) [3]. Согласно этой теории новорожденный рассматривается как пассивный объект материнской заботы, не владеющий средствами общения и не испытывающий потребности в общении. На втором месяце жизни появляется «комплекс оживления», который служит средством общения младенца с матерью и позволяет ребёнку удовлетворить потребность в доброжелательном внимании взрослого в ходе взаимодействия с ним. На седьмом месяце жизни к экспрессивно-мимическим средствам общения добавляются локомоции и

предметные действия, которые позволяют ребёнку удовлетворить потребность в практическом сотрудничестве со взрослым.

Проведенные за последние несколько десятилетий исследования взаимодействия матерей и младенцев показали, что ребёнок обладает врожденными схемами взаимодействия и с первых часов жизни ориентирован на социальное взаимодействие с матерью, в процессе диалога с ней занимает активную позицию и регулирует её коммуникативное поведение по механизму обратной связи [4]. Подобное поведение новорожденного нельзя рассматривать как коммуникативную деятельность, но и нельзя утверждать, что первым признаком зарождающегося общения является комплекс оживления.

Таким образом, на современном этапе развития отечественной психологии младенчества возникает необходимость в появлении теории, позволяющей изучать общение на первом году жизни вне категории «деятельность» и разработать методику диагностики коммуникативного развития младенцев с учетом факта их врожденной социальности.

Мы предлагаем для решения этой проблемы использовать уровневую структуру общения (Г.В. Акопов, 2003), согласно которой во взаимодействии двух субъектов выделяется следующая последовательность уровней: контакт – коммуникация – общение [1]. Применительно к взаимодействию матери и младенца уровень контакта характеризуется установлением связи между собеседниками, уровень коммуникации – обменом компонентами невербального поведения, уровень общения – формированием и изменением взаимоотношений. Регулировка взаимодействия осуществляется по механизму обратной связи.

Используя уровневый подход к общению, мы разработали процедуру исследования взаимодействия взрослого и младенца первого полугодия жизни и апробировали её в доме ребёнка «Солнышко» г. Самары. В основу методики исследования коммуникации на первом году жизни был положен принцип разделения модальностей (репрезентативных систем или каналов коммуникации) в ходе диалога с ребёнком [6].

Каждое взаимодействие с младенцем включало четыре этапа: подготовительный, начальный, основной и заключительный. На подготовительном этапе взрослый до начала взаимодействия с младенцем создавал себе положительное эмоциональное состояние, внутренне настраивается на диалог с малышом. Начальный и заключительный этапы содержали эмоциональное обращение взрослого к ребёнку, копирующее материнское поведение (улыбка, нежные прикосновения, ласковая интонация, элементы материнского фольклора) и передающее младенцу положительный эмоциональный настрой, доброжелательность и принятие его взрослым. Основным этапом взаимодействия содержал обозначение частей тела на ребёнке и кукле одним из трех способов: 1) в аудиальной, тактильной и визуальной модальностях, 2) в визуальной и тактильной модальностях, 3) в визуальной и аудиальной модальностях. Собственные руки и ноги первыми привлекают внимание ребёнка уже в возрасте до 6-ти месяцев, поэтому были выбраны именно эти части тела. Например, в случае активизации трёх репрезентативных

систем взрослый поступал следующим образом: он смотрел в глаза малышу, переводил взгляд на его часть тела, одновременно называя и дотрагиваясь до неё, затем восстанавливал с ребёнком контакт глаз; потом взрослый брал куклу, называл часть тела, одновременно смотрел на неё на кукле и давал ребёнку её потрогать (например, дотрагивался руками куклы до рук малыша, ногами куклы до его ног). При исключении из взаимодействия аудиальной модальности взрослый, обозначая части тела, называл их не вслух, а во внутренней речи. При исключении из взаимодействия тактильной модальности взрослый, обозначая части тела, не прикасался к ребёнку и не дотрагивался до него куклой. Угол общения взрослый выбирал по своему усмотрению, исходя из ситуации и удобства. Важным условием было пребывание младенца в состоянии спокойного бодрствования и учет ответной реакции ребёнка на воздействие взрослого, (т.е. «подстройка» поведения взрослого под реакцию ребёнка).

Все коммуникативные проявления младенцев фиксировались по видеозаписи в соответствии со схемой коммуникативного поведения младенца, составленной по аналогии со схемой невербального поведения человека В.А. Лабунской.

Результаты эксперимента обнаружили различия в поведении младенцев в зависимости от актуализируемых взрослым репрезентативных систем, позволили описать показатели уровней контакта и коммуникации, разработать практические рекомендации по коммуникативному развитию ребёнка, а также показали возможность использования принципа разделения модальностей для изучения особенностей невербальных коммуникаций на первом году жизни.

При условии многократного взаимодействия взрослого с младенцем с использованием разработанной нами схемы, открывается возможность определения актуального и перехода на более высокий уровень взаимодействия (т.е. коммуникативного развития ребёнка). Методика не решает проблему дифференциальной диагностики, зато позволяет выявить индивидуальные особенности конкретного ребёнка, определить коммуникативные сигналы, лучше или хуже распознаваемые ребёнком. Принцип разделения модальностей применим к детям с особыми нуждами, в т.ч. с сенсорным дефектом. Так, в дальнейшем нами планируется исследование невербальных коммуникаций у младенцев с нарушением зрения и слуха.

## Литература

1. Акопов Г.В. Уровневая структура общения // Психология общения: социокультурный анализ. Ростов-на-Дону, 2003. С. 12-13.
2. Баженова О.В. Диагностика психического развития детей первого года жизни. М.: МГУ, 1986.
3. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. М., 1986. 278 с.
4. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: диалогическое взаимодействие. СПб., 2003.

5. Пантюхина Г.В., Печора К.Л., Фрухт Э.Л. Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста. М.: Изд-во ВУНМЦ, 1996.

6. Плотникова А.Л. Социально-психологическое исследование коммуникативного поведения детей первого полугодия жизни. Дисс... кандидата психологических наук. Самара, 2006. 152 с.

7. Психологическая диагностика: Учебное пособие / Под ред. М.К. Акимовой, К.М. Гуревича. СПб.: Питер, 2007.

8. Хелльбрюгге Т., Лайоси Ф., Линара Д. и др. Мюнхенская функциональная диагностика развития: Пер. с нем. Минск: Открытые двери, 1997.

## РЕЗЮМЕ

В статье раскрывается возможность использования полимодального и бимодального взаимодействия (или прием разделения модальностей) для диагностики невербальных коммуникаций на первом году жизни и коммуникативного развития младенцев. Разработанный автором метод применим как к здоровым детям, так и к младенцам с особыми нуждами.

## SUMMARY

In article possibility of use of polymodal and bimodal interaction (or reception of division of modalities) for diagnostics of nonverbal communications on the first year of a life and communicative development of infants reveals. The method developed by the author is applicable both to healthy children, and to infants with special needs.

## ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

*Т.В. Скрицкая*  
*СГУПС, Новосибирск*

С повышением внимания в обществе к вопросам семьи, рождения и воспитания детей, с увеличением возраста вступления в брак и рождения первого ребенка становятся актуальными вопросы, связанные с определением отношения женщины к событиям репродуктивного цикла [5], [6]. Мы склонны придерживаться психодинамических взглядов на процессы беременности и родов [1], [8] и считать, что реакции беременной на шевеления плода, протекание родов и особенности ухода за малышом в первые месяцы после рождения являются определяющими при формировании эго [1], [8].

В настоящее время исследователи чаще обращают внимание на то, что условия вынашивания, рождения ребенка и эмоциональный контакт, который устанавливается женщиной с плодом во время беременности и сразу после родов, являются прогностически значимыми для последующего выбора стиля воспитания ребенка [2], [7], [4].

С выделением в качестве отдельной области исследования перинатальной психологии и психотерапии в России повысился интерес к проблемам, связанным с особенностями зачатия, протекания беременности, родов и к послеродовому периоду [2], [3]. В качестве предмета исследования перинатальной психологии и психотерапии выделяют диаду (беременная женщина – пренейт, а затем мать-младенец) [2], [7]. В отечественной психологии мало исследований, посвященных особенностям коммуникации беременной и пренейта, что объясняется трудностями изучения диады [4].

Целью нашего исследования явилось выделение основных сенситивных периодов в коммуникации беременной женщины с пренейтом. Выделение таких периодов позволит еще на стадии беременности заниматься профилактикой и коррекцией нарушений коммуникации беременной и пренейта, для того, чтобы после рождения обеспечить младенца эмоциональной близостью с матерью и надлежащим уходом.

Коммуникации в диаде следует рассматривать как эгоцентрическую, «поскольку она представляет собой феномен разрядки, ненаправленный и неинтенциональный, возникающий в ответ на внутренние процессы» [8, 12]. С психодинамических позиций мы можем рассматривать шевеления пренейта как примитивную, архаическую коммуникацию, которая возникает у плода в ответ на психологические и физические особенности состояния беременной женщины. По мнению Г.Г. Филипповой, именно с началом чувствования шевелений пренейта начинается идентификация беременной со своим ребенком [7].

По мнению Д.В. Винникотта, обычно женщины выражают себя через идентификацию с тем, кто при благоприятных обстоятельствах станет младенцем, который у них родится, и затем обретет независимость [1].

Возможность идентификации женщины себя с пренейтом и младенцем детерминирована опытом собственных отношений с матерью в период младенчества. Он служат либо подспорьем, либо помехой для ее собственного материнского опыта. Д.В. Винникотт считал, что мать идентифицируется с ребенком чрезвычайно сложным образом: она чувствует себя им, разумеется, оставаясь взрослым человеком. С другой стороны, ребенок переживает свою идентичность с матерью в моменты контакта, являющиеся скорее не его достижением, а отношениями, которые стали возможными благодаря матери. С точки зрения ребенка, на свете нет ничего кроме него самого, и поэтому, вначале мать – тоже часть ребенка. С динамических позиций, это и есть «первичная идентификация» [1].

Введение в штат женских консультаций и перинатальных центров психологов и психолого-психотерапевтических служб, а также рост количества курсов и школ по подготовке к родам и материнству делают актуальными исследования коммуникаций беременной с пренейтом, а также в изучении вопросов, касающихся ухода и воспитания младенца. Д.В. Винникотт считал, что осознанность в уходе за младенцем не позволяет женщине действовать естественным образом. Любая неестественность в уходе за ребенком нарушает процесс холдинга, который считается основным в отношениях между матерью и младенцем [1].

Безусловно, у беременных есть запрос на получение знаний и умений по уходу за ребенком, однако наши исследования показали, что на курсы дородовой подготовки чаще обращаются тревожные, неуверенные в себе женщины. Если в процессе обучения на курсах информации о возможных осложнениях беременности, родов и в послеродовом периоде уделяют чрезмерное внимание, то в результате таких занятий тревожность женщины и неуверенность в собственных силах могут еще больше повыситься. По мнению Д. Винникотта, научиться материнству невозможно, и тревога не может служить заменой очень простой любви почти физического свойства [1]. Значит, при формировании групп по дородовой подготовке стоит проводить психологическую диагностику, или собеседование с целью определения беременных, заслуживающих повышенного внимания ведущего курсов, либо ориентировать данную категорию беременных на индивидуальную психокоррекционную работу.

Проводя исследования в женской консультации при Новосибирском городском перинатальном центре (НГПЦ) мы установили, что чаще возможных трудностей при кормлении грудью и уходе за младенцем опасаются либо очень ответственные и тревожные женщины, либо женщины с недостаточной поддержкой социального окружения (одинокие, не рассчитывающие на поддержку прародительской семьи после рождения ребенка).

С беременными, указывающими на подобные трудности, обсуждались вопросы, связанные с физическими и психологическими потребностями



младенца, проводилось психологическое консультирование и коррекционная работа, важной частью которой являлось обучение женщин навыкам саморегуляции, основанной на когнитивно-бихевиоральном подходе. Как правило, проводилась от 1-2 до 12 сессий. Их количество определялось сроком беременности, на котором обращалась женщина к психологу, ее запросом. В нашей практике чаще повышение интереса к дородовой подготовке совпадало с выходом женщин в декретный отпуск.

На первой сессии проводился сбор анамнеза и формулирование запроса. В зависимости от личностных особенностей женщины, ее запроса определялись частота встреч и количество консультаций.

В случаях, если у женщины срок беременности превышал 36 недель, основное внимание уделялось выработке навыков саморегуляции. По нашему мнению, умение хорошо ориентироваться в своем физическом и психологическом состоянии, овладение возможностью восстанавливать и поддерживать оптимальное самочувствие, необходимы во время беременности и родов.

При индивидуальной коррекционной работе большое внимание уделялось выработке навыков коммуникации с пренейтом, в том числе с использованием приемов гаптономии. Некоторые беременные, обратившиеся за консультацией, указывали, что их раздражают вопросы окружающих об общении с пренейтом. Они указали, что не разговаривают с ним, его шевеления вызывают дискомфорт, нередко усиливают тревогу за состояние его здоровья. В подобных случаях проводилось разъяснение необходимости коммуникаций, способствующих фантазиям, развитию представлений о том, что происходит в момент шевеления, какие моменты и формы общения ему наиболее приятны, как можно поменять собственное поведение или положение тела, чтобы ощущения от шевеления стали комфортными или не вызывающими беспокойства. Обычно, после этого женщины начинали общение с пренейтом самостоятельно и привлекали к нему партнера. Часто у женщин улучшался сон, Большинство из них становились более уверенными в себе, снижалась тревога, связанная с материнской некомпетентностью, улучшался сон.

Во всех случаях проводилась работа с метафорой «Мать – первая вселенная ребенка», позволяющей раскрыть понятие [1]. Д.В. Винникотт выделял три функции основные матери: осуществлять холдинг, ухаживать за ребенком и представлять объектную «сторону» мира. Метафора «мать – вселенная» позволяет сфокусировать внимание беременной женщины на этих трех функциях.

Стоит учитывать, что в случае обычного опыта «достаточно хорошего» холдинга, мать способна обеспечить дополнительную эго-функцию. Тогда ребенок уже на ранней ступени, обретает эго, очень слабое, но собственное эго, крепнущее благодаря способности матери приспособливаться к ребенку [1].

По нашим наблюдениям именно гаптономия с возможностью фантазирования о ребенке, с его чувствованием и интуитивным пониманием его потребностей уже в период беременности, после родов обеспечивает оптимальный холдинг.

Снижение личностной и ситуативной тревоги в результате коррекционной работы с использованием саморегуляции позволяет беременным подойти к родам в оптимальном эмоциональном состоянии. Приобретение умения корректировать свое состояние позволяет женщинам чувствовать себя более компетентными перед родами и трудности послеродового ухода за новорожденным воспринимаются им как вполне естественные.

Предложенная нами структура работы с женщинами, испытывающими трудности во взаимодействии с пренейтом, включает: коммуникацию беременной с пренейтом, обучение саморегуляции, дородовую подготовку. Это позволяет формировать уверенность в своих материнских качествах.

После родов матери поглощены уходом за младенцем, что затрудняет получение катamnестических сведений. Однако в наших дальнейших исследованиях мы планируем особое внимание уделять сбору фактического материала об особенностях ухода за младенцем и ребенком раннего возраста. По нашему мнению, анализ результатов лонгитюдного исследования позволит скорректировать имеющуюся программу психологической коррекции беременных.

### Литература

1. Винникотт Д.В. (Winnicott D.W., 1966) Маленькие дети и их матери. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 80 с.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб.: Питер, 2010. – 272 с.
3. Захаров А.И. Ребенок до рождения и психотерапия последствий психических травм. – СПб: СОЮЗ, 1998. – 144 с.
4. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: Изд. СПбГУ, 1999. – 288 с.
5. Скрицкая Т.В., Дмитриева Н.В. Особенности психологического реагирования и системы ценностных ориентаций женщин в период беременности. – Новосибирск: Изд. НГПУ, 2002. – 96 с.
6. Скрицкая Т.В. Психологическое сопровождение беременных женщин в рамках программ по подготовке к родам. // Международная научно-практическая конференция: Профессиональное образование: от теории к практике. – сборник научных трудов: по материалам I Всероссийской Интернет-конференции, март-апрель 2006 года, г. Новосибирск. Вып. I. – Новосибирск, 2006. – С. 116-119.
7. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М.: Изд. Ин-та ПТ, 2002. – 240 с.
8. Шпиц Р. А., Годфри Коблинер В. (Spitz R.A., Godfrey Cobliner W., 1963) Психоанализ раннего детского возраста (пер. с англ.). – М.: ПЕР СЭ; СПб.: Университетская книга, 2001. – 159 с.

## РЕЗЮМЕ

С повышением внимания в обществе к вопросам семьи, рождения и воспитания детей, с увеличением возраста вступления в брак и рождения первого ребенка становятся актуальными вопросы, связанные с определением отношения женщины к событиям репродуктивного цикла. В статье предложена структура работы с женщинами, испытывающими трудности во взаимодействии с пренейтом. Эта работа включает в себя: коммуникацию беременной с пренейтом, обучение саморегуляции, дородовую подготовку, что позволяет формировать уверенность в своих материнских качествах.

## SUMMARY

Now we can notice that increasing of society's attention to questions of family, birth and upbringing of child correlates with high age of marrying and giving birth to a first child. In this period, the questions connected with the stages of reproductive cycle become more actual for women. In the article is stated the structure of working with women, who have difficulties with foetus, for example such difficulties as: communication with child, training of autoregulation, antenatal preparation. This allows to form self-confidence of woman in her motherly qualities.

# **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ФАКТОРА, НЕГАТИВНО СКАЗЫВАЮЩЕГОСЯ НА РАЗВИТИИ РЕБЕНКА**

*А.Г. Смирнов*

*Санкт-Петербургский государственный университет  
кафедра ВНД и психофизиологии*

В рамках исследований по перинатальной психофизиологии значительный интерес представляет проблема раннего становления взаимоотношений в системе «мать-ребенок» на разных стадиях внутриутробного развития плода [1], [2]. От характера и адекватности такого рода взаимоотношений будет существенно зависеть не только физиологический статус новорожденного, но и особенности его психофизиологического развития впоследствии. Нормальное формирование этих взаимоотношений во многом определяется особенностями протекания беременности, и, в частности, от наличия или отсутствия угрозы ее прерывания. Механизмы возникновения таких угроз существенно различаются, но в большинстве случаев – это нарушение регуляции гормонального, гомеостатического и иммунного статуса беременной женщины, что, как правило, обусловлено изменением центрального звена регуляции. В плане диагностики таких изменений используется ЭЭГ, которая является одним из удобных методов оценки функционального состояния головного мозга. Ее использование позволяет дать предварительную оценку нарушений в функционировании структур, регулирующих процесс гестации. Учитывая то положение, что преждевременные роды являются конечным отрицательным следствием угрозы прерывания беременности, мы поставили целью данного исследования оценку функционального состояния ЦНС по показателям ЭЭГ у женщин с преждевременными родами в текущей беременности.

Исследование было проведено на 254 беременных женщинах. Спецификой обследования являлось то, что ЭЭГ у беременных женщин регистрировали вне периода наличия угрозы или обострения болезни, связанной с текущим состоянием. В этой связи мы не могли прогнозировать неблагоприятного исхода беременности. Поэтому анализ ЭЭГ и соотнесение ее параметров с результатом протекания гестационного процесса проводили после родов, используя для этого медицинские карты беременных.

В результате длительных исследований была выделена группа, у которой по разным причинам текущая беременность не состоялась. Из 254 женщин было выделено 29 с преждевременными родами, но при этом плод остался живым (1 группа), а также 11 женщин, у которых плод по какой-то причине погиб (2 группа). Таким образом, всего было выделено 40 женщин с преждевременными родами, что составляло около 16% от всей выборки.

Из этой общей выборки 26 женщин было первородящими, а 14 из них – первобеременными. Соответственно, если учитывать только

повторнобеременных женщин, то почти у половины из них (у 12 из 26) в анамнезе отмечались преждевременные роды (выкидыши). Если рассматривать отдельно группу с репродуктивными потерями, то таких там из девяти женщин было 6. Уже этот факт указывает на то, что вероятность повторной неудачной беременности у женщин с выкидышем в анамнезе существенно выше. Следует отметить, что у женщин с преждевременными родами первой группы выделились беременные, у которых роды хотя и были преждевременными, но произошли они после 36 недели, т.е. – практически в срок. Таких женщин было 13. Основной причиной, послужившей началу родов в этом случае, было преждевременное отхождение вод. Выделенная подгруппа беременных отличалась и тем, что у 8 из них беременность протекала без осложнений. А в первой подгруппе таких женщин не было. У беременных с репродуктивными потерями только у 4 был поставлен диагноз «угроза прерывания беременности».

В целом в обеих группах уровень личностной тревожности повышенный, но не у всех достаточно высокий. С высокой личностной тревожностью (больше 50 баллов, тест на тревожность Спилбергера-Ханина) в группе с преждевременными родами было пять женщин, а в группе с репродуктивными потерями – две. В среднем для ситуативной тревожности эта величина составляет  $39.10 \pm 1.34$  балла, а для личностной –  $46.21 \pm 1.45$ .

Регистрация ЭЭГ у беременных данной группы в подавляющем большинстве была осуществлена во втором, наиболее благополучном с медицинской точки зрения, триместре. В результате анализа ЭЭГ было выявлено, что в подгруппе женщин, у которых преждевременные роды произошли после 36 недели, большинство параметров ЭЭГ достоверно не отличались от таковых у женщин с нормально протекающей беременностью. У остальных беременных отмечались следующие особенности ЭЭГ:

- у 12 беременных женщин с преждевременными родами (7) и репродуктивными потерями (5) ЭЭГ характеризовалась низкоамплитудным нерегулярным, искаженным высокочастотной активностью альфа-ритмом. Его спектральная мощность в затылочных отведениях не превышала  $3.00 \text{ мкВ}^2$ . Отмечались низкоамплитудные генерализованные вспышки альфа-ритма, а также острые волны в передних областях. Тяжесть протекания беременности (наличие в течение длительного времени угрозы ее прерывания, наличие сопутствующих заболеваний и пр.) коррелировала с увеличением мощности высокочастотной активности, выраженностью острых волн или вспышек медленных ритмов в лобно-центральных областях, а также с уровнем личностной тревожности. Следует отметить, что гипервентиляция у таких беременных улучшала как их общее состояние, так и картину биоэлектрической активности их головного мозга.

- у 14 беременных женщин, наоборот, ЭЭГ отличалась высокоамплитудным гиперсинхронным фоновым альфа-ритмом, склонным к пароксизмальной активности при гипервентиляционной нагрузке, неустойчивым по частоте и в значительной степени представленным в лобно-

центральных областях. Его спектральная мощность превышала  $10.00\text{мкВ}^2$ . Клинический анализ их ЭЭГ выявил такие особенности, как компактные генерализованные длительностью около 1 с вспышки низкочастотного альфа-ритма, или его вспышки в виде воронки, т.е. пространственная инверсия альфа-ритма. Кроме того, когерентные связи в диапазоне альфа-ритма отмечались преимущественно в лобно-центральных областях. Представительницы этой группы отличались более тяжелым протеканием беременности, более ранними сроками преждевременных родов, наличием гормональных отклонений, нарушением менструального цикла и более часто встречающимся отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Они характеризовались повышенной личностной тревожностью, хотя и не в такой степени как в предыдущей группе.

В клинических исследованиях было показано, что глобальные, ритмические изменения в ЭЭГ чаще всего характерны при нарушениях в функциональном состоянии гипоталамо-гипофизарных структур, а более дифференцированные, типа вспышек ритмов, появления разных комплексов, острых или медленных волн – при изменениях активности неспецифических таламических и лимбических образований. Низкоамплитудная и десинхронная ЭЭГ характерна как для состояния повышенного психоэмоционального напряжения, что может быть связано со стрессом, вызванным беременностью. Активация гипофиз-адреналовой системы приводит к выделению значительного количества АКТГ, кортикостероидов и катехоламинов, что приводит к изменениям метаболизма. Возможно, что организм беременной женщины, стремясь уменьшить влияние такой мощной нагрузки на ЦНС, стремится избавиться от влияния этого фактора и происходит его устранение, т. е. самопроизвольное прерывание беременности.

В случае преобладания гиперсинхронизирующих тенденций в ЭЭГ необходимо учитывать и то, что параллельно с усилением деятельности гипоталамо-гипофизарных структур, увеличиваются и гормональные влияния на ЦНС, связанные со значительным повышением уровня эстрогенов и прогестерона в крови. Гиперсинхронные проявления в ЭЭГ чаще всего связаны с изменениями в проницаемости нервных клеток, что определяется различными иммунными и гормональными процессами, происходящими в организме беременной женщины. Эти изменения существенно чаще сопровождаются неблагоприятно протекающей беременностью. Одним из механизмов таких изменений является влияние тех же эстрогенов, так как они проявляют свое воздействие не только механизмом генного действия, а и изменением проницаемости канальцев клеточных мембран, что, к примеру, является одной из причин усиления эпилептических проявлений при беременности. Указанные изменения сами по себе могут и не спровоцировать фатальный исход беременности. Однако, в сочетании с проблемами, связанными с соматическими нарушениями в организме женщины, такие изменения в регуляции гестационного процесса могут привести к появлению дезадаптации в системе «мать-дитя» и, как следствие, – к преждевременным родам.

## Литература

1. Батуев А.С. Принцип доминанты как основа когнитивного развития ребенка на ранних этапах онтогенеза. // Физиол. Человека, 2002. – Т. 28. – №2. – С. 17.
2. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 240 с.

## РЕЗЮМЕ

В рамках исследований по перинатальной психофизиологии значительный интерес представляет проблема становления взаимоотношений в системе «мать-ребенок» на разных стадиях внутриутробного развития плода.

В статье приводятся результаты исследований ЭЭГ у 254 беременных женщинах. Низкоамплитудная и десинхронная ЭЭГ характерна как для состояния повышенного психоэмоционального напряжения, что может быть связано со стрессом, вызванным беременностью. Возможно, что организм беременной женщины, стремясь уменьшить влияние такой мощной нагрузки на ЦНС, желает избавиться от влияния этого фактора и происходит его устранение, т. е. самопроизвольное прерывание беременности.

## SUMMARY

In the article the results of research of EEG with 254 pregnant women are stated. Low amplitude and anisochronous EEG is typical for high psychic and emotional effort condition that can be connected with stress, caused by pregnancy. It's possible, that an organism of a pregnant woman longs for decreasing of influence of high loading of the central nervous system and as a result spontaneously interrupt pregnancy.

# НОРМАТИВНЫЕ МОДЕЛИ МАТЕРИНСТВА У ЖЕНЩИН И ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ИХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

*С.В. Трушкина*

*Научный центр психического здоровья РАМН, Москва*

Современные исследователи практически единодушно выделяют в родительском отношении к ребенку эмоциональный, когнитивный и поведенческий аспекты. Традиционно наибольший интерес проявляется к эмоциональным и поведенческим сторонам РО. Когнитивная сфера родителя, в частности матери, является значительно менее исследованной областью.

Содержание материнской когнитивной сферы составляют представления, ожидания, ценности и установки женщины, связанные с рождением и развитием ее ребенка, с собственным материнским поведением. Особое значение имеют представления женщин о «нормальном материнстве». Убежденность матери в существовании тех или иных норм, связанных с рождением и воспитанием детей, принятие или непринятие женщиной этих норм во многом определяют то, как она будет выстраивать свои отношения с ребенком. Эти представления, как правило, являются развернутой и более или менее логически выстроенной системой ожиданий от ситуации своего материнства. Она опирается на семейные традиции, личный опыт, знания и образы, почерпнутые из фильмов и книг, а также находится в большем или меньшем соответствии с наличной семейной ситуацией. Такая система взаимосвязанных представлений о том, каким должно быть материнство, обозначена нами термином **«нормативная модель материнства» (НММ)**.

В качестве гипотезы для данного исследования было принято, что нормативные модели материнства, оказывая воздействие на реализуемое материнское поведение, влияют на уровень и особенности развития детей раннего возраста. Методами исследования явились структурированная беседа с матерью, наблюдение по плану за взаимодействием в диаде, метод Q-сортировки (в модификации автора) и две методики для оценки уровня психического развития ребенка [1], [2]. В исследовании приняли участие 45 диад мать-ребенок. Все дети были в возрасте от одного года до двух лет и не имели серьезных соматических или психических заболеваний, способных задержать их развитие.

Анализ содержания бесед и результатов наблюдения позволил выявить пять отличающихся друг от друга типов НММ. Модели получили названия: «педагогическая», «партнерская», «психологическая», «самоустраивающаяся» и «жертвенная». Достоверность различий для этих моделей была подтверждена при помощи t-критерия Стьюдента, рассчитанного для средних значений рейтинговых оценок, данных испытуемыми содержательным характеристикам образа идеальной матери в тесте «Q-сортировка» (при вероятности допустимой ошибки равной или меньшей 0,05). Различия между нормативными моделями материнства выявились как в содержании, так и в формальных характеристиках, а именно: в степени определенности образов матери и



ребенка, в степени логической связанности образов (они оценивались по специально разработанным шкалам) и в принципиальной реализуемости нормативных представлений.

Представления о нормальном материнстве у женщин, имеющих «педагогическую» НММ, в основном сводились к тому, что «мать должна быть ответственной, строгой, требовательной к себе и к ребенку, успешной в глазах окружающих. Она должна много заниматься с ребенком, образовывая его во всех сферах. Ребенок должен быть здоровый, хорошо развитый, «воспитанный», послушный, обладающий целым рядом социально одобряемых качеств и умений». Нормативные образы матери и ребенка у испытуемых из этой группы отличались наибольшей сформированностью и фиксированностью. Это определяло довольно жесткую позицию матерей в вопросах воспитания и обуславливало предъявление высоких требований к ребенку и к себе самой. В повседневной жизни они много внимания уделяют развивающим игрушкам и занятиям с ребенком, а их озабоченность достижением конкретного результата от взаимодействия с ребенком часто препятствует получению обоими удовольствия от общения. Дети, постоянно испытывая на себе воспитательное давление матерей, уже в раннем возрасте приобретают обыкновение реагировать на многие действия взрослых с недоверием и негативизмом. Психическое развитие детей соответствует возрасту. Дети имеют высокие показатели по инициативности в общении, относительно сниженные (в пределах нормы) – в стремлении действовать по образцу и ориентации на оценку взрослого. Однако, при возрастании степени определенности образа ребенка до крайних значений воспитательный стиль матерей приобретает черты гиперсоциализирующего, а дети демонстрируют отставание в развитии, особенно заметное в сфере общения и речи.

По-иному выглядят нормативные представления у женщин с «партнерской» НММ: «материнство – это очень приятно и интересно». Мама не должна постоянно решать за ребенка, что и как ему делать; ей нужно стремиться, как можно лучше понимать своего ребенка, проводить с ним много времени, играть. Мама должна доверять своим чувствам и делать то, что приносит радость ребенку и ей самой, – это и будет правильным. Мама должна в равной степени заботиться о себе и о ребенке, т.к. если будет плохо ей, то будет плохо и ребенку; ребенок должен быть здоровый и веселый; для него должен существовать минимум запретов». Образы матери и ребенка в этой группе имеют средние значения определенности, что обуславливает отсутствие у матерей ожидания от ребенка каких-либо жестко заданных результатов или качеств.

Матери из этой группы отличаются эмоциональной уравновешенностью, высокой способностью к эмпатии по отношению к ребенку и отсутствием избыточной тревоги по поводу своего материнства. Взаимодействие в диаде хорошо налажено, однако большинство матерей отмечают склонность детей к раздражительности и конфликтности. Психическое развитие детей соответствует возрасту, они имеют высокие показатели по большинству критериев.

**«Психологическая»** НММ имеет в своей основе представления об особой важности удовлетворения матерью эмоциональных потребностей ребенка (в любви, принятии, спокойствии, чувстве защищенности и благополучия) и об обязанности матери увидеть и развить индивидуальность своего ребенка. Эта НММ описывается высокими показателями определенности образа матери и средними – ребенка, т.е. испытуемые склонны предъявлять высокие требования к себе как к родителю, а ребенка часто готовы принимать таким, каков он есть. Матери из этой группы выделялись высоким уровнем интеллекта, творческим складом личности и убежденностью в том, что только они сами ответственны за то, как складывается их материнство. Отношения в диадах спокойные, доверительные, эмоционально насыщенные и практически бесконфликтные. Дети выглядят уверенными в себе, спокойными, эмоционально яркими, активными и компетентными в общении, проявляют черты независимости и своенравия. Психическое развитие соответствует возрасту при опережающих показателях по развитию игры и речи.

Испытуемые с **«самоустраняющейся»** НММ, описывают «нормальную» мать как очень любящую, балующую, утешающую, но при этом отвергают ее ответственность за воспитание и социализацию ребенка, считая их не материнскими функциями. Они убеждены в том, что предъявлять требования, запрещать и наказывать – это обязанность отца, других членов семьи или воспитателей в детских учреждениях. Мама же, по их мнению, должна позволять ребенку развиваться так, как он хочет. Образ ребенка имеет низкие показатели определенности: представления касаются лишь самых общих характеристик с констатацией безусловного принятия своего ребенка («должен быть таким, какой он и есть»). Развитие детей в этой группе напрямую зависело от того, насколько другие члены семьи разделяли ригидные представления матерей о гендерных и семейных ролях. Если отец или бабушка ребенка принимали на себя социализирующие функции, то ребенок оказывался и развит по возрасту, и эмоционально благополучен. В остальных случаях дети имели сниженные показатели по чувствительности к воздействиям взрослого, развитию речи и навыков самообслуживания.

**«Жертвенная»** НММ основана на убеждении, что «мать обязана всегда быть целиком предоставленной ребенку». Он может постоянно быть у нее на руках, спать вместе с ней, годами находиться на грудном вскармливании. Мать должна все ему прощать, все разрешать и никогда не наказывать; мама должна все уметь, везде успевать, быть терпеливой и спокойной; требований к ребенку в принципе быть не должно, так как иначе он будет неправильно развиваться». Такая предельно самоотверженная позиция давала парадоксальные результаты: дети из этой группы отставали в развитии по многим параметрам и отличались выраженной тревожностью в сфере общения и взаимодействия с другими людьми. Объяснение этому факту может состоять в том, что маленький ребенок в ситуации крайней неопределенности родительских ожиданий лишен ориентиров в своем поведении, испытывает неуверенность в себе и сильную тревогу, что в свою очередь порождает снижение его инициативности, любознательности, спонтанности в поведении и проявлении эмоций.

В целом по выборке наиболее благополучными оказались дети матерей, реализующих «психологическую» и «партнерскую» модели. Уровень развития, соответствующий всем возрастным нормам, в сочетании с эмоциональным благополучием отмечался у 100% и 89 % детей из этих групп соответственно. В группе матерей с «педагогической» НММ таких детей оказалось 67%, с «самоустраняющейся» – 25%. У матерей, следующих «жертвенной» нормативной модели, все дети имели задержки развития и/или эмоциональные проблемы. Выявилась статистически достоверная зависимость успешности функционирования диады от показателя степени определенности образов ребенка и матери. Дети матерей, имеющих средние значения этого показателя, оказались наиболее благополучными в своем развитии и эмоциональном состоянии. При крайних значениях показателя – как низких, так и высоких – диада испытывала трудности, поскольку в случае низких показателей резко снижалась способность НММ мотивировать материнское поведение, в случае высоких – материнское поведение и реагирование утрачивало гибкость и возможность соответствовать меняющейся ситуации.

Таким образом, исследование показало, что современные городские женщины обладают не одним «единственно верным» представлением о нормальном материнстве, а обнаруживают целый ряд его вариантов, которые достоверно отличаются друг от друга, как по содержательным, так и по формальным признакам. При этом реализация женщиной того или иного типа НММ отражается на индивидуальных особенностях развития и эмоционального состояния ребенка.

### Литература

1. Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю. Диагностика психического развития детей от рождения до трех лет. – СПб.: Детство-Пресс, 2005. – С. 55-76.
2. Шапиро Я., Чистович И. Руководство по оценке уровня развития детей от 1 года 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев по русифицированной шкале RCDI-2000. – СПб.: Институт раннего вмешательства, 2000.

### РЕЗЮМЕ

Статья посвящена представлениям современных городских женщин о «нормальном материнстве». Эмпирическим путем выявлено и описано несколько вариантов нормативных моделей материнства. На основе экспериментального исследования показано, что реализация матерью той или иной нормативной модели материнства отражается на особенностях психического развития ребенка и эмоциональном состоянии обоих членов диады.

### SUMMARY

Most often these factors dramatically trouble the development of correct interactions in the mother-child dyad. Better understanding of mutual character of abnormalities in dyad, including influence mother's mental state, allows the specialists develop efficient tactics of psychotherapeutic interventions, adding them with medical treatment if necessary.

## **РАЗДЕЛ IV. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ**

### **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В ВЫПУСКНЫХ КВАЛИФИКАЦИОННЫХ РАБОТАХ СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ОРЕНБУРГСКОЙ ГОСМЕДАКАДЕМИИ**

*В.А. Дереча*

*Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава*

В Оренбургской госмедакадемии (ОрГМА) факультет клинической психологии (ФКП) открыт в 2002 году. К настоящему времени состоялся четвёртый выпуск специалистов по клинической психологии.

Для подготовки выпускных квалификационных работ (ВКР) студенты ФКП ОрГМА имеют самые широкие возможности выбора темы научного исследования. При этом допускаются темы сугубо инициативные – после их специального анализа и утверждения кафедральным совещанием. Отдельные работы выполнялись по специальности общая психология. Однако основная масса выпускников ФКП выбирала те темы для научных исследований, которые:

- рождались в процессе практических занятий на клинических базах выпускающей кафедры (в процессе практикумов, специализаций и производственных практик);
- которые имеют научную перспективность с возможностью продолжения их разработки в качестве диссертаций;
- которые могут способствовать углублению подготовленности выпускника для работы в качестве специалиста в конкретном лечебно-профилактическом учреждении.

Базы ФКП ОрГМА представляют собою мощные и многопрофильные учреждения как здравоохранения, так и социальной помощи и системы образования. С детьми самых разных возрастов и с самой различной патологией студенты ФКП ОрГМА имеют возможность работать в областной и в городской детских клинических больницах; в областной детской психоневрологической клинической больнице; в детском отделении 1-й областной клинической психиатрической больницы; в детско-подростковом отделении областного клинического наркологического диспансера; в специализированных детских интернатах.

Разнообразие клинических баз для практической подготовки выпускников ФКП ОрГМА и их весьма широкий интерес к самым различным видам человеческих заболеваний обусловили тот факт, что ВКР посвящаются в целом психологическим, патопсихологическим и (или) нейропсихологическим исследованиям при шизофрении, при алкоголизме и наркоманиях, при органических поражениях головного мозга, при самых различных заболеваниях

и стрессовых расстройствах, расстройствах поведения и т.п. Значительную долю составляют научные исследования больных детей.

Так, в некоторых ВКР объектом изучения были дети с эмоциональными расстройствами, специфическими именно для детского возраста.

Студентка И.А. Некрасова (2010) представила на защиту работу по теме «Влияние уровня тревожности на интеллектуальное развитие детей старшего дошкольного возраста, имеющих эмоционально-поведенческие расстройства». Изучено 60 больных детей в возрасте 6-7 лет и 30 здоровых того же возраста в качестве контрольной группы. Установлено, что тревожность существенно снижает качество мыслительных процессов, способности к обучению и общий уровень развития. Предложены практические рекомендации по профилактике и коррекции тревожности и снижения когнитивного развития.

В работе В.С. Карелиной (2008) на тему «Уровень самооценки подростков с невротическими расстройствами и его влияние на формирование коммуникативных и организаторских способностей личности» изучено 30 подростков с невротическими расстройствами в сопоставлении с 30 здоровыми подростками (те и те в возрасте от 12 до 16 лет, ср. возраст - 14 лет). Автор получила интересные данные о том, что в обеих группах подростков отсутствуют статистически достоверные различия по показателям самооценки и коммуникативных способностей. Найдено также, что уровень организаторских способностей достоверно выше у подростков с невротическими расстройствами. Сделан вывод об отсутствии зависимости коммуникативных и организаторских способностей у подростков от их уровня самооценки.

В трёх других ВКР объектом изучения выпускников ФКП ОрГМА были дети с задержками психологического развития (рубрика F 83 по МКБ-10: «смешанные специфические расстройства психологического развития»).

В этом плане студентка Л.А. Салихова (2009) при практической работе с коррекционными программами обратила внимание на ведущую роль эмоционального созревания в развитии таких детей и выполнила исследование на тему «Формирование эмоциональной сферы детей дошкольного возраста с задержками психологического развития». Изучен 31 ребёнок в возрасте от 5 до 7 лет. Контрольная группа – дети с нормальным развитием. Используются методы диагностической части исследования и методы коррекционно-развивающих воздействий. Предложен и успешно апробирован алгоритм психологического обследования детей с задержками психического развития ЗПР и алгоритм его коррекции.

Общеизвестно, что и в возникновении ЗПР, и в их коррекции большую роль играют особенности родителей такого ребёнка. Поэтому О.С. Явкина (2008) провела исследование на тему «Особенности отношения матерей к детям с интеллектуальной недостаточностью». Изучены семьи 30 детей с ЗПР, 30 семей с детьми с лёгкой степенью умственной отсталости и 30 семей здоровых детей. Предметом изучения во всех группах был феномен родительского отношения, его структура, содержание, специфические особенности и его влияние на интеллектуальное развитие ребёнка (возраст всех изученных детей –

от 3 до 6 лет). Возраст матерей – от 25 до 36 лет. Проведенное исследование выявило целую совокупность негативных проявлений в отношениях матерей к больным детям, отягощающих их состояние. Автор разработала и внедрила программу специальных занятий с родителями детей с ЗПР.

Данное направление продолжила студентка В.Ф. Нугаева (2009), выполнившая ВКР на тему «Влияние ценностных ориентаций матери ребёнка с ЗПР на тип родительского отношения». Изучено 20 матерей в возрасте 22- 32 лет, имеющих детей с ЗПР в возрасте 3-7 лет. Группу сравнения составили 20 матерей того же возраста, имеющих здоровых детей аналогичного возраста. Установлены статистически достоверные различия в изученных группах матерей по тем показателям личностных ценностей и смысложизненных ориентаций, которые существенно влияют на формирование неблагоприятных типов отношения к своему ребёнку. Разработана и внедрена система коррекционных тренинговых занятий для матерей, имеющих детей с ЗПР.

Другие ВКР студентов ФКП ОрГМА показали, что фактор родительского отношения актуален также при воспитании детей с ограниченными физическими возможностями. Например, студентка О.В. Вычик (2008) выяснила влияние личностных особенностей матерей на стиль семейного воспитания ребёнка с детским церебральным параличом (ДЦП). Изучено 28 матерей, имеющих детей с ДЦП в возрасте от 3 до 6 лет, и 28 матерей, имеющих здоровых детей того же возраста. Найдены статистически значимые различия в личностных особенностях матерей в зависимости от наличия или отсутствия в семье больного ребёнка. Был разработан психологический «портрет» личности матери, воспитывающей ребёнка с ДЦП. Разработан комплекс рекомендаций по групповой и индивидуальной коррекционной работе с матерями, имеющими детей с ДЦП.

Выпускниками нашей кафедры изучаются также психосоматические расстройства у детей. Так, Ю.А. Кожевникова (2008) представила на защиту ВКР на тему «Особенности формирования личности у детей младшего школьного возраста с функциональными сердечно-сосудистыми расстройствами». Обследовано 25 детей в возрасте от 8 до 12 лет, находившихся на лечении в кардиологическом отделении областной клинической детской больницы. Контрольная группа - 25 здоровых сверстников того же возраста. Найдены достоверные различия в когнитивных процессах, в эмоционально-характерологических особенностях и в предпочтении личностных интересов и ценностей. Разработана и предложена программа специальных коррекционных тренингов для детей с психосоматическими расстройствами сердечно-сосудистой системы.

Продолжила и углубила изучение данной проблемы студентка М.С. Карпунина (2009) в ВКР на тему «Индивидуально-типологические особенности личности подростков с функциональными сердечно-сосудистыми расстройствами». Было изучено в кардиоотделении областной клинической детской больницы 30 больных подростков в возрасте от 12 до 15 лет и столько же здоровых сверстников из общеобразовательной школы. Установлены достоверные различия между больными и здоровыми подростками по целому

ряду индивидуально-личностных характеристик. На основе полученных результатов разработана коррекционно – развивающая программа для работы с подростками, имеющих психосоматические сердечно-сосудистые расстройства.

Изучение данной проблемы нашими студентами показало, что и в ней важное место занимает позиция родителей. Поэтому студентка Л.М. Шагизиянова (2007) выполнила ВКР на тему «Детско-родительские отношения в семьях детей с психосоматическими расстройствами сердечно-сосудистой системы». Автор изучила 42 ребёнка в возрасте от 7 до 11 лет и оценила влияние на их состояние фактора родительского отношения. Было найдено, что семейные влияния определяют, прежде всего, уровень тревожности ребёнка. При этом установлены гендерные отличия. Предложена программа коррекции семейных межличностных отношений и влияния родителей на ребёнка.

Близко к данной теме находится ВКР Э.Т. Байдавлетовой (2007), посвящённая изучению проблемы «Влияние стиля детско-родительских отношений на особенности детских страхов в младшем школьном возрасте». На основе анализа эмпирических данных автор систематизировала причины возникновения страхов у детей в 30 семьях и обосновала связь между поведенческим стилем родителей и особенностями развития и проявления страхов у детей. Разработан и внедрён тренинг гармоничных детско-родительских отношений, способствующий превенции детских страхов.

Не меньшее медико-психологическое и социально-психологическое значение имеют ВКР студентов ФКП, выполненные по актуальным проблемам наркологии, включая проблему употребления психоактивных веществ детьми.

Студентка В.С. Антропова (2009) в ВКР на тему «Детско-родительские отношения в семьях подростков, употребляющих психоактивные вещества» сопоставила особенности семейных отношений в 30 семьях с аддиктонаправленным поведением детей и в других 30 семьях с детьми, не имеющими аддиктонаправленного поведения. Установлены совокупности факторов семейных отношений, достоверно побуждающих к аддиктонаправленной активности или, наоборот, достоверно её тормозящих.

Студентка Н.Ю. Невтеева (2009) в ВКР на тему «Динамика самоотношения у больных героиновой наркоманией» изучила начало формирования наркоманического самосознания в подростковом возрасте и его развитие в юношеском и молодом возрасте, а также его коррекцию в процессе лечения и реабилитации. Автор показала, что одним из важнейших наркопрофилактических и реабилитационных принципов в наркологии должно быть обеспечение личности адекватного самоотношения и адекватных способов самореализации, научение полноценной адаптации. В этом плане автор предложила специальную программу психологических наркопрофилактических тренингов.

Изложенный материал освещает один из аспектов подготовки клинических психологов в ОрГМА. Вместе с тем, приведенные примеры ВКР указывают на актуальность, научную и практическую значимость исследований студентов. Их ВКР – это не только один из завершающих этапов учебного



процесса, но и существенный вклад в решение вопросов клинической психологии здоровья в детском и подростковом возрасте.

## РЕЗЮМЕ

В статье прикладного характера излагается опыт организации научных исследований студентами факультета клинической психологии по медико-психологическим проблемам заболеваний детей. Выпускные квалификационные работы студентов – это не только один из завершающих этапов учебного процесса, но и существенный вклад в решение вопросов клинической психологии здоровья в детском и подростковом возрасте.

## SUMMARY

In the article of applied science author (Professor V.A. Derecha) describes experience of research of students in clinical psychology to medical and psychological problems of diseases of children. Final qualifying works of students is not only one of the concluding stages of the learning process, but also a significant contribution to solving the problems of clinical health psychology in childhood and adolescence.



Таблица 1

КАРТА ДИНАМИКИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ												
Ф. И.ребенка:			Неврологический диагноз:									
Адаптивное поведение												
Грубая моторика												
Тонкая моторика												
Речь												
Социализация												

Коэффициент психомоторного развития  Gesella.		1м.	2м.	3м.	4м.	5м.	6м.	7м.	8м.	9м.	10м.	11м.	г.	1
	100													
	90													
	80													
	70													
	60													
	50													
	40													
	30													
	20													
	10													
		1м.	2м.	3м.	4м.	5м.	6м.	7м.	8м.	9м.	10м.	11м.	г.	1

Эпикризные сроки.

# ТЕХНОЛОГИЯ ИМИТАЦИОННЫХ ИГР В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ – БУДУЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ

*Е.Р. Зинкевич*

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

В последние десятилетия в России, как и во всем мире, происходят интенсивные процессы становления новой образовательной парадигмы, в соответствии с которой личность человека становится не средством, а целью функционирования различных образовательных систем.

Новая парадигма образования меняет фундаментальные представления о человеке и его развитии в процессе обучения и воспитания, влечет за собой необходимость поиска таких психолого-педагогических условий организации образовательного процесса и самой учебной деятельности, при которых учебная информация служит не самоцелью (знать, чтобы сдать экзамен, получить диплом или иной документ об образовании), а средством продвижения человека в будущее [1]. Таким средством, обеспечивающим поступательное развитие личности в образовательном процессе, в настоящее время являются технологии обучения<sup>1</sup>.

Распространение термина «технология» в сфере образования имеет под собой серьезные объективные причины. В частности, внедрение информационных технологий в образовательный процесс показало, что появились средства, способные и сферу образования перевести на более высокую ступень – ступень технологии. Использование высокоэффективных технологий обучения обеспечивает продуктивность освоения учебного материала для студентов, а преподавателям позволяет уделять больше внимания вопросам индивидуально-личностного роста и развития студентов, направлять их творческую самореализацию.

Ввиду того, что технология предполагает предварительное определение диагностичной цели, в первую очередь, необходимо рассмотреть, возможна ли постановка таковой в обучении. Как известно, целью обучения может быть качество усвоения определенного объема учебного материала, способов действий, которые необходимы студенту при подготовке к профессиональной деятельности. Таким образом, в обучении возможно использование технологического подхода, примером реализации которого могут быть названы технологии личностно ориентированного обучения.

---

<sup>1</sup> Технология обучения – система проектирования и практического применения закономерностей и принципов, целей, содержания, форм, методов и средств обучения, гарантирующих достаточно высокий уровень их эффективности, в том числе и при последующем воспроизведении.

Основой личностно ориентированного обучения можно считать учебную ситуацию, сконструированную на трех базовых технологиях:

- представление элементов содержания образования в виде разноуровневых личностно ориентированных задач (технология задачного подхода);

- усвоение содержания в условиях диалога как особой коммуникативной среды, которая обеспечивает субъектно-смысловое общение, рефлексию, самореализацию личности (технология учебного диалога);

- имитация социально-ролевых и пространственно-временных условий, обеспечивающих реализацию личностных функций в ситуациях внутренней конфликтности, коллизийности, состязания (технология имитационных игр или ситуаций).

Триада «задача-диалог-игра» образует базовый технологический комплекс личностно ориентированного обучения, обеспечивающий ценностно-смысловое поле межсубъектного общения преподавателя и студентов [2].

Остановимся на анализе возможностей использования одной из технологий личностно ориентированного обучения – технологии имитационных игр – в организации занятий со студентами – будущими клиническими психологами. Имитационные ситуации могут стать основой проведения практических занятий. В этом случае занятия должны строиться таким образом, чтобы студенты могли реально представить и проиграть ситуацию диалога с пациентами разных возрастов, смоделировать и реализовать процесс психологического консультирования, демонстрируя выполнение задач разного характера. Консультирование может касаться собственно проблем обучения детей и подростков (трудности с усвоением материала, формированием учебных навыков, организацией учебной деятельности и т.п.) и личностных проблем (эмоциональные перегрузки, конфликты с учителями и сверстниками, повышенная тревожность, фобии, любовные неудачи и т.п.). Пусковым механизмом развития имитационной игры может стать заметка в газете, ситуация, увиденная на практике, отрывок из литературного произведения или художественного фильма...

Большая эффективность имитационных ситуаций по сравнению с традиционными формами обучения достигается не только за счет более полного воссоздания реальных условий профессиональной деятельности, но и за счет личностного включения обучаемого в игровую ситуацию, интенсификации межличностного общения, наличия ярких эмоциональных переживаний успеха или неудачи. Возникает возможность направленного вооружения обучаемого эффективными средствами для решения задач, задаваемых в игровой форме, но воспроизводящих весь контекст значимых элементов профессиональной деятельности. Здесь уместно вспомнить понятие «знаково-контекстное обучение» для высшего профессионального образования, при котором широко используются различные формы комплексного воссоздания условий будущей профессиональной деятельности [3].

Для использования технологии имитационных ситуаций в работе со студентами преподавателю необходимо обладать дидактическим,

технологическим и организаторским творчеством. Дидактическое творчество – это деятельность в сфере обучения по изобретению различных способов отбора и структурирования учебного материала, методов его передачи и усвоения обучающимися. Технологическое творчество – это деятельность в области технологии обучения и проектирования учебного процесса, когда осуществляется поиск и создание новых педагогических систем, процессов и ситуаций, способствующих повышению результативности обучения и воспитания обучающихся. Организаторское творчество – это творчество в планировании учебного процесса, контроле, мобилизации образовательных ресурсов, во взаимодействии преподавателей и обучающихся.

Используя технологию имитационных игр, преподаватель должен быть уверен в том, что студенты имеют достаточные базовые знания по общей и возрастной психологии, психологии развития, специальной и клинической психологии, обладают элементарным коммуникативным опытом и мотивированны к межличностному общению. Имитируя со студентами различные ситуации, преподавателю следует найти такие проблемы в психологической практике, которые позволят активизировать познавательный интерес студентов, вызовут у них положительный эмоциональный отклик, будут способствовать формированию профессионально значимых качеств. Все обучающие действия преподавателя должны быть подчинены одной цели – формированию эмоционально ценностного отношения к будущей профессиональной деятельности клинического психолога.

Следует обратить внимание на то, что при создании имитационных ситуаций становятся максимально востребованными личностные функции обучаемых, обеспечивающие смысловое, субъективное восприятие реальности, именно поэтому личность студента должна выступать соучастником, действующим лицом и инициатором своего психологического образования. Немаловажное значение в этом случае имеет становление активной позиции студента в учебном процессе, превращение его в субъекта овладения профессией.

Подводя итоги можно сказать, что технология имитационных игр представляет собой целостную дидактическую систему, которая должна отвечать следующим требованиям:

- при сохранении коллективных форм обучения предоставлять студенту возможность персонализации обучения, учитывающей в полной мере его познавательные способности, мотивацию и личные предпочтения;
- способствовать адаптации студента к его будущей профессиональной деятельности;
- выступать средством реализации рефлексии, побуждающей студента к самостоятельному формированию системы профессиональных знаний.

Использование технологий имитационных игр следует рассматривать как инструмент, с помощью которого новая образовательная парадигма претворяется в жизнь.

## Литература

1. Вербицкий А. А. Контекстное обучение и становление новой образовательной парадигмы / А. А. Вербицкий. – Жуковский: МИМ ЛИНК, 2000.
2. Сериков В.В. Личностно ориентированное образование. // Педагогика, 1994, №5. - С. 20.
3. Чернилевский Д. В. Дидактические технологии в высшей школе: Учеб. Пособие для вузов. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002.

## РЕЗЮМЕ

Новая парадигма образования меняет представления о человеке и его развитии в процессе обучения и воспитания, влечет за собой необходимость поиска условий организации образовательного процесса и самой учебной деятельности, при которых учебная информация средством продвижения человека в будущее. Средством, обеспечивающим поступательное развитие личности в образовательном процессе, в настоящее время являются технологии обучения. Примером таких технологий может стать технология имитационных игр, обеспечивающая формирование профессионально значимых качеств студентов.

## SUMMARY

The new paradigm of an education changes the representation about human and his progress during the process of learning and upbringing. This causes the necessity of searching such conditions of educational process and learning activity with which educational information can be a tool of developing human in future. Nowadays the educational technologies are these tools that can provide forward development of an individual in the educational process. The example of such technology can be the technology of imitating games. This technology provides forming of professional qualities of students.

# СОТРУДНИЧЕСТВО ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА КАК УСЛОВИЕ ПОСТУПАТЕЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

*Е.Р. Зинкевич, О.С. Кульбах*  
*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая*  
*медицинская академия*

*Сотрудничество педагогов является неотъемлемой частью учебно-воспитательного процесса любой образовательной системы.*

Современная образовательная ситуация в высшем профессиональном образовании характеризуется активным поиском условий и средств, обеспечивающих повышение качества профессиональной подготовки будущих специалистов. Одно из условий успешного решения этой задачи – формирование общей корпоративной культуры<sup>1</sup> преподавателей, которая является результатом их межличностного педагогического сотрудничества. Сотрудничество преподавателей должно строиться на основе профессиональной этики, только тогда оно будет работать на результат.

Профессиональная этика – это кодекс поведения, обеспечивающий нравственный характер взаимоотношений между людьми, объединенными единой профессиональной деятельностью. Самостоятельным разделом профессиональной этики является педагогическая этика, которая формулирует нормы нравственной профессиональной деятельности преподавателя, нравственных отношений в образовательной среде, правила общения и манеры поведения людей, занятых в педагогической сфере.

В систему профессиональных отношений преподаватель вовлекается объективной необходимостью и самими условиями осуществления образовательного процесса, всех участников которого связывает студент как объект и субъект взаимодействия. Эта система отношений способна функционировать и без непосредственного межличностного контакта преподавателей, но это неизбежно скажется на результате профессиональной деятельности.

Противоречия между коллегами могут возникнуть по разным причинам, среди них:

- разобщенность профессиональных интересов;
- различие типов отношений к студенту;

---

<sup>1</sup> Совокупность моделей поведения, которые приобретены организацией в процессе адаптации к внешней среде и внутренней интеграции, показавшие свою эффективность и разделяемые большинством членов организации. Компонентами корпоративной культуры являются: система лидерства, стили разрешения конфликтов, действующая система коммуникации, положения индивида в организации, принятая символика (лозунги, ритуалы, табу и т.д.)



- уровень профессионально-педагогического мастерства;
- мотивация профессиональной деятельности, представление о ней и ее результате.

На факультете клинической психологии работают представители из самых разнообразных сфер профессиональной деятельности: психологи, врачи, педагоги, биологи, философы, филологи и др. Их представления об образовательном и педагогическом процессе весьма различны.

Различие типов отношений к студенту обусловлено внутренней педагогической позицией, основанной на представлениях преподавателя о нормах и правилах педагогической этики, которые формируют его профессионально-педагогическое сознание. Представители общей педагогической позиции образуют группы профессионального сотрудничества, сохраняя по отношению к студенту установившиеся (для своей группы) стереотипы. На факультете могут существовать совершенно разные группы преподавателей, что закономерно приводит к противоречиям внутри педагогического коллектива: формируется психологически дискомфортный климат, межличностные разногласия и конфликты, недовольство и недоверие сторон.

Профессионально-педагогическое мастерство преподавателя - это совокупность профессионально-педагогической направленности личности и индивидуального стиля его педагогической деятельности. Только на основе педагогического профессионализма возможно достижение наивысших результатов, т.е. педагогического мастерства как следствия раскрытия не только «профессионального потенциала» субъекта, но и «жизненного потенциала» человека как индивида, личности и субъекта деятельности. С точки зрения В.Г. Зазыкина [3], профессионализм педагога предполагает высокую продуктивность, оптимальную интенсивность и напряженность; высокую точность и надежность; высокую организованность; толерантность по отношению к внешним факторам; владение современным содержанием и современными средствами решения педагогических задач; стабильность основных показателей качества обучающей деятельности.

От мотивации профессиональной деятельности, представлении о ней и ее результате во многом зависит продуктивность работы преподавателя. А.К. Байметов [2], изучая мотивы педагогической деятельности, объединил их в три группы:

- мотивы долженствования;
- мотивы заинтересованности и увлеченности преподаваемым предметом;
- мотивы увлеченности общением с субъектами обучения;
- собственно отсутствие мотивации.

Средством преодоления этих противоречий является тесное педагогическое сотрудничество преподавателей и формирование корпоративной культуры в коллективе.

Корпоративная культура позволяет обеспечить целый ряд преимуществ, среди которых:

- психологический комфорт для всех участников образовательного процесса – благоприятная атмосфера, которая помогает людям легче перенести внешние невзгоды, личностные трудности и проблемы;
- наличие системы бонусов и вознаграждений за отличную работу, что позволяет понять свою значимость, способствует профессиональной самореализации, формирует адекватную самооценку, уважение коллег;
- личностный рост преподавателей;
- снижение уровня тревожности и межличностных конфликтов;
- реализация имиджевой политики факультета и обеспечение развития образовательной системы в перспективе;
- воспитательный потенциал.

Формирование педагогического сотрудничества возможно на основе совместной деятельности. Примером такого сотрудничества в учебном процессе могут являться: бинарные лекции<sup>1</sup>, интегрированные практические занятия<sup>2</sup>, организация практики преподавателями разных специальностей, совместное сопровождение курсовых и дипломных проектов, создание научных статей, методических пособий и разработок. Внеучебная работа студентов также может направляться совместными действиями разных специалистов. Их сотрудничество может быть реализовано через научно-практические конференции, круглые столы, дискуссии и диспуты, совместные посещения музеев, театров, выставок и др.

Остановимся на характеристике всех названных видов сотрудничества преподавателей. На нашем факультете апробированы бинарные лекции. Это форма и метод работы преподавателей, предполагающий совместное достижение поставленных образовательных, развивающих и воспитательных задач. Подобные лекции строятся на основе диалога двух преподавателей, организованного в конструктивно-дискуссионной форме, при этом создается ситуация, обеспечивающая включение студентов в процесс педагогического общения. Такие лекции повышают интерес, развивают учебную мотивацию, способствуют более прочному усвоению учебного материала, развивают профессиональную речь студентов и формируют профессиональную позицию. Бинарные лекции требуют совместной подготовки и возможны только на основе педагогического сотрудничества.

На факультете сложился опыт проведения интегрированных практических занятий по курсам «Сенсорная физиология» и «Общая

---

<sup>1</sup> Бинарная лекция — это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как ученого и практика, преподавателя и студента).

<sup>2</sup> Интегрированные практические занятия - это сложная форма организации учебно-познавательной деятельности, направленная на развитие умений рассматривать любые явления с разных точек зрения, применять знания из различных областей в решении конкретных задач, самостоятельно проводить исследования.

психология». Курс общей психологии формирует систему знаний о когнитивных психических процессах. На практических занятиях по сенсорной физиологии студенты, применяя теоретические психологические знания, осваивают методы изучения функций анализаторов, чтобы глубже понять нейрофизиологические механизмы формирования ощущений и восприятий. Работа со специальным оборудованием помогает студентам приобрести практические навыки оценки различных видов чувствительности.

Курс «Педагогическая психология» основывается на теоретических знаниях, полученных студентами при изучении курса «Психология развития». Например, на практических занятиях по педагогической психологии студенты анализируют особенности усвоения учебного материала учащимися разных возрастных групп на основе знаний психофизиологических особенностей детей. Такие практические занятия возможны при организации педагогического сотрудничества преподавателей, реализуемого в виде изучения учебно-методических комплексов по смежным дисциплинам, проведения методологических семинаров и совещаний, взаимопосещений лекций. Результатом этого сотрудничества является формирование общего методологического подхода и единого научного тезауруса.

Примером педагогического сотрудничества в реализации программ практики является организованная на факультете пропедевтическая практика для студентов первого курса [4]. Поступая на психологический факультет, студент имеет весьма смутное представление о психологической профессии (или не имеет его вовсе). Для того чтобы вовлечь студента в психологическую реальность («заразить» психологическими интересами, сформировать особое видение человека и его проблем, понимание необходимости и возможности их разрешения и т. д.), была создана программа пропедевтической практики. В основное содержание практики входит изучение студентами специфики взаимодействия с ребенком в условиях клиник Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, освоение ими первичных умений устанавливать контакт с детьми, оказавшимися в трудных жизненных ситуациях, и осуществлять совместную деятельность с ними.

Пропедевтическая практика представляет собой индивидуальную и групповую работу студентов с детьми, которая включает общение с ребенком в структуре досуговой деятельности, наблюдение за поведением и выделение его характерных особенностей. Реализация задач практики достигается усилиями специалистов психологической и педагогической профессии.

Заглядывая в прошлое можно понять, что идея педагогического сотрудничества принадлежит педагогам-новаторам, таким как С.Л. Соловейчик [5], Ш.А. Амонашвили [1], С.Н. Лысенкова [5] и др. В одной из своих статей С.Л. Соловейчик [6] писал, что сотрудничество – это совместная работа равных. Рассуждая о педагогическом сотрудничестве, Симон Львович думал о сотрудничестве с теми, кого учат. С нашей точки зрения, значительные возможности для педагогического сотрудничества со студентами предоставляет внеучебная работа, которая направляется усилиями разных специалистов.

Традиционными на факультете стали круглые столы, посвященные проблемам детства и семьи. Студенты четвертого курса разработали программу проведения круглых столов – «Толерантное отношение к людям других национальностей» на базе ГОУ СОШ №594. Технология проведения этих круглых столов заняла призовое место в конкурсе районных методических разработок, который проводился Отделом образования Администрации Московского района.

Наиболее результативным оказалось проведение воспитательной работы со студентами через предметное содержание дисциплин учебного плана. Например, проведение Дня матери совпало по срокам с изучением темы «Роль родителей в социализации ребенка», теоретическая подготовка стала основанием для выступлений участников круглого стола. Изучение возрастных особенностей сердечно-сосудистой системы в курсах анатомии и физиологии позволило подготовить выступления студентов в социальном проекте «Сердце на ладони».

Факультет клинической психологии как образовательная система имеет свой особый имидж, обусловленный созданной на нем корпоративной культурой, основанной на идее педагогического сотрудничества. Специалисты факультета сумели по-своему реализовать эту идею, положив в основу сотрудничества диалог представителей разных профессиональных школ. Это педагогическое сотрудничество способствует реализации общих образовательных целей, улучшает качество подготовки студентов и способствует формированию профессиональных компетенций, создает вектор личностного и профессионального развития, объективизирует оценку качества знаний.

## Литература

1. Амонашвили Ш.А. Педагогическая симфония. – М.: Педагогика, 2008.
2. Байметов А.К., Зырянова Н.М. Формирование у студентов университета - будущих учителей психологической готовности к педагогической работе в школе // Формирование педагогических умений и профессионально значимых свойств личности у студентов: Межвуз. сб. науч. тр. - Ижевск, 1988. - С. 17-25.
3. Зазыкин В.Г., Чернышев А.П. Акмеологические проблемы профессионализма. – М.: НИИВО, 1993.
4. Корнев А.Н., Зинкевич Е.Р. Пропедевтическая практика в системе непрерывной подготовки психолога. Учебно-методическое пособие.– СПбГПМА, 2010.–36 с.
5. Лысенкова С.Н. Когда легко учиться. – М.: Педагогика, 1985.
6. Соловейчик С.Л. Педагогика для всех. – М.: Педагогика, 2002.

## РЕЗЮМЕ

Факультет клинической психологии как образовательная система имеет свой особый имидж, обусловленный созданной на нем корпоративной культурой, основанной на идее педагогического сотрудничества. Специалисты факультета сумели по-своему реализовать эту идею, положив в основу сотрудничества диалог представителей разных профессиональных школ. Это педагогическое сотрудничество способствует реализации общих образовательных целей, улучшает качество подготовки студентов и способствует формированию профессиональных компетенций, создает вектор личностного и профессионального развития, объективизирует оценку качества знаний.

## SUMMARY

The faculty of clinic psychology as an educational system has its own special image, created by means of corporative culture, based on the idea of pedagogical collaboration. The faculty's specialists managed to realize this idea using as the basis of the collaboration the dialog between different professional institutes. This pedagogical collaboration favors the realization of common educational goals, improves the quality of special training of students, assists in forming of professional competences, creates a vector of personal and professional growth and objectify the merit rating of students knowledge.

# ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ КУРСА «ВВЕДЕНИЕ В ПРОФЕССИЮ» НА ФАКУЛЬТЕТЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

*Н.В. Козина*

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

Одной из важнейших задач подготовки клинических психологов является разработка и реализация системного образования, обеспечивающего последовательную систему взаимосвязанных учебных предметов, реализующих планомерную базовую теоретическую и практическую подготовку будущих специалистов. Обучение строится на основе Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 022700 «Клиническая психология», утвержденного Министерством образования РФ от 17.03.2000.

Формирование базовых представлений о клинической психологии, как научной и практической дисциплине дается в рамках курса «Введение в профессию». При изучении данного предмета студенты знакомятся со спецификой деятельности клинического психолога, изучают особенности вузовского профессионального образования, динамику становления психолога, как профессионала, а так же различные пути профессиональной подготовки, самообразования и совершенствования профессиональных навыков. Разнообразие изучаемого материала в рамках небольшого курса стимулирует использование разнообразных вариантов самостоятельной работы студентов, а так же краткосрочных семинаров. Данный предмет включает следующие темы:

- Психология – как наука
- Психолог - как профессионал
- Клинический психолог
- Учебно-профессиональная подготовка психологов
- Профессиональная деятельность и профессиональный рост
- Этические вопросы в психологии

Позвольте рассмотреть основные изучаемые темы курса с учетом основных проблемных задач:

Психология – как наука. В рамках первой темы основная задача заключается не только в рассмотрении теоретических и методологических основ психологии как науки, но и в обсуждении возможных путей дальнейшего развития современных отраслей практической психологии, затем студенты пытаются выделить собственные профессиональные ориентиры и возможные пути их реализации.

Психолог - как профессионал. Данная тема раскрывает основные аспекты и понятия профессии в ракурсе будущей профессиональной

деятельности. Акцент делается, прежде всего, на научном подходе к психологическим знаниям и сравнительном анализе различных аспектов житейской и научной психологии (по Ю.Б. Гиппенрейтер) [1]. Результатом такого обсуждения является формирование представлений о поэтапном усвоении знаний, умений и навыков психолога в процессе обучения и в непосредственной профессиональной деятельности. Далее рассматриваются особенности работы практического психолога в различных социальных системах с учетом специфики стратегий оказания психологической помощи. Студенты знакомятся с основными критериями оценки эффективности деятельности психолога, в процессе дискуссии выявляют личностные черты, необходимые для практического психолога.

Клинический психолог. Клиническая психология, как наука, находится на пересечении медицины и психологии и является областью научного знания и практической деятельности, в которой пересекаются интересы медиков и психологов. Эти дисциплины объединяют не только объект изучения и воздействия, но и направленность на решение общей проблемы взаимовлияния психического и соматического в возникновении, течении и лечении болезней. Именно поэтому, помимо рассмотрения основных понятий, задач и методов клинической психологии проводится сравнительный анализ медицинской и психологической парадигм (по В.Е.Кагану)[2]. В рамках семинара студенты обсуждают цели, задачи, методы психологической помощи основных разделов клинической психологии (патопсихологии, нейропсихологии и психосоматики), знакомятся с современными направлениями развития клинической психологии. Далее рассматриваются виды психологической помощи (психологическое консультирование, психологическая коррекция и психотерапия), их цели, задачи и основы выбора стратегий. На основании полученных знаний студенты формулируют те виды деятельности клинического психолога, которые профессионально наиболее интересны для каждого из них и дают описание индивидуально – личностных качеств специалиста, которые необходимы для такой деятельности.

Учебно-профессиональная подготовка психологов. В рамках данной темы студенты, прежде всего, знакомятся с перечнем социально-организационных особенностей обучения в ВУЗе (в отличие от системы школьного обучения) и, соответственно, с наиболее часто встречающимися проблемами. На основании этого материала студенты формируют индивидуальный перечень специфических отличий, который включает специфические особенности обучения. Далее в процессе семинара обсуждаются наиболее типичные и наиболее выраженные трудности обучения и студенческой жизни в целом, причем к участию в семинаре привлекаются студенты старших курсов, имеющие опыт решения подобных проблем.

Профессиональная деятельность и профессиональный рост. Основная цель данного раздела – дать представление о профессиональном развитии – как непрерывном динамическом процессе с учетом изменения и уточнения индивидуально – личностных смыслов своего профессионального труда в соотношении их с основными жизненными задачами. Для этого

рассматриваются основные этапы профессионального развития и формирования индивидуального стиля деятельности психолога, а так же типичные трудности, препятствующие полноценной самореализации в профессии психолога и пути профессионального и личностного самосовершенствования практических психологов. В рамках темы рассматриваются так же различные пути профессионального роста на основе психологических профессиональных сообществ, осуществления научно – исследовательской и педагогической деятельности.

Этические вопросы в психологии. Теоретической основой для изучения данной темы являются принципы биомедицинской этики, представляющие собой классические модели, включающие определенные моральные принципы и составляющие современное ценностно-нормативное содержание современной биомедицинской этики. На их основе рассматриваются наиболее спорные вопросы современной биоэтики, в том числе связанные с различными аспектами эвтанази, прерывания беременности, современной репродукции и трансплантологии, которые обсуждаются в процессе семинара. Затем анализируются этические принципы в клинической психологии и возможные этические противоречия в работе клинического психолога, а также основные проблемы, связанные с нарушением профессиональной этики, возникающие в ходе проведения психологических исследований, во взаимоотношениях с клиентами, коллегами и администраторами.

Опыт применения данной программы не только способствует закреплению усвоенного материал, но, прежде всего, стимулирует формированию собственной личностной и профессиональной позиции, способствует осознанию специфики будущей профессии, что обеспечивает успешность профессионального обучения в целом.

## Литература

1. Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию. – М, 1999.
2. Каган В.Е. Искусство жить. Человек в зеркале психотерапии. – М, 2010.

## РЕЗЮМЕ

Данная статья рассматривает программу по формированию базовых представлений о клинической психологии, как научной и практической дисциплине в рамках курса «Введение в профессию». При изучении данного предмета студенты рассматривают психологию – как область научного знания и специфические особенности профессии психолога, изучают специфические особенности и виды психологической помощи в клинической психологии. Затем изучаются специфика обучения данной специальности, а так же дальнейшие перспективы профессионального роста. Далее рассматриваются принципы биомедицинской этики и основные этические принципы клинической психологии. Применение данной программы позволяет в полной



мере усвоить основы будущей профессии, а так же, способствует формированию собственных профессиональных интересов.

## SUMMARY

Given article considers the program on formation of base representations about clinical psychology, as to scientific and practical discipline within the limits of a course «Introduction in a trade». At studying of the given subject students consider psychology – as area of scientific knowledge and specific features of a trade of the psychologist, study specific features and kinds of the psychological help in clinical psychology. Then are studied specificity of training of the given speciality, and as the further prospects of professional growth. Further principles of biomedical ethics and the basic ethical principles of clinical psychology are considered. Application of the given program allows to acquire to the full bases of the future trade and as, promotes formation of own professional interests.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ БАТАРЕЙ РАВЕНА И АМТХАУЭРА**

*Бойкова А.В.*

*Центр Восстановительного Лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина*

Одной из основных задач детской клинической психологии является экспериментально-психологическое исследование интеллектуальных функций с целью определения маршрута обучения ребенка (обучение по массовой программе, либо по программе коррекционной школы определенного вида) [1]. Психологам-практикам известно, что далеко не все дети с той или иной степенью интеллектуального снижения разного генеза попадают в поле зрения детских психиатров (по разным причинам), при условии того, что они формально удерживаются в общеобразовательных учебных учреждениях.

Школьные психологи нередко получают запросы от педагогов на массовые либо индивидуальные обследования интеллектуальных функций неуспевающих, «трудных» детей в условиях общеобразовательных учебных учреждений, и на основании этих данных администрация школы может дать рекомендации семье ребенка, показавшего некоторое интеллектуальное снижение, обратиться в психоневрологический диспансер по месту жительства за консультацией детского психиатра. Таким образом, психометрическая оценка интеллекта в условиях массового школьного обследования зачастую является неким связующим звеном, или даже начальным механизмом смены образовательного маршрута ребенка.

В нашей работе мы постарались выяснить, какова эффективность групповых методов исследования интеллекта с использованием методик, наиболее часто применяющихся в массовых обследованиях в сфере образования – Теста интеллекта Амтхауэра и Прогрессивных матриц Равена [2]. В исследовании приняли участие три класса средних общеобразовательных школ; классы в целом характеризовались учителями и администрациями школ как «трудные», «неуспевающие». Итоговая выборка составила 50 человек в возрасте 14-15 лет, 30 мальчиков и 20 девочек.

По результатам обследования среднее значение IQ по методике Амтхауэра составило 93,22 балла, IQ по методике Равена составил 91 балл (в обоих случаях – низкая норма интеллекта). Показатели общего интеллектуального развития (IQ) по двум методикам положительно коррелируют друг с другом ( $r=0,69$ ,  $p\leq 0,01$ ); достоверных различий по полу не выявлено. Полученные средние показатели можно считать ожидаемыми, т.е. они находятся в пределах возрастной нормы интеллекта (дети обучаются в общеобразовательной школе), при этом показатель именно низкой нормы был ожидаем в силу того, что классы считаются недостаточно успевающими.

В общей выборке по методике Амтхауэра выявлен 1 человек с IQ на уровне умственной отсталости (УО) в степени легкой дебильности, что составляет 2% общей выборки, и 15 человек с IQ на уровне пограничной интеллектуальной недостаточности (ПИН), что составляет 30% общей выборки.

По методике Равена 8 человек имеют IQ на уровне УО в степени легкой дебильности (16%) и 15 человек имеют IQ на уровне ПИН (30%). Остальные испытуемые показали IQ на уровне низкой либо средней возрастной нормы. Таким образом, всего детей с клинико-психологическими проблемами обучаемости по методике Амтхауэра выявлено 32%, а по методике Равена 46%. Как мы видим, процентное соотношение испытуемых с некоторым интеллектуальным снижением разнится по двум методикам: можно предположить, что требования методики Равена к интеллектуальному уровню испытуемых оказываются более жесткими. Тем не менее, полученные результаты еще раз ставят перед нами задачу определения и сравнения дифференцирующей силы двух методик.

С целью решения этой практически важной задачи мы разделили общую выборку на две части по критерию учебной успешности испытуемых – на «сильных» и «слабых». Для этого мы использовали данные об успеваемости учеников, устные и письменные характеристики учеников, полученные от классных руководителей и учителей-предметников. Первая группа «сильных» составила 23 человека, вторая группа «слабых» – 27 человек.

По результатам корреляционного анализа общих IQ по методике Амтхауэра положительно коррелирует с показателем учебной успешности ( $r=0,30$ ,  $p\leq 0,05$ ). По методике Равена также прослеживается положительная корреляционная связь между общим IQ и показателем успешности, но она не достигает уровня статистической значимости.

В двух полученных группах испытуемых была сопоставлена структура интеллектуальных профилей по методике Амтхауэра. Наиболее тесные корреляционные связи уровня учебной успешности выявляются с субтестом №3 «Аналогии» методики Амтхауэра ( $r=0,39$ ,  $p\leq 0,01$ ) и с субтестом №6 «Числовые ряды» методики Амтхауэра ( $r=0,35$ ,  $p\leq 0,05$ ). Можно предположить, что эти субтесты являются более чувствительными при определении обучаемости, что в последующих исследованиях надо подкрепить более доказательными данными. Возможно интеллектуальная операция (или операции), лежащие в основе этих субтестов, вносят наибольший вклад в операциональную часть интеллекта.

Мы также сопоставили, насколько успешно испытуемые в двух группах справлялись с пятью разными сериями методики Равена, сравнив средние значения по баллам в каждой серии. Испытуемые «сильной» группы справлялись более успешно с некоторыми из пяти серий методики ( $M1=11,2$ ;  $M2=9,9$ ;  $M3=7,3$ ;  $M4=6,4$ ;  $M5=2,7$ ), чем испытуемые «слабой» группы ( $M1=11,2$ ;  $M2=9$ ;  $M3=5,7$ ;  $M4=6,4$ ;  $M5=2,1$ ). Наше внимание привлек тот факт, что, если в «сильной» группе с каждой серией количество баллов в среднем снижается (в соответствии с заявленной прогрессивно-возрастающей сложностью серий методики), то в «слабой» группе испытуемые справляются с четвертой серией несколько лучше, чем с третьей ( $M3=5,7$  и  $M4=6,4$ ). В качестве интерпретации обозначенного факта мы можем предположить некоторую неравномерность работоспособности испытуемых «слабой» группы

(неустойчивость активного внимания), но это лишь предварительная гипотеза, которая нуждается в дальнейшей экспериментальной проверке.

В соответствии с задачей определения дифференцирующей эффективности двух методик, в исследовании сопоставлялась степень вариативности данных в двух группах испытуемых, что наглядно представлено в Таблице 1.

Таблица 1

Средние значения общего IQ по методикам Амтхауэра и Равена в группах «сильных» и «слабых» учеников.

	Средние значения (M)		Дисперсия (D)		Станд. отклонение ( $\sigma$ )	
	«сильные»	«слабые»	«сильные»	«слабые»	«сильные»	«слабые»
IQ по Амтхауэру	95,65	91,15	62,87	44,28	7,93	6,65
IQ по Равенну	93,43	88,93	200,71	111,61	14,17	10,56

Как видно из Таблицы 1, дисперсия данных по методике Равена заметно выше в обеих группах испытуемых, чем по методике Амтхауэра, что указывает на больший разброс данных общего IQ по методике Равена. К интерпретации этого факта можно подходить с разных позиций: во-первых, можно предположить большую чувствительность методики Равена к фазовым (психофизиологическим) состояниям, во-вторых, может играть роль тот факт, что с помощью методики Амтхауэра изучается не только операциональная часть интеллектуальных способностей, но и «кристаллизованная», т.е. объем усвоенных знаний. Оба предположения целесообразно подвергнуть дальнейшей экспериментальной проверке.

Таким образом, по результатам проведенного исследования, можно сделать вывод о большей дифференцирующей эффективности методики Амтхауэра по сравнению с методикой Равена, по итогам, как корреляционного анализа, так и сравнения вариативности данных. Можно предположить, что методика Амтхауэра более эффективно справляется с практической задачей определения интеллектуального уровня именно в сфере обучения, поскольку включает в себя разнообразный спектр заданий (вербальные и невербальные, на лингвистические, математические и пространственные способности), что в самом общем виде отражает и спектр учебных требований к ребенку, по сравнению с методикой Равена, которая исследует лишь невербальный интеллектуальный компонент [1]. Следовательно, как с позиций практической эффективности, так и с общепсихологических позиций, рассматривающих человеческое мышление как процесс взаимодействия двух «языков» мозга, дискретно-символического и континуально-образного [3], для первичной

психометрической оценки интеллекта в сфере образования в условиях как группового, так и индивидуального обследования более приемлема методика Амтхауэра.

### Литература

1. Беломестнова Н.В. Клиническая диагностика интеллекта. Психометрическая и клинико-психологическая оценка уровня развития интеллекта в клинической и судебно-психологической экспертной практике: Методическое пособие. — СПб.: Изд-во «Речь», 2003. 128 с.
2. Васильева Н.В. Методологические проблемы психометрии интеллекта //Природные и социальные основания интеллектуального развития и деятельности. Материалы всероссийской конференции 17-19 апреля 2000г. — СПб.: Изд-во «Художественная воля», 2000. — стр.36-37.
3. Веккер Л.М. Психические процессы. — Л.: ЛГУ, том 1,1974, 335с.; том 2, 1976, 343с.; том 3, 1981, 327 с.

### РЕЗЮМЕ

С целью определения дифференцирующей силы двух психометрических тестов обследовано 50 учащихся общеобразовательных школ в возрасте 14 – 15 лет, которые составили две группы – «сильных» и «слабых» учеников. В статье показано, что более пригодной для обследования является методика Амтхауэра; также обозначается необходимость индивидуального обследования испытуемых с целью решения психологом практических задач.

### SUMMARY

In order to determine the differentiating force of the two psychometric tests 50 pupils from the comprehensive schools at the age from 14 to 15 were examined. They made up two groups of «successful» and «unsuccessful» pupils. In the article it is demonstrated that Amthauer test is more suitable for the diagnostic inspection; also it is designated that individual diagnostics is necessary in the aim of the decision of practical psychological problems.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

ФИО	Место работы, должность	E-mail
Аверин Вячеслав Афанасьевич	СПбГПМА, декан факультета клинической психологии	<a href="mailto:averin_psy@gpma.ru">averin_psy@gpma.ru</a>
Беломестнова Нина Васильевна	РГПУ им. А.И.Герцена, доцент кафедры психологии человека	<a href="mailto:belomestnovanina@bk.ru">belomestnovanina@bk.ru</a>
Бойкова Антонина Вячеславовна	Центр Восстановительного Лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, клинический психолог	<a href="mailto:feeneet@mail.ru">feeneet@mail.ru</a>
Вассерман Людвиг Иосифович	НИПИ им. В.М. Бехтерева, Руководитель лаборатории медицинской психологии	<a href="mailto:psy_lab@inbox.ru">psy_lab@inbox.ru</a>
Вейц Алина Эмильевна	Сумгаитский психоневрологический диспансер, врач-психоневролог	<a href="mailto:veyts@mail.ru">veyts@mail.ru</a>
Веселова Таисия Валерьевна	коррекционная общеобразовательная школа-интернат (VI) № 9, СПб, психолог	<a href="mailto:univerdok@yandex.ru">univerdok@yandex.ru</a>
Грандилевская Ирина Владимировна	СПбГУ, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии	<a href="mailto:grandira@inbox.ru">grandira@inbox.ru</a>
Григоренко Елена Леонидовна	Yale University, USA, профессор	<a href="mailto:elena.grigorenko@yale.edu">elena.grigorenko@yale.edu</a>
Григорова Зинаида Николаевна	СПбГПМА, доцент кафедры...	<a href="mailto:zn_grigorova@mail.ru">zn_grigorova@mail.ru</a>
Дереча Виктор Андреевич	Оренбургская государственная медицинская академия, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии	<a href="mailto:nauka_kaf@mail.ru">nauka_kaf@mail.ru</a>
Добряков Игорь Валериевич	Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, доцент	<a href="mailto:dobriakov2008@yandex.ru">dobriakov2008@yandex.ru</a>
Евдокимова Ирина Александровна	СПбГПМА, ассистент кафедры психосоматики и психотерапии	<a href="mailto:i.evdokimova12@gmail.com">i.evdokimova12@gmail.com</a>
Зинкевич Елена Романовна	СПбГПМА, доцент кафедры общей и прикладной психологии	<a href="mailto:lenazinkevich@mail.ru">lenazinkevich@mail.ru</a>
Значков Дмитрий Викторович	Центр социальной помощи семье и детям Красногвардейского района Санкт-Петербурга, заведующий отделением	<a href="mailto:icevice@yandex.ru">icevice@yandex.ru</a>
Исаев Дмитрий Дмитриевич	СПбГПМА, заведующий кафедрой клинической психологии	<a href="mailto:ddimai08@mail.ru">ddimai08@mail.ru</a>

Исаев Дмитрий Николаевич	ИСПиП, профессор	<a href="mailto:ddimai08@mail.ru">ddimai08@mail.ru</a>
Каркашадзе Георгий Арчилович	НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения РАМН, заведующий отделением когнитивной педиатрии	<a href="mailto:karkga@mail.ru">karkga@mail.ru</a>
Козина Наталья Викторовна	СПбГПМА, доцент кафедры клинической психологии	<a href="mailto:navico@mail.ru">navico@mail.ru</a>
Корнев Александр Николаевич	СПбГПМА, профессор каф. общей и прикладной психологии	<a href="mailto:K1949@list.ru">K1949@list.ru</a>
Костерина Елена Михайловна	Родильный дом №1 г. Кургана, клинический психолог	<a href="mailto:elena_kosterina@km.ru">elena_kosterina@km.ru</a>
Крумпане Анна Яновна	Ассоциация психосоматики в акушерстве и гинекологии Латвии, президент	<a href="mailto:dr.krumpane@inbox.lv">dr.krumpane@inbox.lv</a>
Лазарев Михаил Львович	Институт профилактической педиатрии и восстановительного лечения, заведующий отделением пре- и перинатального здоровья детей	<a href="mailto:mlazarev@mail.ru">mlazarev@mail.ru</a>
Лазуренко Светлана Борисовна	НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения РАМН, заведующая лабораторией	<a href="mailto:preeducation@gmail.com">preeducation@gmail.com</a>
Ланцбург Марина Евгеньевна	МГППИ, доцент, начальник Центра перинатальной психологии	<a href="mailto:ryasna@li.ru">ryasna@li.ru</a>
Лассан Людмила Павловна	РГПУ им. А.И.Герцена, профессор кафедры клинической психологии	<a href="mailto:lassan@mail.ru">lassan@mail.ru</a>
Лохматкина Наталья Викторовна	СПбМАПО, ассистент каф. Семейной медицины	<a href="mailto:tohelpyou@mail.ru">tohelpyou@mail.ru</a>
Лушин Виктор Борисович	New York University, USA, докторант	<a href="mailto:vbl206@home.nyu.edu">vbl206@home.nyu.edu</a>
Мазурова Надежда Владимировна	НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения РАМН, старший научный сотрудник	<a href="mailto:mazariny-2@yandex.ru">mazariny-2@yandex.ru</a>
Маслова Ольга Ивановна	НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения РАМН, профессор, заведующий отделом педиатрии развития	<a href="mailto:maslova@nczd.ru">maslova@nczd.ru</a>
Мурза-Дер Георгий Анатольевич	Междисциплинарный Центр исследований и обучения по ВИЧ/СПИДу, ИКАРТ, клинический психолог	<a href="mailto:George.MurzaDer@gmail.com">George.MurzaDer@gmail.com</a>

Никольская Ирина Михайловна	СПбМАПО, профессор кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии	imn_mapo@inbox.ru
Новикова Татьяна Олеговна	СПбГПМА, старший преподаватель	<a href="mailto:ton@emed.ru">ton@emed.ru</a>
Пирогов Дмитрий Геннадьевич	СПбГПМА, доцент кафедры клинической психологии	
Плотникова Анна Леонидовна	Поволжская государственная социально-гуманитарная академия, доцент кафедры пенитенциарной психологии и педагогики	<a href="mailto:annaplot@rambler.ru">annaplot@rambler.ru</a>
Посохова Светлана Тимофеевна	СПбГУ, профессор	<a href="mailto:svetpos@mail.ru">svetpos@mail.ru</a>
Пушина Валентина Валентиновна	Волжский государственный инженерно-педагогический университет, доцент	vpushina@rambler.ru
Рагозинская Валерия Германовна	Челябинский государственный университет, преподаватель кафедры специальной и клинической психологии	<a href="mailto:sunny_song@mail.ru">sunny_song@mail.ru</a>
Русина Наталья Алексеевна	Ярославская государственная медицинская академия, заведующая кафедрой педагогики и психологии с курсом ФПДО	<a href="mailto:psycholog@yma.ac.ru">psycholog@yma.ac.ru</a>
Рыжкова Татьяна Юрьевна	Психоневрологический дом ребенка №6, педагог-психолог	psiholog64@yandex.ru
Свиридова Татьяна Васильевна	НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения, клинический психолог	tvsviridova@gmail.com
Семаго Михаил Михайлович	МГППИ, ведущий научный сотрудник	<a href="mailto:intpsychol@mail.ru">intpsychol@mail.ru</a>
Скобло Галина Викторовна	НЦПЗ РАМН, ведущий научный сотрудник	<a href="mailto:gskoblo@mail.ru">gskoblo@mail.ru</a>
Скрицкая Татьяна Владимировна	СибГУПС, доцент кафедры социальной психологии управления	<a href="mailto:tskritsky@mail.ru">tskritsky@mail.ru</a>
Смирнов Анатолий Григорьевич	СПбГУ, доцент	ag_smirnov@mail.ru
Соловьева Светлана Леонидовна	СПбГМА, заведующий кафедрой психологии и педагогики	S-Solovieva@ya.ru
Сорокин Виктор Михайлович	СПбГУ, доцент кафедры специальной психологии	vombat54@mail.ru



Титова Викторвна	Влада	СПбГПМА, доцент кафедры психосоматики и психотерапии	Vivlan2001@mail.ru
Трушкина Валерьевна	Светлана	НЦПЗ РАМН, научный сотрудник	<a href="mailto:animast@mail.ru">animast@mail.ru</a>
Узлов Дмитриевич	Николай	Березниковский филиал Пермского государственного университета, заведующий кафедрой психологии и социальной работы	<a href="mailto:knots51@mail.ru">knots51@mail.ru</a>
Чиркова Витальевна	Юлия	ИСПиП, доцент кафедры специальной психологии	jv_chirkova@mail.ru
Чутко Семенович	Леонид	СПбГПМА, заведующий кафедрой психосоматики и психотерапии	chutko5@rambler.ru
Чебурков Владимирович	Артём	СПбГПМА, аспирант	Maniac_a@mail.ru
Шендрик Игоревна	Маргарита	Санкт-Петербургский НПЦ медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов имени Г. А. Альбрехта, медицинский психолог	<a href="mailto:shendrik7@yandex.ru">shendrik7@yandex.ru</a>
Эйдемиллер Георгиевич	Эдмонд	СПбМАПО, заведующий кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии	<a href="mailto:mapo@mail.ru">mapo@mail.ru</a>