

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Герцена

ЮБИЛЕЙНЫЙ СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
(к 10-летию кафедры
клинической психологии)

Санкт-Петербург
2010

УДК 159.9

Коллектив авторов.

Научный редактор: Алёхин А. Н., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.

Юбилейный сборник научных трудов (к 10-летию кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена). – СПб.: Стратегия будущего, 2010. – 250 с.

В сборнике представлены статьи, отражающие основные направления научных исследований коллектива кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена. Выпуск сборника приурочен к 10-летию кафедры, совпавшему с 10-летием специальности «клиническая психология».

© Коллектив авторов
© Алёхин А. Н.

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

ВВЕДЕНИЕ

Ананьев В. А.

К пятилетию кафедры клинической
психологии РГПУ им. А.И. Герцена..... 6

Памяти Виктора Алексеевича Ананьева..... 13

Алёхин А. Н.

К десятилетию кафедры клинической
психологии РГПУ им. А.И. Герцена..... 14

РАЗДЕЛ 1. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПСИХОЛОГИИ

Алёхин А. Н., Иовлев Б. В., Трифонова Е. А.

О признаках дизонтогенеза психологии..... 21

Алёхин А. Н.

Адаптация как концепт в медико-психологическом исследовании..... 27

Даев Е. В.

Формирование поведения человека:
между «Сциллой» генотипа и «Харибдой» среды..... 33

Егоркина Т. В.

«Психическая травма» в детском возрасте
как проблема клинической психологии..... 43

Кенунен О. Г.

Роль стресса в генезе психических расстройств. Взгляд физиолога..... 50

Малыхина Я. В.

Теоретико-методологические проблемы
современной психологии здоровья..... 70

Реброва Н. П.

Функциональная межполушарная асимметрия
как предпосылка организации эмоционально-личностной сферы..... 83

Кадис Л. Р.

Библиографический указатель основных русскоязычных
изданий по медицинской психологии (1873 – 1948)..... 91

РАЗДЕЛ 2. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Аринцина И. А.

Психическое развитие детей раннего возраста
после оперативного вмешательства в период новорожденности..... 118

Бортникова Е. Г.

Особенности детско-родительских отношений у
подростков с ослабленным здоровьем..... 124

Вертячих Н. Н.	
Факторы психогенеза нарушений психической адаптации среди трудоспособного населения.....	130
Войнова Е. Ю.	
Психогенные факторы нарушения здоровья у старших дошкольников...	136
Давтян Е. Н.	
Клинико-семантический анализ структуры и динамики переходных симптомов сенсопатического круга.....	145
Красильщикова Е. А.	
Методы оценки личностных стремлений в диагностике мотивационной сферы наркозависимых.....	153
Кудрявцева С. В., Чижова А. И., Савельева К. Ю.	
Медико-психологические аспекты невынашивания беременности.....	160
Лассан Л. П.	
Диагностика нарушений когнитивных функций при арахноидальных кистах головного мозга в детском возрасте.....	166
Малкова Е. Е.	
Динамика проявлений тревожности как механизма дезадаптации у школьников при патологии невротического уровня.....	173
Мухитова Ю. В.	
Особенности системы отношений подростков с девиантным поведением.....	181
Пятакова Г. В.	
Личностные особенности матерей, воспитывающих детей с ювенильным ревматоидным артритом.....	187
Трифорова Е. А., Яровинская А. В.	
Формирование отношения к болезни при алкогольной зависимости.....	191
Финагентова Н. В.	
Психологические ресурсы в профилактике рецидивов при онкологических заболеваниях.....	199
Храмов В. В.	
Отношение родителей к ночному энурезу у ребенка (обзор зарубежных исследований).....	206

РАЗДЕЛ 3. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Аринцина И. А.	
Опыт работы медицинского психолога в детском многопрофильном стационаре.....	213
Афанасьева Е. Д.	
Задачи клинической психологии в социальной работе (на модели психосоциального сопровождения ВИЧ-инфицированных матерей).....	221

Белан Е. Е. Формирование эмоциональной готовности здоровых дошкольников к диалогическому взаимодействию со сверстниками, имеющими отклонения в физическом и психическом развитии.....	228
Грошева Е. В. Направления психологической помощи родителям психически больного ребенка, госпитализированного в психиатрический стационар.....	236
Кулаков С. А. Нарушения объектных отношений как фактор соматизации у пациента с нарциссическим расстройством личности.....	242
Сведения об авторах.....	249

ВВЕДЕНИЕ

Эта статья была подготовлена к 5-летию образования кафедры клинической психологии в Российском государственном педагогическом университете им. А.И. Герцена её основоположником и бессменным руководителем – доктором психологических наук, профессором Виктором Алексеевичем Ананьевым. Стиль и содержание текста точно передают настроение автора и того времени – времени формирования и становления коллектива кафедры, организации учебного процесса и научной работы, подготовки первого выпуска специалистов. Здесь и радость первым успехам, и озабоченность планами развития учебной и научной работы кафедры, перспективами дисциплины и профессии. Жизнь Виктора Алексеевича трагически оборвалась осенью 2007 года. Память об этом удивительном и светлом человеке живет в сердцах всех, кому довелось у него учиться, работать с ним и творить. Мы сочли необходимым опубликовать этот текст в его исходном авторском написании, отдавая дань памяти и уважения выдающемуся ученому, замечательному руководителю, педагогу и наставнику – Ананьеву Виктору Алексеевичу.

К пятилетию кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена

**В.А. Ананьев
1956-2007**

В 2005 году исполняется **пять лет кафедре клинической психологии** Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. Дата знаменательная еще и потому, что впервые в 2005 году состоится выпуск по-настоящему подготовленных специалистов по клинической психологии. Приказом министра образования №686 от 2 марта 2000 года была введена новая специальность 022700 – «клиническая психология» с присвоением квалификации: «Психолог. Клинический психолог. Преподаватель психологии». Первые группы специалистов различных университетов Российской Федерации выйдут в профессиональный мир, подготовленные по единому учебному стандарту. Данный стандарт имеет много недостатков, однако и много достоинств. В него в частности включен ряд, прямо скажем, новаторских для нашей страны дисциплин, таких как «супервизия». Остается ввести в учебный план дисциплину «личная терапия», и мы уже будем соответствовать международным требованиям подготовки клинических психологов, психотерапевтических консультантов.

Сегодня дискутируется вопрос о названии данной специальности. Мы отстаиваем точку зрения В.Н. Мясищева, который первым в Ленинграде заявил о создании отдельного направления в рамках науки психологии – «медицинская психология». Она стала существовать как отдельная область знаний наряду с социальной, инженерной, юридической психологией. В то же время это и область, которой удалось интегрировать медицинские и психологические

знания. Дальновидность В.Н. Мясищева, его учеников Б.Д. Карвасарского, Л.И. Вассермана и последователей очевидна в их внимании к тому, что термин «клиническая психология» ограничивает область применения психологических знаний клиникой. При этом остается за «бортом» работа клинического психолога со здоровыми людьми. «Медицинская психология», на наш взгляд, более широкое понятие, которое включает в себя клиническую психологию как один из основных разделов.

Кафедра клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена успешно развивает **интегративный подход** в психологии вообще и в частности в медицинской, синтезируя **патогенетический подход**, к которому и относится по названию клиническая психология, и **саногенетический**, к которому относится новая отрасль знаний в рамках медицинской психологии – психология здоровья. Таким образом, медицинская психология изучает психику здорового и больного человека с целью повышения эффективности лечения или профилактики заболеваний. Примечательно, что сегодняшняя ситуация аналогична ситуации шестидесятых-семидесятых годов, когда в московской школе, которой руководила Б.В. Зейгарник, предпочитали более узкое понятие «патопсихология» понятию «медицинская психология», принятому в Ленинграде.

Обоснование специальности «клиническая психология», думаю, весьма убедительно. По профессиональной ориентации, системе подготовки кадров и фундаментальным основам образования клиническая психология – психологическая специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению.

Практическая и научно-исследовательская деятельность специалиста направлена на развитие психических ресурсов и адаптационных возможностей человека, на гармонизацию психического развития, охрану здоровья, профилактику и преодоление недугов, психологическую реабилитацию.

Объект клинической психологии – человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием.

Предметом профессиональной деятельности специалиста являются психические процессы и состояния, индивидуальные и межличностные особенности, социально-психологические феномены, проявляющиеся в различных областях человеческой деятельности.

Таким образом, мы еще раз убеждаемся в широте задач, поставленных перед клиническим психологом, что подтверждает правильность выбранного направления кафедры в плане интеграции саногенетического и патогенетического подходов.

Учебная деятельность. Кафедра осуществляет подготовку студентов по специальности 022700 – «клиническая психология» и аспирантов по специальности 19.00.04 – «медицинская психология».

Нормативный срок освоения основной образовательной программы подготовки психолога по специальности 022700 – «клиническая психология» при очной форме обучения составляет 5 лет.

В соответствии со своей фундаментальной и специальной подготовкой клинический психолог может выполнять следующие виды профессиональной деятельности в учреждениях здравоохранения, образования, социальной помощи населению, в сфере управления, производства и бизнеса:

- Психодиагностика эмоциональных и поведенческих расстройств. Психологическая диагностика нарушений психической деятельности и психического развития.
- Участие в различных видах экспертизы (судебно-психологической, комплексной судебной психолого-психиатрической, социально-трудовой, военной, медико-психолого-педагогической и др.).
- Профилактика зависимого поведения и реабилитация лиц с аддиктивными расстройствами. Профилактика нарушений психической адаптации и различных форм девиаций поведения.
- Участие в реабилитации психически больных.
- Психотерапевтическое консультирование. Психологическая коррекция нарушений психической адаптации и психического развития.

Изучение специальных дисциплин и преподавание спецкурсов, таких как общая и частная психиатрия, медицинская психодиагностика, патопсихология, патохарактерология, профилактика наркоманий и алкоголизма, психотерапия и супервизия приближены непосредственно к пациентам, что позволяет студентам уже к 4-му курсу приобрести не только знания, но и определенные профессиональные навыки.

Конкретное содержание профессиональной подготовки специалиста на кафедре клинической психологии определяется образовательной программой и включает теоретическую подготовку, лабораторные и клинические практикумы, тренинги, супервизии, ознакомительную, производственную, научно-исследовательскую и квалификационную практики. Для этих целей заключены и реализуются договоры с клиническими базами – медицинскими и психолого-педагогическими центрами: Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева, Военно-медицинской академией, Медицинской академией последипломного образования, Российским научно-исследовательским институтом детской ортопедии им. Г.И. Турнера, Городским центром психолого-педагогической реабилитации и коррекции, Городским наркологическим диспансером, Психолого-педагогическими, медико-социальными центрами ряда районов города (Красносельского, Приморского, Московского, Адмиралтейского), Реабилитационным детско-подростковым центром Красногвардейского района, детским многопрофильным санаторием «Солнечное», Городской психиатрической больницей №3, Городской больницей №40 г. Сестрорецка, ПНД Кировского района и рядом других учреждений. На многих этих базах сотрудники кафедры проводят клинические разборы, студенты осваивают практические навыки в рамках практикумов и лабораторных занятий. Студенты

с 1-го курса проходят ознакомительную практику, которая позволяет им уже с первых дней обучения включиться в освоение своей специальности.

Улучшению качества подготовки студентов на кафедре клинической психологии способствуют следующие **мотивационные факторы**:

- **Знакомство** с программой обучения и ознакомительная практика, позволяющая студентам увидеть высокий профессиональный стандарт в работе и стремиться к нему в процессе обучения.
- **Кураторство.** Закрепление группы студентов за опытным преподавателем. Цель кураторства заключается не в контроле учебной деятельности, а в психологическом сопровождении начинающего клинического психолога, совместный поиск «образовательного маршрута», специализации, поиск ресурсов и трудоустройство.
- **Персональное кураторство.** Закрепление нескольких студентов за одним преподавателем с целью личностно-профессионального роста первых.
- **Проведение психотерапевтических и тренинговых групп**, начиная с первого курса, для решения личностных проблем студентов.
- **Постоянная работа на клинических базах**, позволяющая закреплять теоретические знания.
- **Участие в СНО и конференциях**, клинических разборах, балинтовских группах, супервизиях, мастерских.

С 2005 года на кафедре открывается **курс профессиональной переподготовки** для лиц с высшим образованием по теме «Интегративный подход в психотерапевтическом консультировании», а также «Танцевальная терапия». По окончании программы в объеме 500 часов и защите квалификационной работы выдается диплом государственного образца с юридическим правом профессионально заниматься психотерапевтическим консультированием.

Научная деятельность кафедры. Коллектив кафедры разрабатывает два научных направления: «Онтогенетический подход в профилактике психических и психосоматических расстройств и реабилитации» и «Семейная системная психотерапия в реабилитации детей и подростков с эмоциональными и поведенческими расстройствами». Большая доля научно-методических работ посвящена психопрофилактике и реабилитации лиц с различными формами аддикций. В подготовке молодых специалистов – клинических психологов кафедра реализует принципы научной школы, следует традициям отечественной психологии (В.М. Бехтерев, Б.Г. Ананьев, С.Л. Рубинштейн, Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник, П.К. Анохин, В.Н. Мясищев, Б.Д. Карвасарский, А.Е. Личко, М.М. Кабанов и др.), изучает достижения зарубежных психологов.

Свидетельством формирования научной школы являются созданные в последние годы теоретико-методологические конструкты, которые выступают как направляющие «рельсы» в движении по разработке отдельных разделов медицинской психологии и психотерапии.

Интегративные положения медицинской психологии и психотерапии изложены в монографии «Психософия (методология, развитие личности и психотерапия)» (авторы А.В. Курпатов, А.Н. Алёхин).

На основе многолетних исследований первых отечественных специалистов в области психосоматики, профессоров Ю.М. Губачева, В.И. Симаненкова, на кафедре сформулирована научная концепция в области психосоматики – **«онтогенетическая концепция структурного аттрактора болезни»** (проф. В.А. Ананьев). Для обеспечения учебного процесса проф. С.А. Кулаковым подготовлено учебное пособие «Основы психосоматики».

По заказу Министерства образования РФ реализован проект «Разработка научно-методических основ и технологии реализации мониторинга психического и психосоматического здоровья детей». Для этих целей разработан специальный «Мультимодальный интегративный опросник» для диагностики психического и психосоматического здоровья школьников.

По теме онтогенетической психосоматической медицины под руководством проф. В.А. Ананьева защищено пять кандидатских диссертаций:

1. Фоменко Л.А. Оценка психосоматического здоровья студентов на основе математико-статистического моделирования по данным мониторинга, 2002.
2. Нагога Е.А. Факторы риска в формировании структурного аттрактора болезни у подростков и их матерей, страдающих нейродермитом, 2002.
3. Ледина В.Ю. Комплексная модель подготовки беременных к родам в профилактике психосоматических дезадаптаций рожениц, 2005.
4. Нестеренко О.Б. Мультимодальные характеристики «структурного аттрактора болезни» у подростков, 2005.
5. Горская Е.А. Психологические особенности детей и подростков, больных бронхиальной астмой (в связи с задачами профилактики психосоматических расстройств), 2005.

Разработана и внедрена в учебные, профилактические и реабилитационные центры страны «Концепция системной профилактики» на основе комплексной программы развития личности «Цветок потенциалов». Выпущены две монографии: «Социально-психологический мониторинг школьной среды как элемент первичной профилактики аддиктивного поведения» (СПб., 2002) и «Концептуальные основы системной профилактики девиантного поведения» (СПб., 2003) (авторы проф. В.А. Ананьев, доц. Я.В. Малыгина, асс. М.А. Васильев). В этом направлении кафедра не только разрабатывает научно обоснованные концепции, но создает практические программы реализации концептуальных идей. Так, в стране широко используется программа профилактики «общего девиантного синдрома адаптации» «Перешеек». Выпущено учебное пособие «Легальные и нелегальные наркотики» (СПб., Ч.1 и 2, автор проф. В.А. Ананьев). Защищены три кандидатские диссертации:

1. Малыгина Я.В. Социально-психологические аспекты системной профилактики «общего девиантного синдрома», 2004. (Научный руководитель проф. В.А. Ананьев).

2. Проценко С.А. Скрытая мотивация в реабилитации наркозависимых, 2003. (Научный руководитель проф. С.А. Кулаков).

3. Ваисов С.Б. Психообразовательный подход в реабилитации родителей подростков с героиновой наркоманией, 2003. (Научный руководитель проф. С.А. Кулаков).

Разработаны новаторские авторские программы реабилитации больных наркоманией, программы реабилитации созависимых (авторы С.А. Кулаков, С.А. Проценко, С.Б. Ваисов, Л.Н. Ильина, И.С. Сторчило).

Сотрудники кафедры последовательно развивают новую молодую отрасль знаний в медицинской психологии – психологию здоровья. Выпущено 2 монографии:

1. Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья. СПб.: БПА., 1998. – 176 с.

2. Ананьев В.А., Никифоров Г.С., Гурвич И.Н. и др. Психология здоровья. СПб.: СПбГУ, 2000. – 500 с.

Написаны отдельные главы в учебнике «Психология здоровья» под ред. Г.С. Никифорова, СПб.: Питер, 2003.

В области психотерапевтического консультирования на основе кризисной теории развития личности, синергетики И. Пригожина, трансперсональной психотерапии разрабатывается интегративная методика «Потрясающая психотерапия» (см. описание: «Психотерапевтическая энциклопедия» под ред. Б.Д. Карвасарского, 2-е изд., СПб., 2000). По кризисной теории развития личности защищено две кандидатские диссертации под руководством проф. В.А. Ананьева:

1. Прошутинский Ю.С. Психологическая модель адаптации и дезадаптации человека в экстремальных условиях существования, 2003.

2. Фау Е.А. Сравнительный анализ психологических и психосоматических характеристик людей, переживших кризисные ситуации, 2004.

Интегративный подход отражается и в создании целого подразделения на кафедре – отделения психогенетики и психофизиологии. При кафедре ведет научно-практическую работу лаборатория психологии здоровья, оснащенная современным оборудованием, кабинет психотерапии и реабилитации, служба психологической помощи студентам.

Активно разрабатываются психотерапевтические направления в работе с семьей.

В сотрудничестве с научно-исследовательскими и образовательными учреждениями разрабатываются и адаптируются различные психодиагностические методы исследования (проф. В.А. Ананьев, доц. Е.Е. Ромицина, доц. Я.В. Малыгина, доц. Л.П. Лассан, асс. С.В. Мурина, асс. М.А. Васильев, Н.Д. Малиновская).

Кафедра последовательно реализует принципы научно обоснованной профессиональной подготовки и внедряет адаптированные для нашей страны основы супервизии. Создана оригинальная программа для обучения студентов, выпущены два учебных пособия на эту тему:

▪ Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии. СПб.: Вита, 2004. – 126 с.

- Кулаков С.А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. СПб.: Речь, 2002. – 236 с.

Наконец, ведутся научные разработки в области психофизиологических исследований: «Изучение психофизиологических коррелятов измененных состояний сознания» (доц. Н.П. Реброва Л.П., доц. М.П. Чернышева, Н.А. Кавшбая).

Мы признательны ректорату, особенно декану психолого-педагогического факультета профессору Виктору Васильевичу Семикину за постоянную заботу о сотрудниках кафедры и понимание специфики обучения клинических психологов.

Хочется выразить благодарность за неоценимую помощь в повышении качества научных исследований нашим официальным и неофициальным рецензентам и оппонентам: профессорам С.Л. Соловьевой, В.Н. Панферову, И.А. Горьковой, В.А. Аверину, Е.Ю. Коржовой, Л.П. Макаровой, С.Т. Посоховой, В.Х. Манерову, И.И. Мамайчук, Р.Ж. Мухамедрахимову, доцентам З.Ф. Семеновой, И.М. Богдановской, Н.Н. Королевой, Г.Л. Исуриной, Р.О. Серебряковой и др.

Особую благодарность сотрудники кафедры выражают учителю, наставнику, идейному вдохновителю, заслуженному деятелю науки РФ, главному психотерапевту МЗ РФ, доктору медицинских наук, профессору Борису Дмитриевичу Карвасарскому.

Надеюсь, что наш коллективный труд будет полезен не только сотрудникам кафедр психологических факультетов других вузов, но и студентам, а также всем тем, кто интересуется этой новой развивающейся специальностью.

Заведующий кафедрой клинической психологии
Российского государственного педагогического
университета им. А.И. Герцена,
доктор психологических наук, профессор
ВИКТОР АЛЕКСЕЕВИЧ АНАНЬЕВ

*Памяти первого заведующего
кафедрой клинической психологии
профессора Виктора Алексеевича Ананьева*

Виктор Алексеевич Ананьев родился 13 августа 1956 года. После службы в Советской Армии поступил на факультет психологии Ленинградского государственного университета и, окончив его, с 1987 года работал на кафедре подростковой медицины и валеологии в Ленинградском государственном институте для усовершенствования врачей.

В 1989 году он стал одним из основателей гильдии психологов и психотерапевтов Санкт-Петербурга – организации, призванной объединить усилия формирующегося тогда еще профессионального сообщества психологов и психотерапевтов для обмена знаниями, опытом, практическими навыками. Уже с 1994 года Виктор Алексеевич стал ее признанным лидером и пожизненным руководителем. Тогда же, в 90-е годы, Виктор Алексеевич стал организатором и куратором лаборатории новых технологий, из которой позже выросла «Школа интегративной психотерапии». Ученики этой школы – сотни психологов и психотерапевтов, работающих в разных уголках страны. Разработанная им концепция и практика «потрясающей психотерапии» вошла в систематику направлений психотерапии в «Психотерапевтической энциклопедии». В 1998 В.А. Ананьев защитил докторскую диссертацию по психологическим наукам: «Психологическая адаптация и компенсация при заболеваниях внутренних органов».

В 2000 году Виктор Алексеевич возглавил кафедру клинической психологии, созданную в Российском государственном педагогическом университете им. А.И. Герцена. Наряду с организацией учебного процесса, под его непосредственным руководством на кафедре были созданы и успешно развивались такие прикладные научные направления, как «Психология здоровья» и «Медицинская психология в реабилитации зависимостей». В.А. Ананьев является автором интегративной диагностической модели социально-личностных компетенций «Цветок потенциалов», прикладное использование которой стало содержанием диссертационных исследований большой школы его учеников. Итоги этого направления работы стали содержанием авторского руководства «Психология здоровья», т.т.1 и 2.

Остается только догадываться, сколь многому из задуманного Виктором Алексеевичем не суждено оказалось сбыться. Жизнь его трагически оборвалась 5 сентября 2007 года.

Ананьева Виктора Алексеевича – доктора психологических наук, профессора, заведующего кафедрой клинической психологии, руководителя гильдии и «Школы интегративной психотерапии» – всегда отличали жизнелюбие, оптимизм, открытое и доброжелательное отношение к людям. Таким он и остается в памяти студентов, аспирантов, профессорско-преподавательского состава кафедры, факультета, университета, всех тех, кому доводилось с ним общаться и работать.

Похоронен Виктор Алексеевич на Смоленском кладбище в Санкт-Петербурге.

К десятилетию кафедры клинической психологии

Когда-нибудь историки назовут время, в котором нам приходится жить и трудиться, «эпохой стремительных перемен» или «временем реформ» или, впрочем, это дело исторической науки: давать названия разным эпизодам в жизни общества. Люди живут и трудятся в то время и в тех условиях, в которых оказались. И сейчас, перечитывая текст, подготовленный Виктором Алексеевичем Ананьевым к пятилетию кафедры, я передумываю, сколько событий и перемен произошло в стране, в системе высшего образования, в университете, на кафедре за истекшее время. Время, которое в памяти все еще хранит название «пятилетка» – эпизод, на который планировали всё, что можно было запланировать.

Смутными воспоминаниями становятся обсуждения допоздна кафедральных планов и замыслов, кропотливая работа над лекцией, семинарским занятием для студентов, подготовка оборудования для лабораторных занятий. Канули в лету шумные собрания студенческих научных кружков и жаркие споры по проблемам будущей профессии, научной школы, научных направлений... За прошедшее пятилетие переход на образовательные стандарты 3-го поколения и двухступенчатую систему высшего образования стали уже реальностью, «оптимизация» численности профессорско-преподавательского состава – необходимой составляющей функциональной деятельности учебных подразделений, тестирование выпускников средних школ и стандартизированная оценка качества их подготовки перестали обсуждаться.

Инновация, модернизация, информатизация, оптимизация – вот лозунги сегодняшнего дня. И поспевание за веяниями времени возможно лишь как бодрый изнуряющий бег на неопределенную дистанцию с зыбкими ориентирами.

Нет никакой возможности судить о том, насколько запущенные как бы роком процессы реформирования образования оправдаются повышением качества подготовки специалистов и качества жизни россиян. В моем отцовском и преподавательском опыте любые педагогические эксперименты последних десятилетий прочно ассоциированы с катастрофическим падением элементарной грамотности молодежи, но это – темы будущих диссертаций историков, политологов, организаторов народного образования. Нам же остается в соответствии с формулой «гештальт-терапевтов» жить «здесь и сейчас» и приспосабливаться к складываемым условиям. Вероятно, процессы, переживаемые нами, – часть более масштабных перемен, происходящих во всем мире. Такой взгляд на вещи кажется мне психотерапевтичным, он позволяет ощутить причастность к глобальным процессам и заразиться необходимым энтузиазмом.

Однако турбулентности, доходящие до нас, накладывают властный отпечаток и на состояние самой научной дисциплины – клинической психологии, научный, образовательный и профессиональный статус которой

так и не приобрел пока желаемой определенности. Десять лет, хотя и небольшой период в масштабе человеческого онтогенеза, по интенсивности процессов формирования и развития необходимых для будущей жизни структур и функций является очень сложным и насыщенным.

Проекты модернизации образования никак не учитывают этой специфики. Вероятно, полагается, что клинический психолог, подобно химику-технологу или программисту, должен умело владеть объектом своего труда и проявить необходимые компетенции для решения возникающих задач. То, что «объектом труда» для клинического психолога выступает человек, то, что основным «орудием труда» является в этой деятельности личность самого психолога, никак не принимается в расчет нынешними модернизаторами образования. Только этим можно объяснить недифференцированные требования к численности учебных групп, к стандартизации и унификации взаимодействия преподавателя со студентом в форматах информационного ресурса, учебно-методического комплекса дисциплины, самостоятельной подготовки. Остается только надеяться, что «переходный возраст» пройдет для клинической психологии без особых осложнений и к своему пятнадцатилетию она не повредится в развитии. И в этой, профилактической и коррекционной работе, наверное, следует сосредоточить усилия всем профессионалам, заинтересованным в существовании научной дисциплины и профессии таковой, какой она и замышлялась.

Несмотря на все отмеченные обстоятельства, кафедре клинической психологии удастся сохранять, развивать и совершенствовать свой научный, учебный и практический потенциал. Убедительное свидетельство тому – большинство выпускников кафедры рано или поздно оказываются в специальности и способны применить в практике полученные ими знания, умения, навыки.

Учитывая динамику текущих перемен в науке, организации, правовом поле, кафедра разрабатывает и внедряет программы дополнительного образования психологов и учителей в систему последиplomной подготовки. Так, уже готовы к реализации программы «Медицинская психология», «Детская медицинская психология», «Психология в экспертной практике», «Психические расстройства в практике школьного учителя».

Разработаны и утверждены программы учебных дисциплин по направлениям профессиональной подготовки «Психология образования», «Социальная педагогика», «Педагогическая психология» в соответствии с ГОС 3-го поколения.

Большая работа проделана для подготовки к переходу на ступенчатую систему высшего профессионального образования: разработаны магистерские программы: «Клиническая психология», «Психологическая помощь в здравоохранении».

Расширяется спектр направлений внеаудиторной работы студентов. Создано и функционирует студенческое научное общество «Академия», принципиально по-новому организована научно-исследовательская деятельность студентов, призванная развивать у будущих психологов умение

видеть проблемы, подлежащие решению, выдвигать адекватные гипотезы, грамотно планировать и проводить необходимые исследования, глубоко анализировать и корректно представлять их результаты.

Научно-методическое обеспечение новых и перспективных видов высшего профессионального образования предполагает проведение собственных интенсивных научных исследований по актуальным проблемам теории и практики клинической психологии. За последние годы доведены до оформления начатые ранее разработки, которые наполняют конкретным содержанием теоретические концепции, развиваемые кафедрой в рамках психологии здоровья и онтогенетической психосоматики:

- Малиновская Н.Д. Психологические элементы структурного аттрактора болезни у детей школьного возраста: по результатам мониторинга психического и психосоматического здоровья школьников Российской Федерации, 2006. (Научный руководитель проф. В.А. Ананьев)
- Васильев М.А. Диагностика социально-личностных компетенций психосоматического здоровья человека: конструирование и стандартизация Мультимодального интегративного опросника МИО-1, 2007. (Научный руководитель проф. В.А. Ананьев)

Вместе с тем открыт и ряд новых направлений для научно-методического обеспечения профессиональной деятельности клинического психолога в сфере образования, здравоохранения, социальной работы, реабилитации при психических и соматических заболеваниях. Сформированный научно-методический аппарат позволил сместить акцент в исследованиях уже на непосредственные задачи практики клинического психолога. Появляются первые результаты такой работы, оформленные в диссертациях аспирантов и соискателей кафедры:

- Коробова Е.Л. Когнитивные стили у больных шизофренией, 2007. (Научный руководитель проф. А.Н. Алёхин)
- Янковская Е.М. Комплексный подход к психотерапевтическому сопровождению семей больных, перенесших инсульт, 2008. (Научные руководители проф. Е.К. Веселова, проф. А.Н. Алёхин)
- Грошева Е.В. Отношение родителей к психическому расстройству у ребенка (в связи с задачами психологического сопровождения семьи), 2009. (Научный руководитель проф. А.Н. Алёхин)
- Войнова Е.Ю. Психогенные факторы нарушения здоровья у старших дошкольников, 2009. (Научный руководитель проф. А.Н. Алёхин)
- Егоркина Т.В. Опыт ранних травматических переживаний в системе отношений личности подростков - свидетелей и участников межэтнического конфликта, 2009. (Научный руководитель проф. А.Н. Алёхин)
- Миназов Р.Д. Психодрама в реабилитации наркозависимых, 2010. (Научный руководитель проф. С.А. Кулаков)
- Финагентова Н.В. Психологические ресурсы в профилактике рецидивов при онкологических заболеваниях, 2010. (Научный руководитель проф. С.А. Кулаков)

Нетрудно заметить, что большинство проводимых ныне научных исследований носят выраженный прагматический характер – имеют практическую направленность. Проводятся массовые психопрофилактические исследования среди работников крупных промышленных предприятий (Н.Н. Вертячих «Клинико-психологические формы нарушений адаптации в социально-стрессовых условиях»; научный руководитель проф. А.Н. Алёхин), среди студентов (О.В. Андриюшевич «Клинико-психологические аспекты адаптации первокурсников к условиям обучения в вузе»; научный руководитель проф. А.Н. Алёхин).

Особое значение придается научно-методическому обоснованию психопрофилактических мероприятий среди населения (А.В. Яровинская «Отношение к болезни в клинической динамике алкогольной зависимости»; научный руководитель проф. А.Н. Алёхин), психопрофилактике нарушений адаптации у детей (научный руководитель доц. Е.Е. Малкова), старших школьников (научный руководитель Е.Г. Бортникова). Кафедра принимает участие в общегородских программах профилактики вредных привычек среди молодежи и сотрудничает в этом как с органами государственного управления, так и с лечебно-профилактическими учреждениями.

Формируются принципиально новые научно-исследовательские программы: психологическое сопровождение лечебно-реабилитационного процесса в кардиологической клинике (научный руководитель доц. Е.А. Трифонова), медико-психологические методы реабилитации психически больных (научный руководитель – проф. А.Н. Алёхин).

Приятно отметить, что научная школа кафедры не ограничивается пределами России: подготовлены квалифицированные специалисты для дружественных стран, которые стали первыми профессионалами – клиническими психологами на своей родине и реализуют в своей повседневной деятельности научный и практический опыт, приобретенный на кафедре:

- Антви-Дансо С. Взаимосвязь депрессивных состояний и успешности обучения школьников: на примере детей Республики Ганы, 2007. (Научный руководитель проф. В.А. Ананьев)
- Аль-Одайни Магда М.М. Клинико-психологические аспекты переживания насилия женщиной в традиционной арабской семье, 2009. (Научный руководитель проф. А.Н. Алёхин)
- Мугахед Гамила Абдулбаки Фара Психогенные факторы невротических расстройств у йеменских младших школьников. (Научный руководитель проф. Д.А. Медведев).

Одной из приоритетных задач кафедры было и остается научно-методическое обеспечение психогигиены и психопрофилактики в системе школьного образования. Сотрудники кафедры принимают непосредственное участие в программе психологического сопровождения учебно-воспитательного процесса в общеобразовательных средних школах – «Здоровый образ жизни», которая включает мониторинг психического здоровья учащихся, индивидуальное психологическое консультирование школьников и их родителей, проведение психокоррекционных мероприятий при нарушениях

психической адаптации у подростков. В рамках «Года учителя» реализуется Программа подготовки учащихся 11-х классов к единому государственному экзамену. Специально для социально-реабилитационного центра «Вера» разработана программа психологического сопровождения воспитанников, лишившихся родителей.

В рамках инноваций: «Наша новая школа» кафедрой клинической психологии разрабатываются научно-методические обоснования для создания и внедрения в практику школьного образования современных гуманитарных технологий по основным направлениям образовательной инициативы: развитие системы поддержки талантливых детей, совершенствование учительского корпуса.

Коллектив кафедры принимал активное участие в инновационной образовательной программе Университета «Гуманитарные технологии в социальной сфере». В 2007 году разработаны такие образовательные модули, как «Здоровьесберегающие технологии в социальной сфере», «Основы психологии здоровья». Они апробированы при обучении магистрантов факультета физической культуры и внедрены в учебный процесс для подготовки учителей школ.

Разработаны практические рекомендации по реализации компетентностного подхода в оздоровлении школьников. Работа специалистов кафедры клинической психологии в указанных направлениях высоко оценена администрацией образовательных учреждений. Так, «МОУ Средняя Школа №6» г. Сосновый Бор стала победителем III Всероссийского конкурса «Организация воспитательного процесса в образовательных учреждениях» в 2007 году (научный руководитель – доц. Я.В. Малыхина).

Сотрудниками кафедры проводятся семинары по подготовке школьных учителей к внедрению в учебно-воспитательный процесс здоровьесберегающих технологий. Проводятся исследования, направленные на оптимизацию использования информационных технологий в учебном процессе.

Актуальными задачами ближайшего будущего становятся совершенствование и разработка программ учебных дисциплин в соответствии с ожидаемым образовательным стандартом 3-го поколения. Каким бы ни был утвержден этот стандарт, общая направленность мероприятий по реорганизации учебного процесса понятна. Это прежде всего согласование содержания программ учебных дисциплин на всех стадиях образовательного процесса с перечнем компетенций специалиста для профессиональной деятельности в сферах образования, здравоохранения, социальной работы, в экспертной практике, обеспечение соответствующих компетенций программами.

Конечно, такая работа не может быть ограничена лишь переоформлением существующих учебно-методических материалов, она потребует проведения соответствующих методических обоснований содержания и направлений подготовки будущих специалистов. Поэтому продолжение начатых исследований по научно-методическому обоснованию содержания дисциплин специальности остается важной задачей.

Основной вектор работы здесь – формирование системы научных представлений по существу направления профессиональной подготовки. Должно уже стать понятно, что привычная ориентация на подготовку в процессе обучения психологии специалиста «широкого профиля», поверхностно осведомленного по самым разнообразным вопросам, не отвечает задачам времени, не соответствует ожиданиям студентов и не адекватна цели высшего профессионального образования. Профессионал в своей практической деятельности должен опираться на систему знаний и владеть необходимыми навыками для решения конкретных задач практики научно-обоснованными средствами.

Прошло уже время, когда было просто модно называть себя психологом и когда обучение психологии в угоду этой моде велось сплошным потоком и спешно. Уходят в прошлое и массовые тренинги личного роста и коллективные сеансы «психотерапии», проводимые заезжими и доморощенными гуру-психологами. Непростая участь специальности «психология» в системе современного высшего профессионального образования – своеобразная плата общества и государства за утраченные иллюзии и неоправданные ожидания от деятельности такого рода. Да и образ психолога, консультанта по всем вопросам повседневности, транслируемый современными масс-медиа, прямо скажем, карикатурен. Актуальными становятся задачи «карантина и иммунизации» клинической психологии от хронических болезней нынешней «разнаученной» психологической практики.

На кафедре создан и успешно работает методологический семинар, одной из задач которого как раз и является выработка системных научных представлений по основным разделам клинической психологии. Для этого в семинаре участвуют ведущие специалисты в различных отраслях психологии и смежных научных областей. Аналогичные цели ставятся на семинаре молодых ученых-студентов и аспирантов кафедры. Хочется надеяться, что такие формы деятельности будут способствовать консолидации сообщества медицинских-клинических психологов на почве общих научных основ и профессионализма осуществляемой практики.

Выход в свет настоящего сборника научных трудов приурочен к 10-летию основания кафедры клинической психологии в Российском государственном педагогическом университете им. А.И. Герцена, совпавшем с 10-летием утверждения клинической психологии как специальности высшего профессионального образования. В нем представлены работы по различным аспектам научно-методической, исследовательской и практической деятельности профессорско-преподавательского состава кафедры. Эти работы ни в коей мере не являются подведением итогов – какие уж итоги в 10 лет! Да и статус сборника – юбилейный – всего лишь дань традиции отмечать периоды существования в наше стремительное время.

Издание сборника приурочено и к проводимой кафедрой в 2010 году международной научно-практической конференции «Клиническая психология: теория, практика и обучение». Надеемся, что активное заинтересованное участие специалистов в процессе интеграции профессионального сообщества

откроет новые перспективы для развития отечественной школы клинической психологии, которая может и должна занять достойное место в жизни российского общества.

Заведующий кафедрой
клинической психологии
РГПУ им. А.И. Герцена,
доктор медицинских наук, профессор

А.Н. Алёхин

РАЗДЕЛ 1.

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПСИХОЛОГИИ

О признаках дизонтогенеза психологии

А. Н. Алёхин, Б. В. Иовлев, Е. А. Трифонова

История становления и развития психологии имеет парадоксальную особенность: ее оформление в статус научной дисциплины, несмотря на глубокие исторические корни, произошло относительно недавно; с момента отделения психологии от философии и ее самоопределения как науки прошло менее двух столетий [Ярошевский М.Г., 1996]. Это, безусловно, немного в сравнении с тысячелетиями существования философской мысли о человеке и столь же древней традицией познания человеческого организма в рамках естественных наук и врачебной практики.

Насколько плодотворной оказалась эта «эмансипация» психологии, ее попытка занять достойное место в системе наук о человеке – вопрос, не имеющий однозначного ответа. Общеизвестным является проблематичный характер существования психологии на пересечении труднопримиримых естественно-научного и гуманитарного подходов. Позиция естественных наук предполагает изучение природы в ее объективных свойствах и закономерностях. Гуманитарное же знание раскрывает ценностно-смысловое, уникально человеческое измерение субъекта. И хотя в нынешний (так называемый постнеклассический) период развития науки декларируется сближение методологий познания, ставится акцент на социальном характере научного познания и допустимости методологического плюрализма [Степин В.С., 2003], реальность существования научных сообществ такова, что различие в стилях мышления представителей точных и гуманитарных наук оказывается подчас непреодолимым. Язык психологии не переводим на язык физики без существенных потерь и искажений, и наоборот. И это несмотря на то, что обе науки выделились именно из философии, с древних времен ставящей своей задачей познание сущности человека, природного и внеприродного мира. Судьба этих двух «дочерей» философии оказалась, однако, разной. Физика развилась в оформленную науку, если критериями научности считать системность, строгость категориального аппарата и технологическую эффективность знания. Психология же и ныне находится в поиске себя, проще говоря, психология, в отличие от физики, до сих пор переживает период отрочества с характерным для него стремлением к самостоятельности при недостатке средств для ее реализации.

Неслучайно тема методологического кризиса сопровождает психологию на всем пути ее становления [Выготский Л.С., 1982; Аллахвердов В.М., 2003; Василюк Ф.Е., 2003]. Отсутствие ясного понимания предмета при изучении психического ведет к тому, что центробежные силы в психологии преобладают над центростремительными. Весьма характерно и то, что содержание перманентного методологического кризиса в психологии часто определяется через понятия раскола, «схизиса», дробления [Мазилов В.А., 2006; Yurevich A.V., 2009].

Во множественности и разнообразии подходов и учений выявляет себя несостоятельность традиционного научного метода в познании уникальности человека, представляющегося и высокоорганизованным животным, и духовным существом, носителем внебиологических свойств. В дихотомии биологического и духовного (в широком смысле) измерений человека разворачивается своеобразие любого известного психологического учения, определяется соотношение подходов естественных и гуманитарных наук. У разных отраслей психологии это соотношение неодинаково. Так, медицинская (клиническая) психология зародилась собственно как расширение медицинского знания, (психиатрии, психоневрологии) [Алехин А.Н., 2009]. В связи с этим ее естественно-научные корни не менее, а возможно и более глубоки, чем корни гуманитарные. В значительно меньшей степени естественно-научная традиция оформлена, например, в социальной, возрастной, инженерной психологии, которые вместе с тем так же не свободны от влияния сциентистского подхода физиологии, неврологии, кибернетики и т.д.

Однако каковы бы ни были истоки и методы различных направлений психологии, все они явно или неявно признают оба начала в человеке – и материальное, и идеальное. Одно из них может выноситься за скобки, но никогда не отрицается. Так, например, бихевиоризм не отказывает человеку в уникальности внутреннего мира, просто игнорирует его. Аналогично и здравый смысл представителей феноменологически-экзистенциального направления не позволяет им утверждать абсолютную независимость человека от своей биологической природы, она лишь не привлекает их интереса. Взаимная критика разных школ и учений в такой ситуации сводится к обвинениям в неправильности выбора предмета, то есть в неправильности интересов и вкусов. Спор на подобные темы, как известно, непродуктивен.

Особый характер психологического знания, в том числе его тесная связь с обыденным опытом, определяет уязвимость психологии по отношению к воздействиям и вторжениям паранауки [Айзенк Г., 2003; Юревич А.В., 2005, 2007]. В современных же условиях идеологического хаоса, который нередко называют эпохой постмодерна, такая «онтологическая незащищенность» психологии предопределяют незавидную судьбу.

Уже в середине девяностых, описывая процессы, происходившие в российском обществе в период коренных социальных перемен, Ф.Е. Василюк [1996] пишет о поднявшейся волне энтузиазма психологов-практиков, которая, схлынув, «стала заполнять все ложбины и низменности – всюду появились психологические центры, службы, ТОО, ООО, да и просто лихие молодые

люди с очень ограниченной ответственностью, но с безграничной готовностью на любую психологическую услугу от подготовки кандидата в президенты страны до снятия порчи». Спустя десятилетие А.В. Юревич [2007] привлекает внимание к пугающим масштабам и бесконтрольной экспансии поп-психологии, дискредитирующей и окарикатуривающей собою психологическое знание. Можно добавить, что и сама институциализированная психология стала заражаться паранаучным духом в разных его проявлениях: от грубых мистификаций в практике, до голословности и банальности в сфере производства научного знания [Анцупов А.Я. с соавт., 2007; Фельдштейн Д.И., 2008].

Более того, даже в критике и в характере дискуссий о судьбах психологии можно заметить возрастающую толерантность – признание неизбежными недостатков этой области знания, смирение с ними, которое, вероятно, вполне рационально и адаптивно с психологической точки зрения. А.В. Юревич [2005], например, отмечает, что в силу выраженности социогуманитарной составляющей психология никогда не будет способна достаточно убедительно отмежеваться от паранауки на содержательно-когнитивном уровне. Поэтому главное, чем следует руководствоваться для определения должного и недолжного в психологии, – это степень социализированности и институциализированности знания, принятия его научным (официальным) сообществом психологов. Примечательно, что эту позицию занимает заместитель директора по научной работе Института психологии Российской Академии Наук.

Действительно, если вопрос о научности не получает адекватного решения с момента зарождения психологии, есть основания предположить его принципиальную неразрешимость, по крайней мере в рамках существующей научной методологии. К тому же потребность в разрешении этого вопроса у нынешнего психологического сообщества и не актуализирована. Несмотря на сомнительный статус психологического знания, ряды дипломированных психологов ширятся и растут: в мире на начало девяностых годов их насчитывалось более 500 тысяч [Rosenzweig M.R., 1992], в России сегодня официально трудится более 150 тысяч психологов, сотни вузов предлагают психологическое образование, издаются десятки периодических изданий по психологии, действует несколько десятков диссертационных советов по психологическим наукам, тысячи учреждений оказывают психологические услуги [Юревич А.В., 2008].

Нельзя не отдать должное жизнеспособности этого профессионального сообщества. Для того чтобы уживаться с методологической критикой, необходим действительно высокий адаптационный потенциал. Можно лишь предполагать, как каждый конкретный психолог в процессе своего профессионального становления преодолевает собственный кризис метода. Наблюдаемые варианты приспособления разнообразны – от прагматического цинизма до научного романтизма. Среди практиков, по-видимому, найдется немало стихийных приверженцев философии абсурда и идеи А. Камю о невозможности «одновременной лечить и знать», среди исследователей –

руководствующихся рассудительным «с'est la vie». Важной представляется гипотеза о том, что нынешнее положение психологии и есть результат адаптационных процессов, происходящих в ней как на содержательно-когнитивном, так и на социальном уровнях. Профессиональное сообщество психологов не могло бы существовать, не адаптируясь к культурным, социально-экономическим, политическим реалиям, к собственным внутренним противоречиям и дефицитам, и в этом смысле констатируемое сегодня состояние психологии – есть ее оптимальное состояние.

В силу уже самого масштаба института психологии в современном мире и, что важнее, закрытости его как для, так и от опыта реального – нарушение достигнутого равновесия маловероятно. Более того – любые попытки в направлении дестабилизации противоречили бы здравому смыслу и задаче самосохранения этого института. Рефлексирующий психолог пришел бы в отчаяние от понимания зыбких научных оснований психологии, от данных опросов, согласно которым психологическое знание весьма в малой степени востребовано российским обществом, от невысокого спроса на психологические услуги, от неразличения обывателем психологии и поп-науки, от очевидного отстранения психологии от решения государственно важных вопросов (в системе образования, здравоохранения, социального развития и т.д.) [Юревич А.В., 2008].

Вопрос, следовательно, в том, стоит ли проблематизировать адаптивно-равновесное состояние психологии, либо согласиться с ним, принять этот факт как «разумную действительность». Но даже если найти в себе смелость не согласиться с нынешним положением дел, неизбежным окажется вопрос о том, каковы способы его изменения. Не ставя перед собой глобальную задачу разработки программы выхода из кризиса, можно, тем не менее, легко увидеть направление, которого следует держаться, и это направление – глубокая саморефлексия психологии, предельное самоосознавание. Ведь, как утверждает сама психология, именно на самоосознавании строится любое личностное изменение, а самосознание – главное средство саморегуляции субъекта, индикатор зрелости.

Если анализировать самосознание психологии по аналогии с самосознанием личности – как переживание единства, специфичности, активно-деятельного начала своего Я, полноту и интегрированность представлений о своих свойствах и отношениях (в том числе в историческом развитии), систему социальных и моральных самооценок – то перспективы подобного самоанализа окажутся безграничными. В качестве наиболее очевидных источников могут использоваться средства науковедения. Определение психологии как предмета изучения методами других наук (социологии, культурологии, истории, лингвистики, математики, наукометрии, правоведения, педагогики, экономики и т.д.) делает возможным получение психологическим сообществом конструктивной обратной связи, столь важной для формирования адекватной самооценки.

Действительно, что может сейчас сказать психология о том, как меняется содержание, методы и формы взаимодействия ее с обществом в зависимости от

социально-политического и культурного контекста?, в чем специфика языка психологии (психологов), ее текстов, как этот язык изменялся в истории?, как усваиваются и адаптируются психологией методы других наук (математики, статистики, лингвистики и т.д.)? как изменяются формы нормативно-правовой регуляции профессиональной деятельности психологов?, каково отношение разных слоев общества к психологии как науке и практике?, каков социально-экономический статус психологов, уровень их образования, дохода, занятости, круг интересов?, в чем заключается реальная деятельность психолога в организациях, какая часть его профессиональной подготовки оказывается действительно востребованной обществом? На эти вопросы у психологии сейчас нет обоснованных ответов, и это закрывает путь для самопонимания на более высоком уровне обобщения, в рамках философии науки, с выявлением своих онтологических, гносеологических, методологических и аксиологических оснований.

Последнее – аксиология – представляется особенно важным, поскольку психология претендует на профессиональное вмешательство. Этические основания психологии в самом глубоком смысле (не свод правил поведения во взаимодействии «Психолога», «Заказчика» и «Испытуемого», как он представлен в «Этическом кодексе Российского психологического общества», 2004) до сих пор не сформулированы, хотя они должны составлять ядро профессионального самосознания специалиста, имеющего дело с переживаниями, внутренним миром человека.

В качестве оправдания нелюбознательности психологии можно было бы сослаться на трудности междисциплинарных взаимодействий и недостаточный интерес со стороны других наук. Однако ничто не препятствует психологии изучать самое себя, используя собственные научные средства и знания.

Наука не является отвлеченным знанием, это – когнитивно-социальная деятельность. Деятельность же человека (группы) и детерминирующие ее факторы имеют самое непосредственное отношение к предмету психологии, каковым бы он не определялся в разных направлениях и школах. В анализе науки как когнитивно-социальной деятельности психология может восходить от психических процессов до ценностно-смысловой сферы, от индивидуальности до макрогрупповых феноменов.

Осознание таких возможностей психологии уже происходит среди отечественных и зарубежных исследователей. Более того, изучение личности ученого имеет и определенную традицию, которая связана с классическими работами, посвященными анализу индивидуальных способностей, гениальности, творчества, научного поиска (Ф. Гальтон, Г. Гельмгольц, И.М. Сеченов, З. Фрейд, Т. Рибо). Однако как самостоятельное направление психология науки стала оформляться лишь несколько десятилетий назад [Ярошевский М.Г., 1995; Аллахвердян А.Г. с соавт., 1998; Shadish W.R., Fuller S., 1994; Feist G.J., 2006]. Вместе с тем наиболее доступный для анализа объект – сама психология – не попадает в центр внимания психологов-научников, и лишь отдельные фрагменты реальности существования психологического сообщества становятся предметом осторожных исследований. Только в одной

работе удалось найти прямое указание на необходимость использования психологией собственного знания для самоанализа в историческом ключе и создания «психологии психологии» [Richards G., 2002].

До сих пор психология не применяет по отношению к себе те методы, которые эксплуатирует для изучения человека и группы. Изучив психологические характеристики уже почти всех профессиональных, возрастных и клинических групп (от воспитателей до пожарных, от новорожденных до долгожителей, от больных остеохондрозом до больных шизофренией), психологи так и не обратили внимание и свои методы на себя, на специфику своих текстов, практик, сообщества в целом. Пожалуй, в таких условиях даже проведенная ранее аналогия с отроческим состоянием психологии, открывающей свое Я, оказывается неоправданно оптимистичной. Такие особенности самопознания правомернее отнести к дошкольному возрасту, но скорее, учитывая «паспортный возраст» психологии, к аномалиям самосознания, отражающим нечто важное о том, что является причиной ее дизонтогенеза.

Список литературы

1. Айзенк Г. Психология: Польза и вред. Смысл и бессмыслица. Факты и вымысел. (пер. с англ. В.В. Гуринович под науч. ред. Л.В. Марищук) – Минск: Харвест, 2003. – 912 с.
2. Алёхин А.Н. О предмете медицинской психологии. Исторический аспект. // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2009. №100. С. 87-96.
3. Аллаhverдов В. М. Методологическое путешествие по океану бессознательного к таинственному острову сознания. – СПб.: Речь, 2003. – 368 с.
4. Аллавердян А.Г., Мошкова Г.Ю., Юревич А.В., Ярошевский М.Г. Психология науки. Учебное пособие. – М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 1998. – 312 с.
5. Анцупов А.Я., Кандыбович С.Л., Крук В.М., Тимченко Г.Н., Харитонов А.Н. Проблемы психологического исследования. Указатель 1050 докторских диссертаций. 1935-2007 г.г. – М.: Студия «Этника», 2007. – 232 с.
6. Василюк Ф.Е. Методологический смысл психологического схизиса // Вопросы психологии. 1996. №6. С. 25-40.
7. Василюк Ф.Е. Методологический анализ в психологии. – М.: Смысл, МГППУ, 2003. – 240 с.
8. Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса: Соч.: В 6-ти т. Т. 1: Вопросы теории и истории психологии. – М., 1982. С. 291-436.
9. Мазилев В.А. Методологические проблемы психологии в начале XXI века // Психологический журнал. 2006. № 1. С. 23-34
10. Стёпин В.С. Теоретическое знание. Структура, историческая эволюция. –М.: Прогресс-Традиция, 2003. – 744 с.
11. Фельдштейн Д.И. О состоянии и путях повышения качества диссертационных исследований по педагогике и психологии // Бюллетень Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации. 2008. №2 . С. 6-22.
12. Этический кодекс Российского психологического общества // Российский психологический журнал. 2004. Т.1. №1. С.37-54.
13. Юревич А.В. Наука и паранаука: столкновение на «территории» психологии // Психологический журнал. 2005. Т.26. №1. С. 79-87.
14. Юревич А.В. Поп-психология // Вопросы психологии. 2007. № 1. С. 3-14.
15. Юревич А.В. Психология в современном обществе // Психологический журнал. 2008. №6. С. 5-14.

16. Ярошевский М.Г. Историческая психология науки. – СПб.: Изд-во Международного фонда истории науки, 1995. – 352 с.
 17. Ярошевский М.Г. История психологии от античности до середины XX в: Учебное пособие. – М., 1996. – 416 с.
 18. Feist G.J. The Psychology of Science and the Origins of the Scientific Mind. New Haven, CT: Yale University Press, 2006.
 19. Richards G. The psychology of psychology. A historically grounded sketch // Theory & Psychology. 2002. V.12. P.7-36.
 20. Rosenzweig M.R. Psychological science around the world // American Psychologist. 1992. V.47. N6. P. 718-722.
 21. Shadish W.R., Fuller S. (eds). The Social Psychology of Science. New York: The Guilford Press, 1994.
- Yurevich A.V. Cognitive frames in psychology: demarcations and ruptures // Integr Psychol Behav Sci. 2009. V.43. N2. P. 89-103.

Адаптация как концепт в медико-психологическом исследовании

А. Н. Алёхин

Медицинская статистика последних лет заставляет всерьез обеспокоиться состоянием психического здоровья населения России [Кошкина Е.А., 2001; Чуркин А.А., Михайлов В.М., Касимова Л.Н., 2001; Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2005]. По оценкам экспертов, более 30% россиян нуждаются в лечебной или консультативной помощи врача-психиатра и других специалистов в области психического здоровья, прежде всего психотерапевтов в сотрудничестве с медицинскими психологами. Как и во всем мире, рост заболеваемости психическими расстройствами в РФ происходит преимущественно за счет непсихотических расстройств, в патогенезе которых ведущую роль играют психогенные факторы: психотравмирующие обстоятельства, внутри- и межличностные конфликты, неблагоприятные социальные условия. Сейчас уже очевидно, что подходы, средства и организационные формы «большой психиатрии» не состоятельны в этой ситуации, поскольку ориентированы преимущественно на ярко очерченную патологию и биологические методы вмешательства. Фактически по всем содержательным признакам нарушения психического здоровья донозологического регистра являются предметом *медицинской психологии*.

Однако и в медицинской психологии к настоящему времени не сформированы соответствующие теоретические средства для анализа механизмов психической адаптации, психогенеза ее нарушений, а следовательно и разработки мероприятий их психологической профилактики и коррекции. Нет пока даже собственной терминологии для описания этих феноменов. В связи с недостатком собственных средств некритично заимствуется терминологический аппарат психопатологии пограничных психических расстройств, что вносит еще большую путаницу в вопросы дефиниции, квалификации, систематизации форм нарушений психической

адаптации. Грусть в таком представлении становится депрессией, сомнения – тревогой, радость – гипоманией, увлеченность – паранойяльной настроенностью и т.п. И это при том, что человек с трудностями адаптации согласно определению и стандартам высшего профессионального образования есть объект медицинской (клинической) психологии.

Рост распространенности нарушений психического здоровья в периоды перемен общественного строя, в периоды стихийных бедствий, катастроф, в других обстоятельствах, изменяющих жизненный уклад людей, известен и описывается давно [Александровский Ю.А., 2000]. Хорошая иллюстрация этому – последствия политических и экономических реформ в современной России, серьезно нарушивших постоянство социальной среды существования населения. Для большей его части, личностно сформировавшейся в другой эпохе, складывающиеся условия жизни не являются привычными, они противоречат усвоенным схемам мировоззрения, смыслам, нарушают, если можно так выразиться, гомеостазис психического. Восстановление утраченного равновесия потребовало от многих весьма значительных усилий, максимальной мобилизации внутренних ресурсов.

Для обозначения аналогичных процессов в организме в биологии, физиологии и медицине давно и прочно укоренился термин «адаптация». Адаптация есть процесс приспособления внутренней среды организма к внешним условиям его жизнедеятельности, то есть оптимизация взаимодействия «внешнего» и «внутреннего» в целях сохранения и поддержания жизни. Так, увеличение количества эритроцитов в крови в условиях высокогорья является признаком адаптации, то есть таких изменений, которые обеспечивают необходимый для жизни газовый состав внутренних сред при внешнем дефиците кислорода.

Концепция стресса органично дополняет теорию адаптации [Губачев Ю.М. с соавт., 1976; Китаев-Смык Л.А., 1983; Березин Ф.Б., 1988]. Стресс есть такое отношение организма со средой, при котором существенно изменяется гомеостаз, что приводит к активации организма в направлении достижения и поддержания последнего. В динамике этого процесса различают стадии тревоги, адаптации, компенсации и декомпенсации. В физиологии труда применение концепции адаптации в такой ее трактовке позволяет достаточно точно описывать и прогнозировать стадии работоспособности: от фазы вработываемости через фазу устойчивой работоспособности к утомлению. В физиологии спорта эти закономерности используются не только для анализа функционального состояния организма, но и для прогнозирования его динамики, разработки методики тренировки [Ильин Е.П., 2005]. Тренировки в данном контексте – искусственно задаваемые ситуации неоптимального взаимодействия для закрепления ожидаемых диапазонов активности функциональных систем организма.

Подобные представления о процессах автоматического регулирования функций (адаптации) оказались применимы и в технических науках (адаптивное управление, например). Понятно, что и в социальных науках и психологии общие представления об адаптации также широко используются

для описания изучаемых феноменов. Однако растущий объем данного понятия затрудняет его адекватное использование, а некритичное употребление научных терминов, как это допускается в психологии, вносит изрядную путаницу в анализ процессов человеческого поведения и переживаний. Действительно, аналогии между процессами, описываемыми биологами и физиологами, и процессами, изучаемыми медицинской психологией, интуитивно понятны. Но аналогии – не достаточное основание для прямых экстраполяций. В результате «адаптивной» трансформации исходных значений терминов, используемых для обозначения феноменов адаптационного процесса, и их произвольной трактовки психологическая теория распадается на множество частных случаев, что иллюстрируется фрагментарностью прикладных исследований, например, области психосоматических феноменов. При таком подходе и невротическое симптомообразование можно считать адаптивным, так как симптом выступает способом разрешения конфликта в значимых отношениях личности и тем самым «способствует адаптации».

Таким образом, становится понятной актуальность методологической задачи наполнения конкретным содержанием используемого понятия, определение его объема, границ и условий применимости. Этой задаче был посвящен прошедший учебный год работы научно-методологического семинара молодых ученых кафедры. Ее результаты и послужили поводом для написания этой статьи.

Л.С. Выготский вообще считал методологический анализ исходных терминов, поиск и формулирование необходимых для означивания феноменов понятий основной проблемой научной работы, а для такой слабо структурированной сферы знания, как психология, просто необходимой. Причем настаивал, что выработкой понятия не начинается, а завершается цикл научного исследования [Выготский Л.С., 1982].

Уже простое знакомство с использованием термина «адаптация» в научных текстах фиксирует его многозначность: это и процесс приспособления организма к среде, и отношение равновесия (относительной гармонии) между организмом и средой, и предопределенная «цель», к которой «стремится» организм [Яницкий М.С., 1999]. Противоречия заложены самой полярностью теоретических конструктов: «устойчивость – эволюция»; «равновесие – развитие»; «гармония – противоречивость» в едином концептуальном поле [Медведев В.И., 2003]. Если принимать во внимание, что любое научное исследование – это прежде всего аналитическое разложение исходного феномена на множество подлежащих рассмотрению элементов, то легко представить себе зыбкость любых теоретических построений в таком неограниченном концептуальном пространстве. Что считать критериями адаптивности? Является ли адаптивным с точки зрения психолога героическое поведение, например? А суицид, является ли он способом адаптации личности? Позволяет ли судить об адаптированности социальное поведение больного невротическим расстройством, если это поведение сопряжено с невероятным напряжением? А поведение больного в психозе – оно адаптивно? Ведь он приспособляется к тем явлениям, которые разворачиваются в его

субъективной реальности, и действует сообразно им? При сложившейся полисемантической основе термина методологический потенциал всей концепции адаптации для психологии невелик.

Однако, если помнить о том, что слова и понятия – лишь средства означивания фактов действительности, но не сама действительность, то, как это и принято в науке и является необходимым до сих пор условием ее существования, о способах и средствах означивания нужно «договариваться».

И первой задачей методологического анализа понятия адаптации является рефлексия, фиксация и ограничение точки зрения исследователя. В сложной иерархической системе разнородных процессов, каковой представлен любой феномен, ставший объектом научного исследования, фиксация исследовательской позиции – первое и необходимое условие избежать противоречий, которые, конечно же, не являются «присущими действительности», а всего лишь последствия методологических допущений. Адаптация как целостный процесс обеспечивается сложной координацией функциональных систем организма. Можно выделять и исследовать различные аспекты этого процесса: молекулярные, клеточные, органные, социальные и т.п. Это определяется предметом конкретной научной дисциплины. Психология в качестве своего предмета заявляет психику человека, и, следовательно, предметом психологического исследования адаптации человека становятся механизмы психики, являемые себя в психических процессах, состояниях и свойствах. Конечно, это частные проявления целостности, фиксируемые локальной и ограниченной позицией исследователя – психолога. В этом аспекте адаптация человека представляется процессом формирования таких способов реагирования, которые адекватны действительности и обеспечивают оптимальные условия его (человека) существования.

Отдельный и сложный вопрос, что психолог принимает за действительность в контексте психологического анализа? В свете изложенного выше такой действительностью является сама психика. Допущения «мир», «другие люди», «события и явления» открывают неограниченные возможности придумывать и складывать в системы цепочки умозаключений, однако они неизбежно будут внутренне противоречивы. Адекватный концептуальный аппарат для разрешения этого вопроса содержит теория отношений, если понимать отношения не как непосредственные интеракции человека, но как сложную систему смыслов и значений, формирующуюся в процессе жизненного опыта, детерминирующую поведение и переживания человека в конкретных ситуациях. Эта система и является средой существования человека, его действительностью. Именно в контексте этой системы разворачивается психическая адаптация, которая представляется процессом формирования, коррекции, трансформации опыта в процессе переживания. Из-за инертности и разной степени реактивности субъекта (носителя и соавтора индивидуального опыта) процесс адаптации неминуемо связан с напряжениями (предельный случай которых достаточно полно описывается в физиологии концепцией стресса, а в психологии – понятиями фрустрации, кризиса, конфликта и т.п.). Это напряжение свидетельствует о деформациях индивидуального опыта под

давлением складывающихся обстоятельств жизни (психотравмирующих ситуаций).

В психологии сходное понятие об адаптации использовал Ж. Пиаже, который определял ее как единство противоположно направленных процессов: аккомодации и ассимиляции. Первый из них обеспечивает модификацию поведения субъекта в соответствии со свойствами среды. Второй изменяет те или иные компоненты этой среды, перерабатывая их согласно структуре организма или включая в схемы поведения субъекта [Пиаже Ж., 2003]. В практическом аспекте аккомодация и ассимиляция представляются не как единый процесс, а как последовательные смещения активности человека: усилия привести в соответствие с требованиями условий существования переживаемую действительность, а затем изменение этой действительности (самостоятельно или с помощью).

Последовательный анализ процесса психической адаптации позволяет сформулировать психологические критерии оценки адаптированности. Этот вопрос традиционно является полем произвольных спекуляций. Признаками адаптированности считают и успехи профессиональной деятельности, и работоспособность, и максимальное удовлетворение актуальных потребностей, и достижение субъективно значимых целей и т.д. и т.п.. Поскольку перечисленного мало, формулируются косвенные критерии: социально-психологический статус, глубина и интенсивность социальных контактов и т.п. Такая неопределенность критериев – следствие смещения исследовательской позиции из сферы собственно психологии. Достоверным критерием психической адаптированности в психологическом аспекте является качество переживаний человека. Достаточно точной мерой здесь может служить степень удовлетворенности (самим собой, миром и людьми), которая отражает меру соответствия индивидуального опыта человека складывающимся ситуациям жизни. О трудностях адаптации соответственно свидетельствует переживание страдания (фабула или повод этого переживания не имеют принципиального значения). Понимая таким образом процесс психической адаптации, можно полагать, что он возможен лишь тогда, когда человеком рефлексирован (осознан) опыт, детерминирующий его переживания – только при этом условии возможно формирование нового опыта.

Приведенный анализ ни в коей мере не претендует на полноту, и уж тем более на разрешение проблем психологического исследования трудностей адаптации. Это, скорее, иллюстрация необходимости и возможностей методологического анализа научной деятельности, в которой термины, понятия, концепты по-прежнему остаются основными средствами исследователя. И подобно тому, как в любой деятельности от качества инструментов зависит качество творимого продукта, в такой сложной сфере, как производство психологического знания, достоверность и практическая значимость его результата определяется разработанностью концептов, используемых для означивания исследуемых феноменов. Концепт адаптации вместе с такими концептами, как опыт и переживание, смыслы и значения, сознательное и бессознательное, при адекватном использовании позволяет

опредметить множество разнообразных явлений, попавших в поле медицинской психологией. Это и процессы формирования и развития личности, возрастные и психогенные кризисы, динамика психических расстройств, психологическая коррекция и психологическая терапия нарушений адаптации, реабилитация при болезненных расстройствах психики. Такое переопредмечивание феноменов психического позволило бы конструировать систему знаний, целостную и непротиворечивую, а главное – с высокой степенью достоверности фиксирующую многообразие феноменов и открывающую тем самым реальные возможности практической деятельности, направленной на благо человека. Хочется надеяться на то, что подобная работа станет неотъемлемым этапом научного исследования в медицинской психологии.

Список литературы

1. Александровский А.Ю. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Березин Ф. Б. Психологическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988. – 260 с.
3. Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса // Собр. соч. В 6 т. Т.1. М.: Педагогика, 1982. [1927] С. 386-389.
4. Губачев Ю.М., Иовлев Б.В., Карвасарский Б.Д., Разумов С.А., Стабровский Е.М. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. – Л., 1976. – 224 с.
5. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. (ред.) Руководство по социальной психиатрии. М.: Мед. информ. агентство, 2009. – 544 с.
6. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. СПб.: Питер, 2005. – 416 с.
7. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. – М.: Наука, 1983. – 367 с.
8. Кошкина Е.А. Эпидемиология алкоголизма в России на современном этапе // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т.3. №3. С. 89-91.
9. Медведев В. И. Адаптация человека / В. И. Медведев. – СПб. : Институт мозга человека РАН, 2003. – 584 с.
10. Пиаже Ж. Психология интеллекта. - СПб.: Питер, 2003. – 192 с.
11. Чуркин А.А., Михайлов В.М., Касимова Л.Н. Психическое здоровье городского населения. М.; Хабаровск, 2000. – 376 с.
12. Яницкий М.С. Адаптационный процесс: психологические механизмы и закономерности динамики. Учебное пособие. – Кемерово: Кемеровский государственный университет, 1999. – 84 с.

Формирование поведения человека: между «Сциллой» генотипа и «Харибдой» среды

Е. В. Даев

«... именно в психологических исследованиях даже самое бережное обращение с понятиями и выражениями не может быть чрезмерным, потому что именно в области психологии, как нигде, встречается величайшее разнообразие в определении понятий, которое нередко является поводом для самых упорных недоразумений» [Юнг К.Г., 1995].

О том, что некоторые особенности поведения наследуются, было известно задолго до возникновения генетики как науки. Уже в древних рукописях, написанных до рождения Христа, упоминались «вальсирующие» мыши. Во второй половине XVIII века была опубликована книга «Методы размножения бойцовых мышей» с иллюстрациями, на которых были изображены черные, белые и пятнистые мыши. Само название книги уже предполагает наблюдение за агрессивным поведением мышей и их селекцию по бойцовым качествам. Создание многочисленных пород собак, кошек и других домашних животных, различающихся по поведенческим характеристикам, только подтверждает тот факт, что человек уже давно осознавал роль наследственных задатков в формировании поведения.

Во второй половине XVIII века в работах сэра Френсиса Гальтона был поднят вопрос о роли наследственных и средовых факторов в формировании таких поведенческих признаков человека, как характер и одаренность [Galton F., 1865; 1875]. Тем не менее, поведение человека до сих пор является относительно мало исследованной областью на стыке интересов целого ряда наук (этологии, психологии, генетики и др.). Это обусловлено, с одной стороны, морально-этическими ограничениями на экспериментирование с участием человека. С другой стороны, большинство форм поведения являются сложными. Их отличает исключительная пластичность, т.е. зависимость от условий окружающей среды и индивидуального опыта, и связанная с этим нечеткость определения [Пономаренко В.В., 1976]. Сюда же можно добавить субъективность интерпретации поведенческих данных, которая зависит от личностных особенностей исследователя. Все сказанное в высшей степени проявляется при изучении поведения человека. Тем не менее, сходство механизмов, контролируемых формированием многих важных для выживания признаков (что определяется общностью происхождения соответствующих генов – **гомология** человека и животных), позволяет с той или иной степенью точности экстраполировать полученные данные на человека.

Особая сложность разнообразных форм поведения человека и их специфичность заставляет исследователей вводить понятия психической активности и психических функций. К сожалению, многие исследователи отделяют психическую активность от поведенческой [Равич-Щербо И.В. и др., 1999]. Между тем граница, разделяющая «поведенческие» и «психические» акты, остается крайне неопределенной: в любом поступке можно выделить как «психическую», так и «поведенческую» составляющую. Кажется более перспективным рассматривать «психическое» как специфическую часть более широкого понятия – поведения. В этом случае не возникает необходимости ограничивать термин «поведение» более узкими рамками, как это делает ряд отечественных психологов [Равич-Щербо И.В. и др., 1999], а можно принять какое-либо из традиционных его определений.

Вслед за рядом исследователей здесь я буду определять поведение как «любые формы активности, проявляемой организмом как единым целым по отношению к окружающей среде и условиям его существования» [Эрман Л., Парсонс П., 1984]. Сходное, по сути, определение дают также W. Klug и M. Cummings [1997] в своей книге «Концепции генетики», говоря о поведении как ответе организма на изменения в окружающей среде. Соответственно, **поведение человека будет пониматься как его любые ответные реакции по отношению к окружающей среде, включающие в качестве составной части психическую активность.**

В первой половине XX века в своих «Психологических типах» К.Г. Юнг [1995] определял психику как «совокупность всех психических процессов, как сознательных, так и бессознательных», оставляя только догадываться, что же такое «психические процессы». По В.Д. Небылицыну [1982] сущность «психической активности» состоит в «тенденции личности к самовыражению, эффективному освоению и преобразованию внешней действительности; разумеется, при этом направление, качество и уровень реализации этих тенденций определяются другими («содержательными») особенностями личности: ее интеллектуальными и характерологическими особенностями, комплексом ее отношений и мотивов. Степени активности распределяются от вялости, инертности и пассивного созерцательства на одном полюсе до высших степеней энергии, мощной стремительности действий и постоянного подъема – на другом». Исходя из вышесказанного, можно определить **психику (психическую активность) как совокупность сознательных и бессознательных процессов в центральной нервной системе в ответ на действие средовых факторов.** Она представляет собой «внутриорганизменную» форму поведенческого ответа, которая формирует дальнейшую комплексную ответную реакцию организма, специфически проявляющуюся на разных уровнях и с разной силой. Такое определение позволяет рассматривать психическую активность как функцию мозга, организующую и направляющую поведенческий ответ организма для достижения быстрой и максимально возможной адаптации к меняющимся условиям окружающей среды (Рисунок 1). В отношении темперамента,

например, такая точка зрения поддерживается многими исследователями [Стреляу Я., 1982].

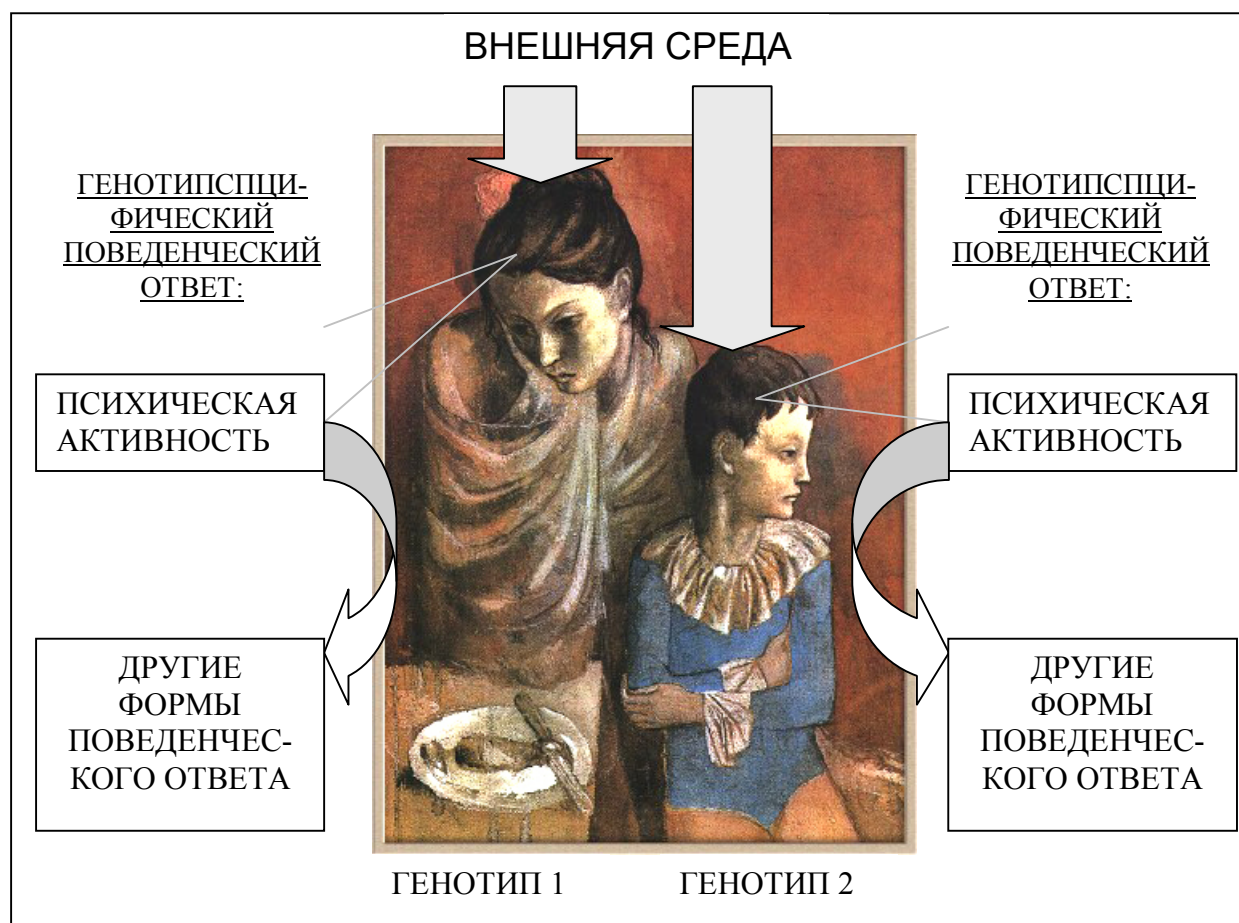


Рисунок 1. Схематическое представление о «поведении» и «психике» человека

Суммируя естественнонаучные представления о поведении человека, можно сформулировать следующее утверждение: поведенческие, в том числе психические, особенности каждого человека детерминируются его генотипом в тесном взаимодействии с окружающей средой через процессы формирования и последующего функционирования в онтогенезе его нервной системы [Малых С.Б. и др., 1998; Равич-Щербо И.В. и др., 1999; Корочкин Л.И., Михайлов А.Т., 2000; Шевцова В.М., 2004]. Фактически, это не что иное, как перевод на современный язык основных постулатов работ Гальтона [Galton F., 1865, 1875].

При изучении механизмов генетической детерминации многообразных форм поведения человека следует изначально понимать, что процесс созревания половых клеток (**мейоз**) и следующий за ним процесс полового размножения создают вероятность появления у одной родительской пары «астрономически» большого числа генотипически различающихся потомков. Возможное число только хромосомных сочетаний в половых клетках одного человека составляет 2^{23} вариантов (более 8 млн. 300 тыс.). Поэтому каждый родившийся ребенок уникален в отношении своего генотипа: он является только одним реализованным вариантом из 2^{46} возможных комбинаций

родительских хромосом. Это без учета действия мутационного процесса и дополнительной перетасовки аллелей тысяч генов в процессе мейотического кроссинговера. Именно генетическая гетерогенность человеческих популяций является одним из серьезнейших препятствий на пути психогенетических исследований.

Но даже при рассмотрении процесса формирования конкретного человеческого организма и на его основе – человеческой личности существует множество неразрешенных до конца проблем. И одна из них касается роли генетических и средовых факторов в формировании поведения человека. Отдавая себе отчет в том, что **социальная сущность человека является производным его биологической природы** [Шевцова В.М., 2004], следует анализировать генетические факторы, влияющие на формирование поведения человека, только в неразрывной связи с модифицирующими влияниями окружающей среды.

Развитие человеческого организма начинается с первых делений зиготы (оплодотворенной яйцеклетки). Чтобы сначала зародыш, затем эмбрион и плод, а позже ребенок, подросток и, наконец, взрослый человек развивались и функционировали нормально, необходима хорошая наследственность, то есть «нормальный» **генотип** (совокупность всей наследственной информации данного индивида). Это означает отсутствие у него мутантных аллелей, грубо нарушающих работу соответствующих генетических программ. Но одних генов для этого не достаточно: на всех этапах онтогенеза необходимы соответствующие условия окружающей среды. Уже на самых ранних стадиях развития отклонения своеобразного «гомеостаза» внутри материнского организма приводят к возникновению аномалий. Часто могут возникать сочетания средовых условий, не позволяющие генотипу нормально функционировать. Это приводит к «дарвиновскому» естественному отбору – гибели развивающегося организма.

Изучение проблемы взаимодействия генов и окружающей среды на модельных объектах показало, что один и тот же генотип в разных условиях может формировать разные фенотипы. Это привело к появлению термина «**норма реакции генотипа**», отражающего все многообразие фенотипических вариантов, которое может быть сформировано при взаимодействии конкретного генотипа с всевозможными комбинациями средовых условий (Рисунок 2). Каждый человек с этих позиций может рассматриваться как результат взаимодействия конкретного генотипа с таким сочетанием условий окружающей среды, которое не вызвало преждевременной остановки его работы (гибели).

Однако у каждого генотипа есть свои особенности функционирования и взаимодействия с внешним миром, обусловленные наличием тех или иных аллельных сочетаний множества генов. Поэтому даже в одинаковых условиях среды личность каждого человека формируется уникально. Тем более что идеально выровненных условий среды практически не существует.

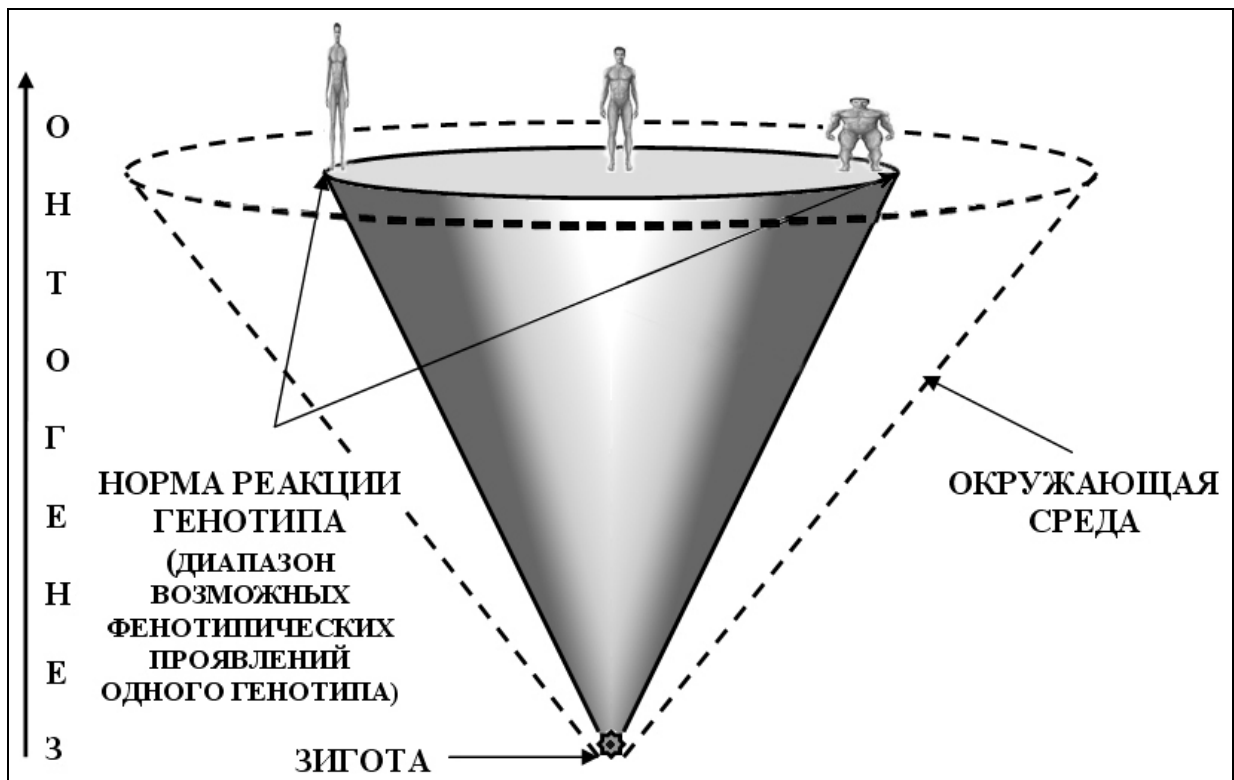


Рисунок 2. Упрощенная схема формирования и развития человека в онтогенезе

Примечание: Внутренний конус – норма реакции конкретного генотипа на разнообразные воздействия внешней среды (наружный конус). Взаимодействие конкретного генотипа с конкретным сочетанием средовых факторов приводит к формированию конкретного фенотипа (включая специфические особенности поведения).

С момента закладки (2-я - 3-я недели развития) нервная система развивающегося эмбриона начинает подвергаться действию факторов окружающей среды. К ним относятся уровень гормонов, кислорода, питательных и других веществ материнского организма, собственные регуляторные вещества, стрессы и инфекции, различные физические факторы (СВЧ-излучения, звуковые волны, давление, радиация и т.п.). Все это влияет на процессы строительства как центральных, так и периферических отделов нервной системы.

В тесном взаимодействии бесчисленного множества внешних факторов и генотипа идут процессы пролиферации, роста и дифференцировки различных типов нервных клеток (более 40 типов), регулируется плотность нервных тканей различных отделов центральной нервной системы, соотношение афферентных и эфферентных волокон и другие характеристики. Создается основа, от которой будут зависеть устойчивые особенности поведения человека.

К сожалению, пластичность поведения и неоднозначность его интерпретации затрудняет выделение «элементарных» характеристик и тем более альтернативных форм одного и того же признака. Для большинства поведенческих признаков характерен полигенный характер детерминации.

Такие «психологические» понятия, как интеллект, память, агрессивность, эмоциональность, темперамент, экстра- и интроверсия, характер, личность и т.п., при ближайшем рассмотрении распадаются на десятки и сотни составляющих. И каждую составляющую обеспечивает свой набор генов, на определенных стадиях онтогенеза и во взаимодействии с факторами внешней среды. Поэтому анализ сложных признаков, каковыми являются, например, базовые характеристики темперамента (сила, подвижность, уравновешенность нервных процессов, лабильность и скорость переключения, лежащие в основе психической активности мозга человека), даст только один ответ, заранее предсказуемый, – они наследуются полигенно. При этом пары «альтернативных» форм одного и того же поведенческого признака (например, «сила-слабость», «уравновешенность-неуравновешенность» и т.п.) могут быть следствием работы совершенно разных генетико-средовых взаимодействий.

Попробуем проанализировать такой признак, как агрессивность. Сразу встает вопрос, как правильно определить этот термин. Исследования на модельных животных объектах показывают, что мы интерпретируем как агрессивность определенные формы поведения, направленные и на защиту территории, и на защиту детенышей, и на собственную защиту. Агрессивность может проявляться при межсамцовой конкуренции, при попадании в новую ситуацию, просто при одиночном содержании животного или его кормлении. Дальнейший анализ показывает, что за каждым специфическим проявлением агрессивности стоят разные генетические механизмы, частичная гомология которых у человека и животных позволяет экстраполировать некоторые результаты на *Homo sapiens*.

Создание линий животных с разным уровнем отдельных форм агрессивности, где она передается по наследству из поколения в поколение, доказывает влияние генотипа на этот показатель. Было показано, что определенную роль в ее формировании играют гены, контролирующие стероидный обмен, гены серотонин- и дофаминэргической систем, гены Y-хромосомы и т.д. Однако у человека все гораздо сложнее: агрессивность может проявляться в асоциальности поведения, а, направленная внутрь, приводит к психосоматическим расстройствам и самодеструктивному поведению. Достаточно легко также представить, что воспитанием можно переключить «агрессию» на какой-либо вид «общественно полезной» деятельности, где человек сможет добиться выдающихся результатов. Таким образом, именно особенности внешней среды могут сделать одного и того же «агрессивного» человека (как, впрочем, и любого другого) асоциальным или одаренным, больным или здоровым, а могут и довести до суицида.

В генетике поведения человека можно использовать два принципиально разных подхода: «прямой» и «обратный» (Рисунок 3).



Рисунок 3. Упрощенная схема генетического анализа различных форм поведения человека и животных

Примечание: Серыми овалами очерчено множество разнообразных форм поведения, из которых «выуживается» какая-либо конкретная форма (или с которой может быть установлена связь какого-либо из изучаемых генов).

Методы прямого генетического анализа начинаются с изучения вариабельности какого-либо поведенческого признака и «выуживания» из имеющегося разнообразия альтернативных форм. При этом с генетической точки зрения кажется перспективным изучать не признак вообще, а его конкретные формы в конкретных средовых условиях. Безусловно, разложить такие свойства, как «интеллект» или «интроверсию», «обучаемость» или «внимание» на совокупность более простых компонентов крайне сложно. Но это представляется необходимым этапом для начала грамотного анализа. Следующим шагом является изучение характера наследования изучаемого

признака путем анализа родословных (генеалогический метод, семейный анализ). Затем ищут физиологические, биохимические и генетические маркеры той или иной формы признака.

Иногда удается связать исследуемую поведенческую характеристику с конкретным белком, изучить его функции и механизмы действия. В других случаях сначала происходит локализация гена, отвечающего за изучаемый признак (если он моногенный). Привязка конкретной формы гена (аллели) к соответствующей поведенческой характеристике, изучение первичной последовательности ДНК гена с последующим исследованием функций и особенностей распределения в организме соответствующего белка приводит к пониманию механизмов ее (характеристики) формирования.

Примером такого подхода является изучение механизмов умственной отсталости (УО) в случае фенилкетонурии (ФКУ). В целом умственная отсталость – крайне гетерогенная по своим механизмам группа заболеваний. Что касается генетических причин УО, то предполагается наличие множества генов, распределенных по геному человека и нарушающих его умственное развитие. К настоящему времени большинство таких генов локализовано в X-хромосоме [Kleefstra T., Hamel B., 2005].

Что касается конкретных форм УО, сцепленных с ФКУ, то сначала исследователи обратили внимание на связь между некоторыми типами нарушений умственного развития и выделением с потом и мочой нетипичных летучих веществ со специфическим запахом (фенилов и кетонов). Затем установили аутосомно-рецессивный тип наследования ФКУ на основе анализа родословных. Следующими этапами были: связь изучаемого типа УО с дефектом фермента фенилаланин-4-гидроксилазы, локализация соответствующего гена в 12 хромосоме человека (район *12q24.1*), изучение аллельных вариантов гена в популяциях людей, определение частот рецессивных аллелей. В результате были разработаны методы коррекции УО, методы выявления гетерозиготных носителей рецессивной аллели, разработаны схемы информирования людей о современных возможностях медицины в отношении ФКУ и связанной с ней УО. В последующем стало понятно, что помимо основного гена ФКУ (локус *PAH*) существуют гены-модификаторы, т.е. заболевание не так «моногенно», как кажется. К 1999 году было найдено более 400 мутантных аллелей по генам, детерминирующим ФКУ. Соответственно по степени выраженности заболевание можно разделить как минимум на четыре группы. Было установлено также, что ФКУ матери может способствовать проявлению УО у ее детей – гетерозиготных носителей рецессивной аллели заболевания [Scriver C., Waters P., 1999].

Относительно новыми являются методы «обратной» генетики. Они связаны с прогрессом в молекулярной биологии, биотехнологии, генной инженерии. Расшифровка последовательности ДНК генома человека позволяет, выделив какой-либо ген, сразу получить сведения о его белковом продукте. Это, в свою очередь, позволяет определить функции белка и искать его распределение в клетках различных органов и тканей. Наличие белка, например, в нервных клетках предполагает его значимость для

функционирования нервной системы, что может отражаться на особенностях поведения. Изучив вариабельность гена в популяциях человека, тканеспецифичность его экспрессии, особенности синтезируемых аллельных вариантов белковых продуктов и их распределение по организму, можно сопоставлять молекулярно-генетические особенности с поведенческими данными и таким образом определить, участвует ли данный ген в детерминации определенных форм поведения.

В будущем достижения молекулярной биологии позволят получить полные пространственно-временные карты стандартизированного нормального **генома**, а затем **транскриптома** и **протеома** человека (совокупности всех аллелей всех генов, всех РНК-транскриптов и белков, соответственно). Сравнивая молекулярно-генетические характеристики конкретного человека с «нормой», можно будет диагностировать наличие многих заболеваний, в том числе определенные поведенческие особенности.

Примером «обратного» подхода может служить одна из работ по изучению асоциального поведения человека. Для анализа был выбран ген фермента моноаминоксидазы А (МАО А), которая участвует в регуляции уровня нейромедиатора серотонина. Известно, что у человека есть две аллели гена *МАО А*: высоко- и низкоактивная. У более 950-ти детей был изучен аллельный состав гена *МАО А*. Исследование длилось с 3-х до 26-летнего возраста. Параллельно проводили анализ семейной обстановки: выделяли «жесткие» и «мягкие» условия воспитания. По достижении обследуемыми взрослости были собраны данные о частоте совершения асоциальных поступков в этой группе. Оказалось, что уровень «асоциальности» у людей гомозиготных по высокоактивной аллели и гетерозиготных не отличается от среднего по стране вне зависимости от условий воспитания в детском возрасте. В то же время он был выше у людей, гомозиготных по низкоактивной аллели, если они в детстве воспитывались в жестких условиях [Caspi A. et al., 2002]. В дальнейшем было показано, что плотность тканей некоторых отделов центральной нервной системы у них была снижена, что позволило представить пути возникновения соответствующих поведенческих аномалий.

В последнее время как прямые, так и обратные методы изучения поведения человека все более перемешиваются. На моделях животных используют методы генного «нокаута» и «условного нокаута»: полное или временное выключение гена, иногда только в определенном отделе центральной нервной системы. Этот подход открывает широкие перспективы для исследований в области генетики поведения. Растет интерес к поиску биологических и генетических маркеров не только для психических заболеваний, но и для устойчивых (личностных) особенностей поведения, умственных и эмоциональных характеристик. По данным одного из обзоров, до 1995 года таких работ насчитывались единицы. Однако с 2001 по 2008 год число их возросло более чем в 8 раз и превысило 200. При этом отмечается необходимость сотрудничества разных специалистов для комплексного анализа формирования поведения человека на всех уровнях и на всех стадиях онтогенеза [Singh I., Rose N., 2009]. Понятно, что особое внимание необходимо

уделять ранним стадиям развития, так как именно там закладываются основы будущих поведенческих особенностей человека. И, не преуменьшая роли среды в этом процессе, следует подчеркнуть, что генетические факторы – *первичная* составляющая формирования как собственно человека, так и его характера. Именно при наличии слегка различающегося генетического «пластилина» (генотипическая изменчивость) окружающая среда может слепить из него пластилиновую ворону (холерика), а может быть собаку (сангвиника), а может быть корову (флегматика), а то и просто меланхоличного ежика-интроверта.

Список литературы

1. Корочкин Л.И., Михайлов А.Т. Введение в нейрогенетику. – М.: Наука, 2000. – 274 с.
 2. Малых С.Б., Егорова М.С., Мешкова Т.А. Основы психогенетики. – М.: Эпидавр, 1998. – 356 с.
 3. Небылицын В.Д. Темперамент / Психология индивидуальных различий. Тексты; под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. – М.: Изд-во МГУ, 1982. С. 153-159.
 4. Пономаренко В.В. Генетика поведения // В кн.: Физиологическая генетика (Ред. М.Е. Лобашев, С.Г. Инге-Вечтомов). – М.: Медицина, 1976. С. 350-382.
 5. Равич-Щербо И.В., Марютина Т.М., Григоренко Е.Л. Психогенетика. – М.: Аспект Пресс, 1999. – 447 с.
 6. Стреляу Я. Роль темперамента в психическом развитии. – М.: Прогресс, 1982. – 231 с.
 7. Шевцова В.М. Гены и социальная эволюция. – Краснодар: ГУП «Каневская типография», 2004. – 280 с.
 8. Эрман Л., Парсонс П. Генетика поведения и эволюция. – М.: Мир, 1984. – 566 с.
 9. Юнг К.Г. Психологические типы. – СПб.: Ювента, 1995. – 720 с.
 10. Caspi A., McClay J., Moffitt T.E., Mill J., Martin J., Craig I.W., Taylor A., Poulton R. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children // Science. 2002. V.297. P.851-854.
 11. Galton F. Hereditary Talent and Character // Macmillan's Mag. 1865. N12. P.157-166, 318-327.
 12. Galton F. The History of Twins, as a Criterion of the Relative Powers of Nature and Nurture // J. Anthropol. Inst. 1875. N5. P. 391-406.
 13. Kleefstra T., Hamel B.C.J. X-linked mental retardation: further lumping, splitting and emerging phenotypes // Clin. Genet. 2005. V. 67. P. 451-467.
 14. Klug W.S., Cummings M.R. Concepts of genetics. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall Inc., 1997. P. 637.
 15. Scriver C.R., Waters P.J. Monogenic traits are not simple: lessons from phenylketonuria // TIG. 1999. V.15. N7. P. 267-272.
- Singh I., Rose N. Biomarkers in psychiatry // Nature. 2009. V.460. N9. P. 202-207.

Психическая травма» в детском возрасте как проблема клинической психологии

Т. В. Егоркина

Переживания человека в экстремальных ситуациях в психологической науке описываются преимущественно с использованием понятий стресса и психической травмы. При этом теоретические представления об этих явлениях, несмотря на большое количество эмпирических исследований, развиты недостаточно.

Наиболее общим концептом для обозначения процессов реагирования на чрезвычайные условия среды является стресс. Г. Селье [1979] определяет стресс как неспецифическую реакцию организма на ситуацию, которая требует большей или меньшей функциональной перестройки организма с целью самосохранения. Любая новая жизненная ситуация вызывает стресс, но далеко не каждая является экстремальной.

Стресс также понимается как функциональное состояние организма, возникающее в результате внешнего отрицательного воздействия на его психические функции, нервные процессы или деятельность периферических органов. К действию экстремальных и повреждающих факторов наиболее чувствительным оказывается эмоциональный аппарат, который первым включается в стрессовую реакцию, что связано с вовлечением эмоций в архитектуру любого целенаправленного поведенческого акта и именно в аппарат акцептора действия [Анохин П.К., 1973, цит. по Исаев Д.Н., 2004, С. 68].

В литературе отсутствует четкое общепринятое определение понятия «психическая травма». Под психической травмой большинство исследователей понимают тяжелые индивидуальные переживания, в центре которых находится определенное эмоциональное состояние. Эти переживания играют основную роль в этиопатогенезе, клинике и течении нервно-психических заболеваний [Канторович Н.В., 1967; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В., 1989 и др.].

Существуют разные подходы к определению ситуации как травматичной и потенциально патогенной, но большинство авторов соглашается в том, что это событие, выходящее за пределы привычного опыта, разрушающее сложившуюся картину мира [Бермант-Полякова О.В., 2006, Решетников М.М., 2006]. Обобщая разные воззрения, В.М. Кровяков [2006] предлагает понимать под психической травмой информационный «удар», в результате которого интегративные механизмы психики насильственно прерываются, нарушается ее системность. Вследствие воздействия психической травмы происходит внезапное нарушение, дезинтеграция структур, которые обеспечивают целостность психики и ее способность адекватно отражать реальность. Для психической травмы характерны: 1) внезапность, исключительность возникновения; 2) чрезмерность психических реакций; 3) интенсивность расстройств психических функций.

Травмирующие переживания, с одной стороны, являются следствием неадекватности сформированной системы отношений личности складывающейся ситуации, с другой – побудительной силой для трансформации этой системы в результате нового опыта. Такая трансформация отношений личности может обеспечить новое качество адаптации.

Литература, посвященная кризисным и экстремальным ситуациям и их последствиям для функционирования личности, весьма обширна. Описаны теории и методы оказания психологической помощи людям как непосредственно во время экстремальной ситуации, так и по прошествии времени. Основное внимание как в медицинской, так и в психологической литературе уделяется посттравматическому стрессовому расстройству. Ю.П. Тимофеев и М.Х. Эжиева [2006] на основе анализа литературы заключают, что исследования посттравматических стрессовых состояний личности начались во второй половине XIX века. Преимущественное внимание уделялось тогда комбатантам, участника боевых действий. Только во второй половине XX века проявился интерес к состоянию мирных жителей, оказавшихся на территории локального вооруженного конфликта. Удивительно, но непосредственно после Второй мировой войны такого рода исследования не проводились, несмотря на огромное количество жертв среди мирного населения.

В последние десятилетия достаточно глубоко исследовались медицинские и психологические аспекты острых стрессовых реакций, обусловленных боевыми действиями, стихийными бедствиями, техногенными катастрофами, в частности значение этих реакций для личности в отдаленном периоде. Результаты этих исследований были оформлены в понятие посттравматического стрессового расстройства. Установлено, что ПТСР развивается у 3-10% людей, переживших чрезвычайные события [Решетников М.М., 2006]. Исследование клинко-психологических проявлений этого расстройства позволило ввести соответствующую рубрику в МКБ-10. Однако представления о характере и специфике латентных нарушений, обусловленных переживанием стресса, к настоящему времени разрозненны и фрагментарны.

Событие, которое способно привести к развитию ПТСР, по умолчанию считается экстремальным. При этом если рассматривать как экстремальные события, выходящие за пределы обычного опыта и нарушающие интегрированность и привычные способы реагирования личности, особого внимания заслуживают проблемы реадaptации и восстановления нарушенной целостности личности после пережитой травмы. К сожалению, однако, этот вопрос остается недостаточно изученным. В литературе рассматриваются варианты течения ПТСР и эффективность различных методов его лечения, изучаются типы личности, в большей или меньшей степени предрасположенные к развитию ПТСР. Вместе с тем состояния, не вписывающиеся в клиническую картину расстройства и не достигающие уровня патологии, а также изменения личности и системы ее отношений в результате перенесенного расстройства практически не включены в сферу исследовательской работы.

Одна из возможных причин этого – недостаток катamnестических сведений, отсутствие масштабных проектов, использующих большие выборки, нацеленность всего методического аппарата на выявление признаков ПТСР, что приводит к констатации наличия или отсутствия этого расстройства, но не отражает прочих изменений.

В DSM-IV «травматическое событие» определяется как такое, в котором «человек переживает, является свидетелем или сталкивается с событием или событиями, которые предполагают угрозу смерти или смерть, серьезные увечья или угрозу целостности его самого или других» [DSM-IV, 1994]. Второй критический компонент в травматическом событии – «реакции человека включают интенсивный страх, беспомощность или ужас». В рамках DSM-IV травма связана с двумя специфическими диагнозами: острое стрессовое расстройство (ОСР) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Критическим фактором для развития ПТСР является безусловная опасность события. Если происшествие не сопровождалось чувством страха, беспомощности или ужаса, то развитие ПТСР маловероятно [Решетников М.М., 2006].

В клинической картине ПТСР, как правило, выделяют три основные группы симптомов: а) симптомы повторного переживания, б) симптомы избегания, в) симптомы повышенной возбудимости [Волошин М.В., 2004; Бермант-Полякова О.В., 2006; Тарабрина Н.В., 2007].

М.М. Решетников [2006] предлагает несколько возможных объяснений того факта, что не все даже мощные психические травмы провоцируют развитие ПТСР:

1) психическая травма – это не внешнее событие, а его психическая репрезентация (это нашло отражение в изменении классификационно-диагностического подхода: в DSM-III психическая травма описывалась как «чрезвычайное внешнее явление», а DSM-IV апеллирует к «психологическому отклику индивида на травмирующее его событие»);

2) чем тоньше и сложнее психическая организация индивида, подвергнувшегося психической травме, тем больше вероятность развития ПТСР;

3) особую роль играют культура и религиозные представления, доминирующие в социуме, а также уровень психотерапевтической культуры населения.

Самостоятельную область исследований посттравматических состояний составляют работы по оценке последствий чрезвычайных ситуаций для психического здоровья детей. В. Pfefferbaum в 1997 году в журнале Американской академии детской и подростковой психиатрии опубликовала статью, которая была посвящена обзору литературы по проблемам ПТСР у детей за последние 10 лет. Было показано, что исследовались дети, столкнувшиеся с самыми разными видами травматического опыта. Сведения о распространенности этого расстройства ограничены, в основном изучается его феноменология и коморбидная симптоматика. Выявлены факторы, которые влияют на характер реакции на травму, включая особенности стрессора, индивидуальные характеристики (пол, возраст, уровень развития,

психиатрический анамнез), характеристики семьи, культуральные факторы. В. Pfefferbaum делает вывод о том, что в то время как проявления и факторы риска ПТСР изучены достаточно глубоко, мало известно о прогнозе развития ПТСР, его последствиях для дальнейшего психического развития детей и подростков, эффективности различных методов лечения и биологических коррелятах этого состояния.

В. Perry, один из ведущих американских исследователей детской психотравмы и ее эффектов, пишет о том, что каждый год в США примерно пять миллионов детей переживают в той или иной форме травматический опыт. Более чем два миллиона из них – жертвы физического и/или сексуального насилия. Еще миллион живет в подавляющей атмосфере домашнего насилия. Природные бедствия, автомобильные аварии, угрожающие жизни состояния, болезненные процедуры, свидетельство насилия – все это может оказать травматическое влияние на ребенка. Ко времени совершеннолетия (к 18-ти годам) вероятность того, что ребенок был непосредственно затронут проблемой насилия, равна приблизительно один к четырем [Perry B.D., 2003].

Травматические события в детстве увеличивают риск возникновения поведенческих девиаций (например, ранняя половая жизнь, употребление наркотиков, школьная неуспеваемость, антисоциальное и виктимное поведение), психических расстройств (ПТСР, диссоциативные расстройства, навязчивые состояния) и соматических заболеваний (сердечные заболевания, бронхиальная астма и др.).

Для большинства детей, как и для взрослых, реакцией на психическую травму становится неспецифическое возбуждение на фоне сужения сознания. После окончания травматического воздействия ребенок начинает «осваивать» случившееся, пытаясь придать ему смысл. Для этого используются различные когнитивные приемы, поскольку событие обычно противоречит всему обыденному опыту личности [Бермант-Полякова О.В., 2006]. Пережитое периодически воспроизводится в сознании; вторжение связанных с травмой образов сопровождается эмоциональными реакциями. Эти феномены переживания (повторного переживания) проявляются в бесконечном повторении истории друзьям или близким. Ребенок может воспроизводить фрагменты пережитого в играх и рисунках, эти фрагменты могут становиться содержанием повторяющихся сновидений. Так формируются воспоминания о травме. Эти воспоминания включают в себя не только когнитивные образования (кто, что, когда, где), они становятся фрагментами опыта и представляют собой сложные аффективно-когнитивные новообразования (страх, ужас, печаль, моторно-вестибулярные ощущения, вегетативные реакции) [Herman J.L. et al., 1992].

В руководстве по кросс-культуральной психологии приводятся результаты многих исследований, проведенных в зонах военных конфликтов или стихийных бедствий. Результаты эти, однако, довольно противоречивы – примерно в половине исследований у детей обнаружены признаки ПТСР, в других же исследованиях были получены свидетельства улучшения психического функционирования, повышения моральных стандартов,

самооценки, эффективности совладания со стрессом [Children in particularly difficult circumstances, 2006].

Наиболее обоснованным объяснением того факта, что ПТСР довольно редко наблюдается у детей, подвергшихся воздействию экстремальных условий, представляется то, что родители способны обеспечивать относительную безопасность детям, оказывают им психологическую поддержку. Так, в кросс-культурном исследовании детей в условиях войны показано, что «большинство детей могут справляться с ужасающим опытом и высоким уровнем стресса, если у них есть доверительные отношения с родителями или замещающими их лицами и если эти взрослые могут выполнять функции психологической поддержки» [Garbarino J., Kostelny K., Dubrow N., 1991a, p. xxi].

Аналогичное психопрофилактическое воздействие оказывает поддержка сообщества. В ряде исследований показано, что культуральные факторы, такие как общие идеологические ценности и установки в группе и внешняя по отношению к группе враждебность, помогают облегчить переживания стресса [Bolton P., Ndogoni L., 2000; Macksoud M.S., 2000].

Общим фактом, установленным в кросс-культурных исследованиях, является то, что действие в экстремальных ситуациях всегда оказывается более эффективным, чем бездействие. В этих обстоятельствах активное участие даже в ужасных событиях может уменьшить чувство беспомощности и дать ребенку чувство силы и цели. В качестве примера можно привести палестинских детей, участвовавших в восстании, южно-африканских детей, противостоящих апартеиду, детей, участвовавших в стычках в Северной Ирландии, детей в Центральной Америке и Африке, которые были заинтересованы в изменении политической ситуации [Garbarino, J., Kostelny K., Dubrow N., 1991].

Продемонстрировав значимость культуральных факторов в устойчивости к стрессу, кросс-культуральные исследования показали также, что способность к восстановлению нормального функционирования, как и уязвимость, динамичны [Rutter M., 1990]. Исследование детей во время войны привело к пониманию того, что защитные механизмы формируются не при отсутствии стресса, но как иммунный ответ, в повторяющихся и возрастающих «дозах» воздействия. Это предполагает, что дети в высокострессовых обстоятельствах (окружении) учатся с ними справляться.

Высокий адаптационный потенциал детей и подростков, связанный с несформированностью жестких систем установок, «незавершенностью» системы отношений и ее недостаточной целостностью, иллюстрирует возможности конструктивного преодоления личностью экстремальных ситуаций. Характерно, что в современной литературе работы, посвященные патологическим последствиям психотравматизации, постепенно дополняются исследованиями, свидетельствующими о принципиальных возможностях для личностного роста в высокострессовых условиях.

Так, например, R. Tedeschi, L. Calhoun [2004, 2010] подчеркивают, что стрессовые события жизни могут вызвать посттравматический рост (посттравматическое развитие) – «позитивные психологические изменения,

переживаемые в результате преодоления чрезвычайных жизненных обстоятельств» [Tedeschi R.G., Calhoun L.G., 2004, p. 1]. Эти исследователи были одними из первых, кто обратил внимание на возможность позитивных изменений вследствие преодоления психической травмы. Авторы разработали общую модель этого процесса, проанализировали условия, в которых такие позитивные изменения возможны с наибольшей вероятностью.

Авторы концепции посттравматического развития считают необходимым подчеркнуть, что вовсе не склонны рассматривать травму саму по себе как некое благо. Напротив, очевидно, что психическая травма может иметь неблагоприятные последствия вплоть до психической патологии. Однако довольно часто (хотя, конечно, и не всегда) преодоление этих последствий приводит к позитивным изменениям личности [Handbook of posttraumatic growth, 2006], включая усиление переживания ценности жизни в целом, более наполненные, осмысленные межличностные отношения, увеличение ощущения личностной силы, изменение приоритетов, более насыщенную экзистенциальную и духовную жизнь.

В модели посттравматического развития акцентируется внимание на том, что событие должно быть настолько мощными, чтобы заставить человека пересмотреть свои базовые представления о том, кто он сам, каковы люди вокруг него, в каком мире он живет, какое будущее для него возможно. В этом переосмыслении кроются основы новых перспектив для всех этих направлений и ощущение того, что был получен болезненный, но значимый урок. С точки зрения нарративного подхода история жизни человека оказывается поделенной на «до» и «после» [McAdams, 1993; Tedeschi R., Calhoun L., 2004].

Травма заставляет задавать вопросы и переоценивать многие базовые представления. Эта переоценка, модификация и перестройка базовых идей и представлений о мире и относятся к полю, которое может быть задействовано в клиническом контексте. Именно из-за нарушения системы фундаментальных представлений, которая обеспечивала структуру и смысл жизни, мы видим дистресс и рост сосуществующими после травмы [Ялом И., 1999].

Судя по всему, посттравматическое развитие и уровень дистресса/комфорта относятся к разным измерениям. Это соотносится с клинической практикой, поскольку люди, переживающие значимые уровни посттравматического развития, далеко не всегда демонстрируют соответствующее снижение уровня дистресса и увеличение благополучия.

Тематика личностных изменений в результате преодоления последствий травматической ситуации более близка экзистенциальному и гуманистическому подходу, чем традиционно медицинскому. Однако одним из направлений развития знаний о психической травме в широком смысле является интеграция представлений о возможных вариантах посттравматических изменений личности – как негативных, болезненных, так и потенциально позитивных, поэтому концепция посттравматического развития может стать существенной частью интегративного подхода к психологической помощи лицам, пережившим психическую травму.

Список литературы

1. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия. – СПб.: Речь, 2006. – 248 с.
 2. Волошин М.В. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство (клинико-терапевтические аспекты): Пособие для врачей. – М., 2004. – 231 с.
 3. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. – СПб.: Речь, 2004. – 384 с.
 4. Канторович Н.В. Психогении. – Ташкент: Медицина УзССР 1967. – 263 с.
 5. Кровяков В.М. Психотравматология. – Екатеринбург: Изд-во УМЦ УПИ, 2006. – 441 с.
 6. Решетников М.М. Психическая травма. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. – 322 с.
 7. Селье Г. Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, 1979. – 348 с.
 8. Тарабрина Н.В. (ред.) Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. – М.: Когито-Центр, 2007. – 208 с.
 9. Тимофеев Ю.П., Эжиева М.Х. Основные психологические направления в изучении посттравматических стрессовых состояний личности // Вестник Астраханского государственного технического университета. 2006. №5. С. 283-292.
 10. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1989. – 192 с.
 11. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Класс, 1999. – 576 с.
 12. Bolton P., Ndogoni L. Cross-cultural assessment of trauma-related mental illness. – CERTI Publications, 2000.
 13. Children in particularly difficult circumstances. Handbook of Cross-Cultural Psychology. Vol. 2. Basic Processes and Human Development // Ed. Berry J.W., Dasen P.R., Saraswathi T.S. – Boston, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore: Allyn and Bacon, 2001.
 14. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
 15. Garbarino J., Kostelny K., Dubrow N. No place to be a child: Growing up in a war zone. – Lexington, MA: Lexington Books, 1991.
 16. Handbook of posttraumatic growth. Research and practice / Ed. by Calhoun L.G., Tedeschi R.G. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 2006.
 17. Herman J.L., Perry J.C., van der Kolk B.A. Childhood trauma in borderline personality disorder // American Journal of Psychiatry, 1989. N146. P. 490-495.
 18. Macksoud M.S. Helping children cope with the stresses of war: a manual for parents and teachers. – New York: UNICEF, 2000.
 19. McAdams D.P. The stories we live by: Personal myths and the making of the self. New York: Morrow, 1993.
 20. Perry B.D. Effects of Traumatic Events on Children. – The ChildTrauma Academy, 2003. (www.ChildTrauma.org)
 21. Pfefferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, N36[11], 1997. P. 1503-1511.
 22. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms // Risk and protective factors in the development of psychopathology / Eds. J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Neuchterlein, S. Weintraub. – Cambridge: Cambridge University Press, 1990. P. 181-214.
 23. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence // Psychological Inquiry. 2004. V.15. P. 1-18.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Beyond recovery from trauma: implications for clinical practice and research - Thriving: Broadening the Paradigm Beyond Illness to Health // Journal of Social Issues. 2010. V. 54. Issue 2. P. 357-371.

Роль стресса в генезе психических расстройств. Взгляд физиолога

О. Г. Кенунен

Что такое психическая патология? Как ответить на этот вопрос, если нет ни отчетливого понимания, что такое психическая норма, ни даже что такое психика вообще [Аллахвердов В.М., 2009]?! Может быть, это то, что проявляется нарушениями поведения и зависит от оценки и представлений о «норме» у окружающих? Или это субъективное переживание собственных взаимоотношений с окружающим миром, вызывающее страдание? Ответа пока нет, а проявлений того, что мы определяем как психическую патологию, вокруг все больше, и количество нервно-психических заболеваний в условиях непрерывно ускоряющейся и усложняющейся жизни человечества неуклонно растет. При этом несовершенство классификации психических расстройств продолжает оставаться одной из центральных проблем в психиатрии, о чем свидетельствует хотя бы регулярный пересмотр классификаторов психических болезней. Обусловлено это в первую очередь тем, что этиология большинства этих заболеваний по-прежнему остается загадкой. Причиной же тому, словами Ю.Л. Нуллера, является «заколдованный круг: выявлению механизмов заболевания препятствует отсутствие адекватных диагностических критериев, а такие критерии должны быть основаны на знании этих патогенетических механизмов» [Нуллер Ю.Л., 1993, с. 14]. Неудивительно, что возрастающая потребность в помощи при таких состояниях значительно повышает интерес к устройству и работе мозга в норме и при патологии. Осознание этой необходимости и поразительные успехи нейронаук за последние 15-20 лет привели к тому, что был преодолен традиционный скептицизм клиницистов в отношении возможности изучения биологических основ психической патологии в экспериментальных исследованиях на животных. Действительно, в силу понятных причин только в эксперименте можно всесторонне изучать мозговые функции, ключевые моменты взаимодействия организма с окружающей средой и выявлять факторы, приводящие к их нарушениям и развитию дезадаптации, которая и проявляется в виде разнообразных заболеваний. Потенциал экспериментальных нейронаук возрастает и в связи с тем, что сегодня стрессу и порождаемой им тревоге, которая еще недавно рассматривалась как сопутствующий симптом в структуре ряда психических заболеваний, отводят роль пускового механизма в развитии основных, если не всех, видов психических расстройств. Сейчас с этих позиций интенсивно изучаются не только посттравматические и тревожные состояния, но и депрессия и шизофрения.

Существенно, что в отношении причин этих видов патологии уже не рассматривается альтернатива – генетика или среда. Очевидно, если при современном развитии науки до сих пор не выявлены специфические гены шизофрении, депрессии или какого-либо из тревожных расстройств [Merikangas K.R., 2005], скорее всего, их просто нет. Точнее говоря, эти

заболевания не относятся к моногенным, но это не исключает роли генетических факторов в их развитии. Абсолютное большинство поведенческих реакций имеют в своей основе сложнейшую последовательность взаимоотношений элементов нервной ткани. В их формировании задействованы различные нейрохимические процессы, развитие и становление их происходит под контролем множества генов и их взаимодействия. Сегодня, когда широко признана роль как генетических факторов, так и факторов внешней среды, в том числе воспитания, в формировании сложных черт личности и поведения человека в целом, вопрос заключается в том, как генетические и средовые факторы **взаимодействуют**, и особенно, формируя поведенческий фенотип в течение раннего периода развития мозга. Постоянно появляются все новые данные, свидетельствующие о том, что генетически обусловленные изменения выраженности продукции и функционирования разнообразных белков, регулирующих деятельность нейромедиаторных систем (например, рецепторы, ионные каналы, транспортеры и ферменты синтеза и метаболизма), связаны со сложными поведенческими характеристиками [Lesch K. P., 2005]. Проявляться эти изменения могут только при определенных условиях взаимодействия организма со средой, особенно в условиях стресса. Таким образом, исследование роли стресса в развитии психических расстройств по-прежнему остается в центре внимания [Nesse R.M., 1999; Bremner J.D., Vermetten E., 2001; McEwen B.S., 2003].

С тех пор как Г. Селье описал неспецифический адаптационный синдром, термин «стресс» широко вошел не только в научный, но и в обывательский лексикон. Литература, посвященная изучению различных аспектов стресса, поистине необозрима. Под стрессом чаще всего понимают неблагоприятные воздействия на организм и их последствия, хотя сам автор термина определял его как «неспецифический ответ организма на любое предъявляемое к нему требование» [Selye H., 1974]. Между тем эти требования или «давление среды» часто служат приобретению новых форм поведения и/или развитию организма в целом. Так, И.А. Аршавский [1975] рассматривал физиологический стресс в раннем постнатальном онтогенезе в качестве необходимого фактора нормального развития (например, причина «избыточного анаболизма»). В научной литературе авторы все чаще вынуждены уточнять, что именно имеют в виду под термином «стресс».

Стресс – это многокомпонентный, хорошо координированный ответ организма на потенциально повреждающее воздействие, направленный на поддержание гомеостаза. Реакция всегда комплексная и носит адаптивный характер. Она включает изменения со стороны различных нейрохимических и функциональных систем и поведения в целом. Выраженность этих изменений при действии стрессогенных факторов и, соответственно, выраженность стресса могут значительно варьировать у разных индивидов во внешне сходных обстоятельствах. Многочисленные исследования показывают, что стрессовая реакция зависит как от характера и интенсивности внешних воздействий, так и от их значимости для организма, его состояния и предыдущего опыта, а также в

значительной степени от контролируемости или неконтролируемости действия стрессоров [Thierry B. et al., 1984; Koolhaas J.M. et al., 1999].

Пониманию роли и последствий переживания стресса способствовало дальнейшее развитие теории стресса в работах В. McEwen [1998], который разработал концепцию аллостаза и ввел понятие аллостатического груза. Для обеспечения устойчивости гомеостатических констант организм реализует реакции стресса через изменение работы и функционального состояния отдельных органов и целых физиологических систем (аллостаз и аллостатическое состояние), затрачивая при этом значительное количество энергетических ресурсов. По окончании однократного действия стрессора происходит возврат к исходному уровню функционирования. Однако в случаях частого или хронического действия стрессоров такого восстановления не происходит, а вынужденные изменения накапливаются (аллостатический груз), что и приводит в итоге к развитию разного рода заболеваний. В. McEwen видит в этом механизм развития как соматической, так и психической патологии. Его взгляд получил широкую поддержку и распространение. Однако еще раньше Ю.Л. Нуллер [1993] высказывал сходную гипотезу относительно причин и механизма развития психических заболеваний. Таким образом, в разных вариантах формулируется идея о том, что стресс, как спираль, «закручиваясь» все туже, приводит к развитию патологических изменений в организме и поведении.

К настоящему времени накоплено огромное количество данных поведенческих, нейрофизиологических, морфологических и нейрохимических исследований стресса. При этом наблюдения, сделанные на животных, часто служат направляющими для исследований человека. В настоящей работе предпринята попытка на основании анализа этих данных (ничтожно малой их части) выстроить гипотетическую схему развития психической патологии у человека.

Стрессорные воздействия принято делить на физические и психосоциальные. Первоначально при изучении реакций стресса в условиях эксперимента на животных акцент делался на оценках влияния именно физических стрессоров. Позднее, когда все интенсивнее стали изучать поведение животных в условиях естественного обитания (что позволило полнее и адекватнее оценивать роль и влияние природных стрессоров и вызываемые ими изменения в поведении [по Nesse R.M., 1999]), стало понятно, что не меньшее (а скорее большее) значение и силу имеют психологические стрессоры, причем как для человека, так и для животных. Сегодня к наиболее мощным стрессорам относят фактор новизны, лишение награды и ожидание наказания, но не само наказание [Rhudy J.L., Meagher M.W., 2003а,б; по Bonne O. et al., 2004].

При однократном выраженном стрессорном воздействии ответ возникает немедленно в виде защитных реакций страха, которые направлены на поддержание или восстановление контроля над ситуацией, то есть на выживание и адаптацию. Основные формы защитного поведения (бегство, борьба, замирание, тоническая иммобилизация, позы подчинения), а также

гипоалгезия [Amit Z., Galina Z.H., 1988] и вегетативные реакции описаны у животных при столкновении жертвы с хищником или в общем случае в стрессовых, авersive ситуациях. Выделяют также виды поведения, которые рассматривают как упреждающие защитные реакции. К ним относят избегание незнакомых объектов и территорий, открытого освещенного пространства у грызунов, а также своеобразное поведение, «связанное с оценкой риска». Все эти реакции и формы поведения являются продуктом эволюции и имеют гомологи и в поведении человека [Misslin R., 2003].

При воздействии разнообразных неблагоприятных факторов не только для человека, но и для животных существенное и даже, вероятно, большее значение, чем физические характеристики этих факторов, имеет их когнитивная оценка. Именно она часто и определяет выраженность реакций стресса [Koolhaas J.M. et al., 1999]. Если в результате взаимодействия со стрессором достигается «контролируемость» ситуации, например, животное обучается поведению, с помощью которого оно избегает или прекращает воздействие стрессора (нажимать на рычаг, крутить колесо, перебежать с платформы на платформу, закапывать наносящий раздражение электрод), то при последующих воздействиях того же стрессора развивается хабитуация нейроэндокринных и вегетативных ответов. Изменения в поведении, приведшие к этому, закрепляются, а нейрональные механизмы, лежащие в их основе, консолидируются – образуется новая форма поведенческой реакции [Wotjak C.T., 2005]. Связанные же со стрессорным воздействием сенсорные стимулы приобретают сигнальное значение и в будущем вызывают тревогу – защитную реакцию, которая позволяет «работать на опережение» и избежать или подготовиться заранее к аналогичной ситуации. При действии неконтролируемых (неизбегаемых) стрессоров выраженность стресса оказывается значительно выше [по Wechsler B., 1995; по Bonne O. et al., 2004]. При их повторном (и особенно с коротким перерывом) предъявлении поведенческие, нейроэндокринные и вегетативные реакции на них могут усиливаться [Pinto-Ribeiro F. et al., 2004; Wiedenmayer C.P., 2004] и стать причиной развития различных соматических заболеваний или психопатологических состояний.

Условнорефлекторная парадигма является одной из наиболее распространенных при изучении причин возникновения и развития психической патологии. С позиций формирования классического условного рефлекса рассматриваются многие тревожные расстройства и особенно фобии, навязчивости и посттравматическое стрессовое расстройство [Stam R. et al., 2000; по Bonne O. et al., 2004]. Так, стадия генерализации при формировании временных связей может способствовать тому, что защитные реакции тревоги и страха будут возникать не только в ответ на стимулы и ситуации, вызвавшие стресс, но и на другие, второстепенные, в том числе случайные. При нарушениях последующей стадии дифференцировки возможно возникновение различных форм неадекватного поведения. Именно такой механизм предполагают в основе развития посттравматического стрессового расстройства [Bonne O. et al., 2004]. Учитывая, что условные рефлексы могут

формироваться и на стимулы подпороговой интенсивности, можно предположить, что аналогичный механизм лежит в основе возникновения и таких видов тревожных расстройств, как панические атаки и клаустрофобия. В этих случаях сигнальный характер для вызова реакций стресса могут приобретать висцеросенсорные (осознаваемые или неосознаваемые) стимулы, например, изменение частоты сердечных сокращений, повышение уровня CO₂ или лактата в крови.

Существенно, что тревожные расстройства у человека включают не только поведенческие проявления неадекватного страха, но также и реакции на когнитивные оценки этого поведения. Например, человек, страдающий социальной фобией, испытывает дискомфорт от видимых другим людям проявлений вегетативных симптомов своего страха и тем более пытается избегать стрессогенных ситуаций. Часто возникает «страх страха», переживаемого в связи с конкретными ситуациями. На этой почве формируются различные поведенческие ритуалы, которые могут перерасти в навязчивости. Эти когнитивные реакции в значительной степени определяются средовыми влияниями, включая культурально обусловленные (воспитание и образование) и социально-экономические [Lupien S. J. et al., 2005]. Предполагают, что в ряде случаев, в отличие от умеренно выраженной и быстро проходящей тревожной реакции на стрессорные воздействия в условиях нормы, при тревожных расстройствах (включая генерализованную тревогу, паническое и посттравматическое, обсессивно-компульсивное расстройства) именно они могут быть причиной формирования устойчивого патологического состояния. Формирующаяся при этом хроническая дисфункция мозговых систем, обеспечивающих адаптивное поведение, при отсутствии коррекции и лечения может прогрессивно усугубляться [Hirsch C. R., Holmes E. A., 2007; Spokas M. E. et al., 2007].

Условнорефлекторная парадигма не является единственной при изучении причин возникновения и развития психических расстройств. Исследования, проводимые в рамках других экспериментальных подходов, предоставляют множество фактов, анализ которых полезен для понимания процессов, ведущих к развитию различных видов патологии у человека, и, следовательно, для противодействия им.

По окончании действия авersiveв стимулов самого разного характера в поведении животных регистрируются достаточно длительные изменения, квалифицируемые как проявление тревоги. После однократного стрессирования повышенная тревожность (выявляемая с помощью общепринятых тестов) отмечается в течение 2-28 дней [van Dijken H.H. et al., 1992]. Мы наблюдали такие изменения поведения у мышей в тестах «открытое поле» и «темно-светлая камера» через 40 дней после однократного принудительного (неизбегаемого) плавания в течение 4 минут в холодной (11°C) воде. На длительность этого «последствия» влияют не только интенсивность стресса, но и другие факторы, в частности, содержатся ли животные в послестрессовый период в группе с другими животными или изолированно. Показано, что в последнем случае изменения в поведении

сохраняются значительно более длительно [по Wiedenmayer С.Р., 2004], а присутствие соплеменников оказывает благоприятное влияние на выход из состояния стресса [Ruis M.A. et al., 1999; по DeVries A.C. et al., 2003]. Интересно, что и у животных, находящихся в естественных условиях, поведенческие изменения после однократного стресса отмечаются в течение более короткого периода времени [по Wiedenmayer С. Р., 2004]. Параллели в отношении человека очевидны. Более того, известно, что социальная изоляция является более сильным фактором повышения заболеваемости и смертности по сравнению с табакокурением, ожирением, гипертензией и физической активностью. У семейных людей депрессия развивается реже, чем у одиноких, а смертность от различных заболеваний ниже (у женщин на 50%, а у мужчин в 2,5 раза) [Roblesa T.F., Kiecolt-Glaser J.K., 2003].

Итак, стресс имеет своим последствием развитие тревоги. Но тревога, в свою очередь, сама повышает чувствительность к стрессорным воздействиям. Об этом свидетельствуют многочисленные экспериментальные данные о влиянии на выраженность реакций стресса как анксиогенных препаратов [Kepler K.L., Vodnar R.J., 1988; Кенунен О.Г. с соавт., 2004], так и предварительного стрессирования животных [Bowers W. J. et al., 1999]. Существенно, что животные при этом становятся более чувствительными к другим, новым, видам воздействий, и это обнаруживается в новых условиях, даже если, судя по изменениям со стороны гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГНС), реакция на повторное воздействие первого стрессора уменьшается [Belda X. et al., 2004]. В этих условиях не только значительно повышается чувствительность к аверсивным стимулам, но и обостряется сама оценка аверсивности раздражителей. Так, у крыс, предварительно подвергшихся стрессированию электрораздражением, количественное уменьшение пищевого подкрепления начинает вызывать реакции стресса [Bowers W.J. et al., 1999].

Установлено, что у здоровых людей экспериментально вызванная тревога (разными способами: показом неприятных или пугающих изображений, ожиданием или получением электрического раздражения) приводит к усилению реакции быстрого закрывания глаз, одного из основных компонентов стартл-рефлекса [по Misslin R., 2003], и к повышению порогов болевого восприятия (гипоалгезии). Любопытно, что у участников такого эксперимента, ощущавших страх, но относившихся к испытанию с юмором (контролируемость стресса?), гипоалгезия не выявлялась [Rhudy J.L., Meagher M.W., 2003а,б].

Таким образом, однократный острый, но интенсивный, и тем более неконтролируемый стресс может приводить к генерализации стресс-ответов и повышать чувствительность к широкому спектру разнообразных стимулов, не имеющих прямого отношения к начальному раздражителю. У животных такие изменения выявляются в течение длительного времени после острого интенсивного стресса, однако к еще большим и более длительным изменениям приводит многократно повторяющееся через короткий промежуток времени воздействие стрессора умеренной интенсивности. Когда это происходит,

повышенная реактивность приводит к тому, что уже обычные повседневные жизненные события могут приводить к частой и интенсивной активации систем стресса и усилению защитных реакций. Недаром о тревожных больных говорят, что «они буквально ходят по миру, бдительно выискивая признаки беды».

Поведенческие защитные реакции, с одной стороны, являются продуктом эволюции, они одинаковы у животных разных видов (от мыши до человека). С другой стороны, имеет место их выраженная индивидуальная вариативность в одних и тех же аверсивных ситуациях. Поведенческая стратегия, преимущественно используемая животным при стрессе (копинг-стиль), является устойчивой, генетически детерминированной характеристикой [Wechsler B., 1995; Erhard H.W. et.al., 1999]. Несмотря на разные определения понятия «копинг» и подходы к оценке «копинг-стратегии», все авторы сходятся в том, что альтернативные стили поведения у животных («активный - пассивный», «проактивный - реактивный») сложились под давлением эволюции видов и их наличие биологически оправдано. В то же время каждый из альтернативных стилей может оказаться непродуктивным для адаптации в определенных условиях, и это может объяснить индивидуальные различия в подверженности заболеваниям, связанным со стрессом. Драматическими примерами тому служат описания гибели субординантных самцов разных видов в результате длительного социального стресса, вызванного присутствием доминантного самца, подчеркнем, ситуацией, далекой от естественной, где подчиненный самец просто покидает территорию более сильного конкурента. В экспериментальных же условиях, когда такой возможности нет, например, некоторые самцы тупайи почти постоянно сидят в углу клетки, практически не реагируя на внешние раздражители. У них отмечается повышенный уровень глюкокортикоидов в крови, прогрессивное снижение веса тела, и в течение 2-20 дней они погибают.

С точки зрения вопроса о причинах и механизмах развития психической патологии весьма интересен и другой пример, теперь уже «продуктивного» варианта адаптации. Развитие различных видов стереотипного поведения у домашних или у содержащихся в неволе животных также рассматривают как следствие невозможности справиться с неблагоприятными ситуациями с помощью нормального поведения, а сами стереотипии – как вариант успешного копинга, поскольку на их фоне снижается выраженность физиологических проявлений стресса [по Wechsler B., 1995].

Со времен Г. Селье основными показателями стресса считают изменение параметров деятельности ГГНС и симпато-адреналовой системы. И хотя все стрессоры вызывают активацию обеих систем, степень изменения вегетативных и гормональных показателей, соотношение этих изменений и их развитие во времени зависят от многих факторов. Повышение артериального давления и частоты сердечных сокращений опережают повышение секреции глюкокортикоидных гормонов, как это показано, например, при исследовании здоровых добровольцев в условиях психологического стресса, связанного с публичным выступлением [Gispens-de Wied C.C., 2000]. У животных разные стили поведения при стрессе коррелируют с разными паттернами этих

изменений. Активный копинг у представителей разных видов сопровождается более высокой реактивностью симпатической системы на фоне умеренного повышения кортикостероидов в плазме крови. Показано, что у этих животных увеличен риск развития гипертензии и атеросклероза. Однако повышение артериального давления никогда не наблюдается после неконтролируемого стресса, но патология со стороны сердечно-сосудистой системы, отмечаемая у доминантных самцов, сопутствует угрозе потери контроля над ситуацией [Koolhaas J.M. et al., 1999]. Пассивный стиль поведения характеризуется сдвигом вегетативного баланса в сторону парасимпатической системы и более выраженной реакцией ГГНС. Как показано при использовании принудительного плавания (модели, широко применяемой для изучения стресса и отбора антидепрессантов), у крыс, проводящих значительную часть времени тестирования в состоянии иммобилизации, повышение уровня гормонов стресса не только более выражено, но и сохраняется в течение более длительного времени по окончании тестирования, чем у более активных в этом тесте животных [Rittenhouse P.A. et al., 2002].

Генетическая детерминированность не исключает и существенного влияния других факторов на тип поведения животных при стрессе. Важную роль играет индивидуальный опыт. Так, одним из последствий неизбежности (неконтролируемости) стресса является давно уже описанный М. Seligman [1968] феномен «выученной беспомощности». На нем основаны разнообразные экспериментальные методики, которые широко используются в качестве моделей депрессии у человека. Суть этого феномена состоит в том, что животные, оказавшиеся в условиях неизбежного стресса, не просто прекращают всякие попытки найти выход из авersive ситуации, а на длительное время вообще утрачивают эту способность, не проявляя ее и в других стрессовых ситуациях. В свою очередь стойкое пассивное избегание, формирующееся в такой ситуации, само может усугублять поведенческие и когнитивные нарушения, приводя к все большей социальной изоляции, отгороженности и «обеднению среды». Последнее само по себе оказывается весьма значимым как для выраженности последствий стресса (см. выше), так и для формирования реакций на стрессоры в последующем, поскольку приводит к дальнейшему повышению уязвимости к их воздействию, к все большему истощению ресурсов организма, необходимых для успешного приспособления к изменениям в среде обитания [Teixeira C.P. et al., 2007].

Влияние опыта на формирование контрастных типов социального поведения при конкурентных взаимодействиях у самцов мышей показано в работах Н.Н. Кудрявцевой с сотрудниками. Уже первый опыт социальных побед или поражений закрепляется в последующем при столкновении с сородичем, демонстрирующим противоположный тип социального поведения. Исследование поведенческих, физиологических и нейромедиаторных процессов позволило выявить значительные различия между «победителями» и «побежденными» по двигательной и исследовательской активности, эмоциональности и коммуникативности, по потреблению алкоголя в условиях свободного выбора. Отмечены изменения в состоянии иммунной и

репродуктивной систем. При длительном участии в социальных конфронтациях у животных формируются психоэмоциональные расстройства и соматические нарушения [Кудрявцева Н.Н. с соавт., 2009].

Для формирования стиля поведения особо значимыми оказываются эпигенетические влияния на самых ранних этапах онтогенеза, и не только постнатального, но и пренатального. Как показывает анализ поведения мышей, полученных от скрещивания представителей двух линий, характеризующихся разным типом реакций в ряде тестов, поведение гибридов первого поколения, особенно самцов, определяет материнский стиль [Calatayud F., Belzung C., 2001]. А выраженность у матерей поведения, связанного с заботой о потомстве (уход и вылизывание), влияет на уровень тревожности и, соответственно, чувствительность к стрессу у этого потомства. Особый интерес вызывают данные, полученные при перекрестном вскармливании, когда детенышей «хороших» матерей подкладывали «плохим» и наоборот. В последнем варианте такая подмена никак в дальнейшем не отражалась на уровне тревожности и поведении в целом, в том числе на родительском у самок. А вот вскармливание детенышей «плохих» матерей заботливыми полностью устраняло изначальные линейные различия [по Lesch K.P., 2005].

В последнее время все большее внимание привлекает тема стресса, переживаемого на ранних этапах развития (в первые годы жизни и пренатально), в связи с его отдаленными последствиями. Хотя физиологический стресс в этом возрасте является фактором нормального развития [Аршавский И.А., 1975], состояние хронического стресса или воздействие неадекватных стрессоров приводит к формированию различных, в том числе эмоциональных и когнитивных нарушений в более позднем возрасте. Особое значение и далеко идущие последствия имеет социальная депривация в ранний период онтогенеза. Длительная социальная изоляция молодых крыс приводит к повышению у них чувствительности к стрессу и анксиогенному эффекту, что проявляется на поведенческом уровне в разных тестах и гиперфункцией ГГНС, особенно у самцов. Крыс, подвергшихся социальной изоляции сразу после периода молочного вскармливания, во взрослом состоянии характеризует чрезмерная возбудимость, эмоциональность, повышенная чувствительность к стрессорным воздействиям и анксиогенам. У них отмечают гиперактивность в ответ на новизну, усиление проявлений тревоги в новых условиях и неофобию, а также нарушения престаимпульного торможения стартл-рефлекса и избирательного внимания [Weiss I.C. et al., 2004]. Ежедневное отделение от матери на несколько часов в первые дни после рождения приводит к повышению чувствительности к действию стрессоров и выраженности тревожного поведения у взрослых животных [по Lesch K.P., 2005]. В то же время ежедневный хэндлинг в первый 21 день после рождения, напротив, благоприятно отражается на поведении и когнитивных функциях в дальнейшем. По сравнению с контрольными у этих животных выявляются нейрохимические (больше нейротрофинов) и морфологические изменения в мозге (на дендритах нейронов гиппокампа больше и лучше развиты шипики), подобные тем, что находят у взрослых животных при содержании в

обогащенной среде [Pham T.M. et al., 2002]. Любопытно, что причиной таких изменений, скорее всего, является опять же материнское поведение – интенсивное вылизывание детеныша (и особенно, как показано, его абдоминальной области) после возвращения в гнездо [Bremner J.D., Vermetten E., 2001].

Особого внимания заслуживают данные о последствиях пренатально переживаемого стресса. Показано, что потомство крыс, подвергшихся действию стрессоров на последнем триместре беременности, во взрослом возрасте отличает ряд поведенческих и морфологических отклонений [Bremner J.D., Vermetten E., 2001]. А в целом негативные последствия стресса оказываются тем более выраженными, чем в более ранний период онтогенеза он был перенесен.

Естественно, что и у человека взаимодействия генетических и средовых факторов, роль и влияние материнского поведения, нарушение социальных контактов, особенно в первые годы жизни, имеют столь же существенное значение для развития и, соответственно, также могут являться ключевыми для формирования и/или проявления в более позднем возрасте различных видов психических отклонений. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что переживание в детстве физического или сексуального насилия значительно повышает риск развития в дальнейшем различных тревожных расстройств, депрессии и особенно посттравматического стрессового расстройства. В последнее время стали выделять новый вид насилия, приводящего к таким же последствиям, – вербальное насилие (verbal abuse) [Choi J. et al., 2009]. Значение нормальных взаимоотношений между младенцем и матерью выявляют исследования тех ситуаций, где эти отношения нарушены. Так, дети депрессивных матерей, испытывающие дефицит эмоционального общения, в период раннего младенчества характеризуются отклонениями различных физиологических процессов: повышением уровня гормонов стресса (норадреналина и кортизола), снижением парасимпатического тонуса, специфическими нарушениями сна, изменением параметров ЭЭГ, задержкой физического и психомоторного развития. В раннем детстве у них отмечают повышенную возбудимость, кортизоловую реакцию на незнакомую обстановку и ряд других физиологических и психологических нарушений. Позднее среди них выявляется значимо больше, чем в общей популяции, так называемых застенчивых детей («inhibited children») [по Graham Y. P. et al., 1999]. К таким детям в последнее время привлечено большое внимание. Они уже с первых месяцев жизни (с 4 месяцев) отличаются поведением от сверстников, а позже, с ранней юности, у них чаще развиваются тревожные и другие психические расстройства [Mathew S.J. et al., 2001], причем нередко регистрируются сразу несколько. При нарушении формирования в младенчестве привязанности (которую рассматривают как эволюционный вид поведения, обеспечивающий детенышу чувство безопасности) у детей-сирот, воспитывающихся в домах ребенка даже в самых благоприятных условиях, неизбежно наблюдается отставание в когнитивном развитии. Исследования показывают, что существует определенный сенситивный период, по окончании которого становится

невозможно преодолеть это отставание при усыновлении ребенка [Marshall P.J., Kenney J.W., 2009].

Значение и непростой характер взаимодействия генетических и средовых факторов выявляют данные о возможности подавления средовыми влияниями генетических факторов риска развития психической патологии. Исследования показывают возможность снижения риска развития асоциального поведения, депрессии и даже шизофрении у воспитывающихся в приемных семьях детей больных родителей. Так, при обследовании детей матерей больных шизофренией не было выявлено ни одного случая развития у них психической патологии, если дети воспитывались в благополучных приемных семьях. Однако генетический риск развития шизофрении проявлялся в полной мере тогда, когда дети оказывались в семьях с неблагоприятным психологическим климатом и высоким уровнем конфликтности [Reiss D., Neiderhiser J.M., 2000]. Специальное исследование соотношения генетических и средовых факторов риска развития асоциального поведения показало, что степень агрессивности детей, подвергавшихся жестокому обращению, существенно зависит от генотипа (аллельного варианта гена MAOA), но только до тех пор, пока степень травматизации не превышает среднего уровня. Выраженная травма нивелирует влияние генетического фактора [Weder N. et al., 2009].

Какой же субстрат лежит в основе поведенческих изменений, регистрируемых вследствие переживания стресса? Обширнейшие нейрофизиологические исследования выявили мозговые структуры, активно участвующие в их осуществлении. Центральное место в двух параллельно функционирующих «системах страха» занимает амигдаларный комплекс [Fuchs E., Flugge G. 2003; Bonne O. et al., 2004]. Здесь сходятся первичная сенсорная информация из таламуса о внешних воздействиях и висцеральных стимулах, носящих потенциально угрожающий характер, а также информация из первичных сенсорных, поясной и префронтальной областей коры. Ответы на аверсивные стимулы реализуются тоже через амигдалу, через ее широкие эфферентные связи, в том числе с центральным серым веществом среднего мозга (ЦСВ), паравентрикулярным ядром гипоталамуса и двигательными ядрами ствола мозга. Немедленные защитные поведенческие, гормональные и вегетативные реакции подвергаются кортикальной регуляции и в дальнейшем, в зависимости от их результата, могут быть прекращены, изменены или поддержаны. Амигдалу связывают с интеграцией условных и безусловных стимулов и с формированием памяти на эмоционально значимые события. Разрушение латерального или центрального ядер амигдалы устраняет защитные реакции на условные сигналы [LeDoux J.E., Gorman J.M., 2001].

В формировании защитных реакций участвует и гиппокамп. И хотя его роль в образовании условнорефлекторных связей остается неясной, его связывают с комплексной оценкой средовых стимулов и формированием целостного, контекстуального представления о действующих раздражителях [по Bonne O. et al., 2004].

Интенсивное изучение функций префронтальной коры, имеющей обширные связи с различными структурами мозга (сенсорными, моторными

областями коры, гиппокампом и амигдалой) и являющейся, как полагают, «центром интеграции» сенсорной информации, эмоций и памяти [Schoenbaum G. et al., 2003], показали, что она оказывает регулирующее тормозное влияние на защитные условные реакции при изменении внешних условий, когда эти реакции перестают быть адекватными, и участвует в формировании и выборе наиболее подходящей реакции на условный стимул, когда тот приобретает двоякое значение, как, например, после первоначального угашения условнорефлекторной реакции [Morgan M.A. et al., 2003]. Нарушение нормального функционирования префронтальной коры может приводить к усилению защитных реакций и трудности в различении угрожающих и других сигналов. Регулирующее влияние префронтальной коры на защитное поведение, вероятно, реализуется через амигдалу. В пользу такого предположения свидетельствуют данные, полученные на здоровых людях и показывающие, что функциональная активность в области префронтальной коры отрицательно коррелирует с активностью амигдалы [Morgan M.A. et al., 2003].

Таким образом, недостаточность функций префронтальной коры, гиппокампа или гиперактивность амигдалы могут приводить к усилению защитных реакций при стрессе. Действительно, такие отклонения обнаружены при ряде тревожных расстройств и, в первую очередь, при посттравматическом. Разными группами авторов у этих больных обнаружено и подтверждено большее или меньшее одно или двустороннее уменьшение объема гиппокампа по сравнению со здоровыми людьми [Gurvitz T.V. et al. 1996; Bremner J.D., 1999]. Существенно, что при исследовании пар близнецов, из которых только один страдал посттравматическим стрессовым расстройством, уменьшение размеров гиппокампа выявлено и у здоровых членов пар. Показано также, что имеет место одинаково сильная отрицательная корреляция при сопоставлении выраженности симптоматики у больного с размерами гиппокампа, как его собственного, так и его здорового монозиготного близнеца [Krystal J.H., Duman R., 2004]. На основании таких данных сегодня сложилось устойчивое мнение, что уменьшение размеров гиппокампа является не следствием травматического стресса, а фактором, предрасполагающим к развитию заболевания. Размеры амигдалы у больных с посттравматическим стрессовым расстройством не изменены по сравнению с нормой, но реактивность ее существенно повышена [Turnbull G.J., 2006], как и в целом повышена активность правого полушария при воспоминаниях о травмирующих событиях. В области передней поясной извилины обнаруживают функциональный и даже морфометрический дефицит [по Vonne O. et al., 2004].

У больных депрессией при использовании нейровизуализационной техники показана патологическая активированность амигдалы, которая сочетается с дисфункцией префронтальной коры и моноаминовых медиаторных систем, оказывающих в норме модулирующее влияние на эти области [Drevets W.C., 2003]. Объем орбито-фронтальной части префронтальной коры у больных с большой депрессией существенно уменьшен по сравнению со здоровыми [Bremner J.D. et al., 2002]. Данные об изменении объема гиппокампа при

депрессии неоднозначны. Их анализ, проведенный группой исследователей [Vythilingam M. et al., 2004], показывает, что структурные изменения гиппокампа имеют место только у больных определенных групп: при резистентной депрессии (особенно у женщин), у пожилых пациентов, у больных с множественными эпизодами болезни, а также у больных, переживших в детстве хроническое или тяжелое физическое или сексуальное насилие.

У больных с вновь выявленной шизофренией обнаружены морфологические изменения в области префронтальной коры [Kaşparek T. et al., 2007]. Возможно, этим обусловлены нейрофизиологические особенности, регистрируемые при этом заболевании: повышенная кортикальная активация (arousal), проблемы с фильтрацией сенсорной информации, дефицит избирательного внимания и отсутствие престаимпульного торможения стартл-рефлекса [Gispén-de Wied C.C., 2000]. Неудивительно, что выявлено существенное влияние стрессирующих «жизненных факторов» на психическую декомпенсацию и частоту рецидивов при данном заболевании, а также показано, что субъективно переживаемый этими больными стресс в основном определяют не столько серьезные события, сколько ежедневные трудности.

Таким образом, многочисленные исследования показывают, что разнообразные психические расстройства у человека имеют в своей основе не только функциональные, но и структурные отклонения в организации мозга. Сегодня есть все основания полагать, что причиной их возникновения может быть стресс.

Теперь уже не вызывает сомнений, что мозг изменяется в течение всей жизни. Он не только формирует и координирует ответы на стрессорные стимулы, но и сам является мишенью для активированных при стрессе нейрональных и гормональных систем. Естественно, что изначально интерес исследователей был направлен на изучение эффектов «классических» гормонов стресса – глюкокортикоидов. Действие их на органы и ткани многообразно. Они приводят к мобилизации энергетических ресурсов и активации сердечно-сосудистой системы, торможению процессов пищеварения, подавлению иммунных реакций и репродуктивной системы. Попадая в мозг, стероидные гормоны легко проходят в цитоплазму нейронов и соединяются с рецепторами, которые проникают в клеточное ядро и стимулируют транскрипцию генов, приводя в итоге к изменению белкового синтеза и функциональной активности нейронов. На поведенческом уровне это приводит к активации когнитивных процессов, эмоциональных и вегетативных реакций, что помогает наилучшим образом справиться со стрессогенной ситуацией.

Вероятно, здесь уместно напомнить, что глюкокортикоиды – это конечный продукт активации ГГНС. Начинается эта система паравентрикулярным ядром гипоталамуса, нейроны которого в области срединного возвышения выделяют в кровь кортикотропин-рилизинг-фактор (КРФ). Этот гормон повышает секрецию адренокортикотропного гормона (АКТГ) клетками аденогипофиза. АКТГ через системный кровоток достигает коры надпочечников и повышает синтез и выделение в кровь

глюкокортикоидов. Завершению вызванной стрессором активации ГГНС способствует механизм отрицательной обратной связи: выделившиеся в избытке глюкокортикоиды подавляют активность нейронов гипоталамуса и секреторную активность клеток передней доли гипофиза. Однако глюкокортикоиды действуют не только на эти два уровня ГГНС, но и на гиппокамп, содержащий значительное количество глюкокортикоидных рецепторов [Keck M.E., Muller M.B, 2005]. Эта структура, оказывающая тормозное влияние на ГГНС и играющая важную роль в обучении и памяти, особенно чувствительна к стрессу.

Еще в начале 1990-х R. Sapolsky сообщил о выраженных дегенеративных изменениях гиппокампа у субординантных самцов бабуинов, погибших, очевидно, в результате неизбежного стресса при содержании в клетках с доминантными особями. У них не было ни истощения, ни ран, но вскрытие выявило множественное изъязвление желудка и кишечника, а также увеличение надпочечников и массовую гибель нейронов гиппокампа. Позднее на животных разных видов было подтверждено, что в результате стресса в гиппокампе происходят характерные изменения строения и гибель нейронов. Прямое воздействие глюкокортикоидов на мозговой субстрат приводит к таким же морфологическим изменениям: уменьшению дендритных ветвлений, изменениям синаптических терминалей, гибели нейронов и подавлению нейрогенеза в гиппокампе [Bremner J. D., Vermetten E., 2001]. Механизм нейротоксичности связывают, во-первых, с существенным увеличением количества внутриклеточного Ca^{+2} в результате длительного и выраженного повышения уровня кортизола и, во-вторых, с сопряженной активацией глутаматергической передачи. Повреждение нейронов гиппокампа приводит к высвобождению из-под его тормозного контроля ГГНС и к еще большему повышению продукции кортизола и других гормонов этой системы при действии стрессоров в последующем, а, соответственно, еще большему нейротоксическому эффекту.

Именно такой процесс, как предполагают, лежит в основе посттравматического стрессового расстройства. Развитие этого вида патологии, как и следует из названия, связывают с переживанием выраженного стресса. Однако в связи с причинами его формирования речь сегодня идет не о травмирующих событиях, выявивших заболевание, а о стрессе, перенесенном в раннем детстве (или даже пренатально) в результате тяжелых травм, а чаще - физического или сексуального насилия. Количество страдающих этим заболеванием огромно, только в США оно зарегистрировано более чем у 8% населения страны. При этом женщин среди них в 2 раза больше, чем мужчин [Bremner J.D., Vermetten E., 2001]. Наряду со специфическим симптомокомплексом и характерными изменениями со стороны ГГНС, существенно отличающимися от таковых при депрессии, при этом заболевании у значительной части больных выявляется уменьшение размера гиппокампа. Сегодня есть все основания считать, что это результат дегенеративных изменений, связанных с чрезмерно сильной активацией ГГНС в условиях стрессогенных ситуаций в раннем онтогенезе. Развитие же

посттравматического расстройства в более позднем возрасте является, как полагают, следствием дефицита функций поврежденного ранее гиппокампа. Однако хронический стресс и связанное с ним длительное повышение уровня глюкокортикоидов приводит к дегенеративным изменениям этой структуры в любом возрасте, и это сопряжено с существенным ухудшением памяти [Lupien S. J. et al., 2005]. Напомним, что и при депрессии отмечается уменьшение объема гиппокампа, но только у больных вполне определенных клинических подгрупп (см. выше).

Нарушения функционирования ГГНС давно и хорошо известны при депрессии, ряде тревожных и посттравматическом стрессовом расстройстве [Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н., 1988; Turnbull G.J., 2006], обнаружены они и при шизофрении [Gispén-de Wied C.C., 2000]. Однако проявляются эти нарушения по-разному при разных формах психической патологии, указывая на сложность этой системы.

При посттравматическом стрессовом расстройстве содержание КРФ в спинномозговой жидкости у больных повышено (как и при депрессии), что, как считают, и обуславливает типичную симптоматику заболевания, но базовый уровень кортизола снижен, а по реакциям на нагрузки выявляется гиперреактивность системы. Сообщается о повышенном количестве глюкокортикоидных рецепторов в клетках [по Graham Y.P., 1999], что может объяснить повышенную реактивность ГГНС при этом заболевании.

При тревожных расстройствах и депрессии ГГНС гиперактивна. Это проявляется изменением суточного ритма синтеза кортизола и повышением кортизоловой реакции на стрессоры. При депрессии снижено или отсутствует подавление активности ГГНС кортизолом (выявляется дексаметазоновым тестом), то есть нарушен механизм отрицательной обратной связи, лежащий в основе нормальной регуляции этой системы. Связано это с уменьшением количества глюкокортикоидных рецепторов, в том числе в гиппокампе. Это уменьшение, очевидно, носит компенсаторный характер и развивается в ответ на чрезмерную и длительную активацию кортизолом. Подобный механизм регуляции сегодня хорошо известен в отношении различных медиаторных систем и связан с изменением экспрессии генов соответствующих рецепторов. Недостаточность тормозного контроля со стороны гиппокампа приводит к повышенной активности КРФ-нейронов гипоталамуса. Повышенное содержание этого гормона в спинномозговой жидкости характерно для больных депрессией (как и для посттравматического стрессового расстройства). Однако сегодня известно, что КРФ является не только основным регулятором нейроэндокринных ответов на стрессорные воздействия, но также и нейромедиатором. Он и его рецепторы широко представлены в мозге, в том числе в коре (особенно в префронтальной и поясной), в амигдале и гиппокампе, и участвуют в интеграции поведенческих, вегетативных и иммунных реакций при стрессе [Kecsk M.E., Muller M.B., 2005]. Введение КРФ в различные мозговые структуры или в желудочки мозга животным приводит в зависимости от условий эксперимента к развитию тревожного или напоминающего депрессию у людей поведения. В результате стрессорного воздействия уже в

течение первых 5 минут существенно повышается синтез КРФ и м-РНК одного из подтипов его рецепторов в нейронах паравентрикулярного ядра гипоталамуса. Эти нейроны взаимосвязаны с норадренергическими нейронами голубого пятна, благодаря чему они поддерживают активность друг друга [по Graham Y. P., 1999]. КРГ система модулирует также серотонинергическую передачу на уровне ядер шва [Linthorst A.C.E., 2005], дофаминовую и другие медиаторные системы. В целом это очень динамичная саморегулирующаяся система, изменение уровня КРФ и его рецепторов в разных отделах мозга зависит от вида и продолжительности стресса. А как показывают исследования, проведенные на животных (грызунах и приматах), перенесение выраженного стресса в ранний постнатальный период приводит к серьезным изменениям этой системы, которые сохраняются и по достижении зрелости. Детальное изучение изменений в ГГНС, проведенное на крысах при отделении их от матери в период от 10 до 21 дня, показывает, что вслед за острой реакцией в виде повышения уровня глюкокортикоидов (и снижением гормона роста) в плазме крови начинаются перестройки системы на уровне рецепторов. Чем продолжительнее изоляция, тем более выражены изменения в системе, а при ежедневном отделении от матери на 6 часов в этот возрастной период изменения со стороны ГГНС и поведенческих реакций при стрессе сохраняются и по достижении зрелости [по Graham Y.P., 1999].

Количество глюкокортикоидных рецепторов, как и всякого белка, зависит от уровня экспрессии генов этих рецепторов. Сегодня показано, что период раннего онтогенеза у крыс является критическим для регулирования этого процесса, а сама регуляция зависит от сенсорной (тактильной) стимуляции в этот период. Так, ранее упоминалось о влиянии раннего хэндлинга на поведение и чувствительность к стрессорам в более позднем возрасте у крыс. Материнский уход в виде усиленного вылизывания приводит к активации серотониновых афферентов гиппокампа, а выделившийся серотонин запускает длительно текущий процесс активации генов глюкокортикоидных рецепторов, который и приводит к увеличению их плотности в гиппокампе. Такой гиппокамп у взрослых животных будет способен оказывать более выраженное тормозное влияние на нейроны гипоталамуса и, соответственно, уменьшать образование КРФ, АКТГ и глюкокортикоидов, а в итоге, снижать риск собственной дегенерации. На поведенческом уровне это проявится уменьшением всех проявлений тревоги. Чрезвычайно важно, что к такому положительному эффекту приводит сенсорная стимуляция только в раннем постнатальном периоде, но не у взрослых крыс [Bear M. et al., 2007]. Недавно опубликованы результаты исследования, которые показывают принципиальное сходство у человека и крыс значения ранних средовых влияний, например, материнской заботы, для экспрессии глюкокортикоидных рецепторов в гиппокампе [McGowan P. O. et al., 2007].

Сравнительный анализ характерных для посттравматического стрессового расстройства и депрессии паттернов изменений ГГНС и сопоставление их с экспериментальными данными, полученными на животных, не просто указывают на причинную роль стресса в их возникновении, но

выявляют особое значение при этом возрастного фактора. Последнее объясняет все более пристальный интерес исследователей к самым ранним периодам онтогенеза при поиске нейробиологических причин развития психической патологии.

В данной работе внимание в основном было сосредоточено на ГГНС, поскольку роль ее при стрессе значительно лучше изучена. Однако каскад реакций, запускаемых стрессом, опосредуется многими нейромедиаторами, нейрогормонами и нейропептидами. Одни из них (катехоламинергические и серотонинергические системы мозга) давно и интенсивно исследуются в связи со стрессом и патогенетическими механизмами тревожных расстройств, депрессии и шизофрении, другие – относительно недавно, но с каждым днем выявляются все новые нейрхимические мишени для изучения, среди которых ГАМК-, ВАК-ергические системы и различные пептиды [Kent J. M. et al., 2002]. Наверняка онтогенетический подход скоро распространится и на исследование этих систем.

Итак, ранний онтогенез во многом предопределяет будущую уязвимость мозга для возможных неблагоприятных влияний в условиях стресса, повышая ее, либо наоборот, способствуя его защите. И хотя пока роль раннего стресса так детально исследована только у животных, сопоставление полученных при этом данных с относительно немногочисленными и не столь систематическими наблюдениями о последствиях ранних стрессов у человека (например, исследования детей депрессивных матерей или детей-сирот) выявляет значительное сходство между ними и указывает на чрезвычайное значение ранних периодов развития для формирования здорового мозга и всего организма. Конечно, мозг человека существенно сложнее, а причины и ситуации, вызывающие у него стресс, многообразнее любой, которую можно создать экспериментально. Но это не умаляет, а, напротив, подчеркивает общебиологическое значение выявленных закономерностей влияния окружающей среды и ее роли в формировании уникальности каждого человека. Наша индивидуальность, проявляющаяся в поведении, всегда в своей основе имеет непрерывно происходящее и непростое взаимодействие генетических и средовых факторов, на протяжении всей жизни изменяющее наш мозг и весь организм, но особое значение имеет ранний период развития, который во многом предопределяет ее, а может даже и нашу судьбу. Действительно, «все мы родом из детства».

Список литературы

1. Аллахвердов В.М. Размышления о науке психологии с восклицательным знаком. – СПб.: Формат, 2009. – 264 с.
2. Аршавский И.А. Основы возрастной периодизации // В кн. Возрастная физиология (Руководство по физиологии) – Л.: Наука, 1975. С. 5–67.
3. Кенунен О.Г., Прахье И.В., Козловский В.Л. Изменение уровня тревоги влечет за собой изменение стратегии поведения мышей при стрессе и выраженности вызванной им анальгезии // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. 2004. Т.90. №12. С. 1555-1562.

4. Кудрявцева Н.Н., Августинович Д.Ф., Бондарь Н.П., Коваленко И.Л., Тендитник М.В. Новые методы скрининга психотропных препаратов в условиях, приближенных к клиническим // *Аффективные расстройства. Междисциплинарный подход: сборник научных трудов, посв. памяти проф. Ю.Л. Нуллера.* – СПб.: НИПНИ им.В.М. Бехтерева, 2009. С. 8-24.
5. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. *Аффективные психозы.* – Л.: Медицина, 1988. – 263 с.
6. Нуллер Ю.Л. *Парадигмы в психиатрии.* – Киев: Изд-во Асс. Психиатр. Украины, 1993. – 31 с.
7. Amit Z., Galina Z. H. Stress Induced analgesia play an adaptive role in the organization of behavioral responding // *Brain Research Bulletin.* 1988. V.21. N6. P. 955-958.
8. Bear M., Connors B.W., Paradiso M.A. *Neuroscience: exploring the brain.* 3rd ed. – Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
9. Belda X., Marquez C., Armario A. // Long-term effects of a single exposure to stress in adult rats on behavior and hypothalamic–pituitary–adrenal responsiveness: comparison of two outbred rat strains // *Behavioural Brain Research.* 2004. V.154. N2. P. 399-408.
10. Bonne O., Grillon C., Vythilingam M., Neumeister A., Charney D.S. Adaptive and maladaptive psychobiological responses to severe psychological stress: implications for the discovery of novel pharmacotherapy // *Neurosci Biobehav Rev.* 2004. V.28. N1. P. 65-94.
11. Bowers W. J., Attias E., Amit Z. Stress Enhances the Response to Reward Reduction But Not Food-Motivated Responding // *Physiology & Behavior.* 1999. V.67. N5. P. 777-782.
12. Bremner J.D. Does stress damage the brain? // *Biol Psychiatry.* 1999. V.45. N7. P. 797-805.
13. Bremner J.D., Vermetten E. Stress and development: Behavioral and biological consequences // *Development and Psychopathology.* 2001. V.13. P. 473-489.
14. Bremner J.D., Vythilingam M., Vermetten E. et al. Reduced Volume of Orbitofrontal Cortex in Major Depression // *Biol Psychiatry.* 2002. V.51. N4. P. 273-279.
15. Calatayud F., Belzung C. Emotional reactivity in mice, a case of nongenetic heredity? // *Physiol Behav.* 2001. V.74. N3. P. 355-362.
16. Choi J., Jeong B., Rohan M.L., Polcari A.M., Teicher M.H. Preliminary Evidence for White Matter Tract Abnormalities in Young Adults Exposed to Parental Verbal Abuse // *Biological Psychiatry.* 2009. V. 65. N3. P. 227-234.
17. DeVries A.C., Glasper E.R., Detillion C.E. Social modulation of stress responses // *Physiology & Behavior.* 2003. V.79. N3. P. 399-407.
18. Drevets W.C. Neuroimaging Abnormalities in the Amygdala in Mood Disorders // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 2003. V.985. P. 420-444.
19. Erhard H.W., Mendl M., Christiansen S.B. Individual differences in tonic immobility may reflect behavioural strategies // *Applied Animal Behaviour Science.* 1999. V.64. N1. P. 31-46.
20. Fuchs E., Flugge G. Chronic social stress: effects on limbic brain structures // *Physiol Behav.* 2003. V.79. P. 417-427.
21. Gispens-de Wied C.C. Stress in schizophrenia: an integrative view // *Eur Jour Pharmacol.* 2000. V.405. P. 375-384.
22. Graham Y.P., Heim C.E., Goodman S.H., Miller A.H., Nemeroff C.B. The effects of neonatal stress on brain development: Implications for psychopathology // *Development and Psychopathology.* 1999. V.11. P. 545-565.
23. Gurvitz T.V., Shenton M.E., Hokamo H., Ohta H. et al. Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related posttraumatic stress disorder // *Biol Psychiatry.* 1996. V.40. N11. P. 1091-1099.
24. Hirsch C.R., Holmes E.A. Mental imagery in anxiety disorders // *Psychiatry.* 2007. V.6. N4. P. 161-165.
25. Kašparek T., Příkryl R., Mikl M., Schwarz D. et al. Prefrontal but not temporal grey matter changes in males with first-episode schizophrenia // *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry.* 2007. V.31. P. 151-157.

26. Keck M.E., Muller M.B. Mutagenesis and Knockout Models: Hypothalamic–Pituitary–Adrenocortical System // *Anxiety and Anxiolytic Drugs*, ed. F. Holsboer and A. Strohle. *Handbook of Experimental Pharmacology*, Vol. 169, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2005. P. 113-141.
27. Kent J.M., Mathew S.J., Gorman J.M. Molecular Targets in the Treatment of Anxiety // *Biol Psychiatry*. 2002. V.52. P. 1008-1030.
28. Kepler K.L., Bodnar R.J. Yohimbine potentiates cold-water swim analgesia: re- evaluation of a noradrenergic role // *Pharmacol Biochem Behav*. 1988. V.29. N1. P. 83-88.
29. Koolhaas J.M., Korte S.M., De Boer S.F. et al. Coping style in animals: current status in behavior and stress-physiology // *Neurosci Biobehav Rev*. 1999. V.23. N7. P. 925-935.
30. Krystal J. H., Duman R. What’s Missing in Posttraumatic Stress Disorder Research? *Studies of Human Postmortem Tissue // Psychiatry*. 2004. V.67. N4. P. 398-403.
31. LeDoux J.E., Gorman J.M. A call to action: overcoming anxiety through active coping // *Am J Psychiatry*. 2001. V.158. N12. P. 1953-1955.
32. Lesch K.P. Genetic Alterations of the Murine Serotonergic Gene Pathway: The Neurodevelopmental Basis of Anxiety // *Anxiety and Anxiolytic Drugs*, ed. F. Holsboer and A. Strohle. *Handbook of Experimental Pharmacology*, Vol. 169, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2005. P. 71-112.
33. Linthorst A.C.E. Interactions between corticotropin-releasing hormone and serotonin: Implications for the aetiology and treatment of anxiety disorders // *Anxiety // Anxiety and Anxiolytic Drugs*, ed. F. Holsboer and A. Strohle. *Handbook of Experimental Pharmacology*, Vol. 169, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2005. P. 181-204.
34. Lupien S.J., Fiocco A., Wan N. et al. Stress hormones and human memory function across the lifespan // *Psychoneuroendocrinology*. 2005. V.30. N3. P. 225-242.
35. Marshall P.J., Kenney J.W. Biological perspectives on the effects of early psychosocial experience // *Developmental Review*. 2009. V.29. P. 96-119.
36. Mathew S.J., Coplan J.D., Gorman J.M. Neurobiological Mechanisms of Social Anxiety Disorder // *Am J Psychiatry*. 2001. V.158. P. 1558-1567.
37. McEwen B.S. Protective and damaging effects of stress mediators // *New Engl J Med*. 1998. V.338. N3. P. 171–179.
38. McEwen B. S. Mood disorders and Allostatic Load // *Biol. Psychiatry*. 2003. V.54. N3. P. 200-207.
39. McGowan P. O, Sasaki A., D'Alessio A. C, Dymov S., Labonté B., Szyf M., Turecki G., Meaney M. J. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse // *Nature Neuroscience*. 2009. V.12. P. 342-348.
40. Merikangas K.R., Low N.C.P. Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders. *Anxiety // Anxiety and Anxiolytic Drugs*, ed. F. Holsboer and A. Strohle. *Handbook of Experimental Pharmacology*, Vol. 169, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2005. P. 163-179.
41. Misslin R. The defense system of fear: behavior and neurocircuitry // *Neurophysiologie clinique*. 2003. V.33. N2. P. 55-66.
42. Morgan M.A., Schulkin J., LeDoux J.E. Ventral medial prefrontal cortex and emotional perseveration: the memory for prior extinction training // *Behavioural Brain Research*. 2003. V.146. N1-2. P.121-130.
43. Nesse R.M. Proximate and evolutionary studies of anxiety, stress and depression: synergy at the interface // *Neurosci Biobehav Rev*. 1999. V.23. N7. P. 895-903.
44. Pham T. M., Winblad B., Granholm A-C., Mohammed A. H. Environmental influences on brain neurotrophins in rats // *Pharm Biochem Behav*. 2002. V.73. N1. P. 167-175.
45. Pinto-Ribeiro F., Almeida A., Pego J.M., Cerqueira J., Sousa N. Chronic unpredictable stress inhibits nociception in male rats // *Neuroscience Letters*. 2004. V.359. N1-3. P. 73-76.
46. Reiss D., Neiderhiser J.M. The interplay of genetic influences and social processes in developmental theory: Specific mechanisms are coming into view // *Development and Psychopathology*. 2000. V.12. N3. P. 357-374.

47. Rhudy J.L., Meagher M.W. Individual differences in the emotional reaction to shock determine whether hypoalgesia is observed // *Pain Medicine*. 2003a. V.4. N3. P. 244-256.
48. Rhudy J.L., Meagher M.W. Negative affect: effects on an evaluative measure of human pain // *Pain*. 2003b. V.104. N3. P. 617-626.
49. Rittenhouse P.A., Lopez-Rubalcava C., Stanwood G.D., Lucki I. Amplified behavioral and endocrine responses to forced swim stress in the Wistar–Kyoto rat // *Psychoneuroendocrinology*. 2002. V.27. N3. P. 303-318.
50. Roblesa T.F., Kiecolt-Glaser J.K. The physiology of marriage: pathways to health // *Physiol Behavior*. 2003. V.79. N3. P. 409-416.
51. Ruis M.A.W., De Brake J.H.A., Buwalda B. et al. Housing familiar male wildtype rats together reduces the long-term adverse behavioural and physiological effects of social defeat // *Psychoneuroendocrinology*. 1999. V.24. P. 285-300.
52. Selye H. *Stress without distress*. – Philadelphia: J. B. Lippincott Co., 1974.
53. Schoenbaum G., Setlow B, Ramus S.J. A systems approach to orbitofrontal cortex function: recordings in rat orbitofrontal cortex reveal interactions with different learning systems // *Behavioural Brain Research*. 2003. V.146. N1 P. 19-29.
54. Spokas M.E., Rodebaugh T.I., Heimberg R.G. Cognitive biases in social phobia // *Psychiatry*. 2007. V.6. N5. P. 204-210.
55. Stam R., Bruijnzeel A.W., Wiegant V.M. Long-lasting stress sensitization // *European Journal of Pharmacology*. 2000. V.405. P. 217-224.
56. Teixeira C.P., Azevedo C.S., Mendl M., Cipreste C.F., Young R.J. Revisiting translocation and reintroduction programmes: the importance of considering stress // *Animal Behaviour*. 2007. V.73. N1. P. 1-13.
57. Thierry B., Steru L., Chermat R., Simon P. Searching-waiting strategy: a candidate for an evolutionary model of depression? // *Behav Neurol Biology*. 1984. V.41. P. 180-189.
58. Turnbull G.J. The biology of posttraumatic stress disorder // *Psychiatry*. 2006. V.5. N7. P. 228-230.
59. van Dijken H.H., Mos J., van der Heyden J.A.M., Tilders F.J.H. Characterization of stress-induced long-term behavioural changes in rats: Evidence in favor of anxiety // *Physiology & Behavior*. 1992. V.52. N5. P. 945-951.
60. Vythilingam M., Vermetten E., Anderson G.M et al. Hippocampal volume, memory, and cortisol status in major depressive disorder: effects of treatment // *Biol Psychiatry*. 2004. V.56. N2. P. 102-112.
61. Wechsler B. Coping and coping strategies: a behavioural view // *Applied Animal Behaviour Science*. 1995. V.43. N2. P.123–134.
62. Weder N., Yang B.Z., Douglas-Palumberi H. et al. *MAOA* Genotype, Maltreatment, and Aggressive Behavior: The Changing Impact of Genotype at Varying Levels of Trauma // *Biological Psychiatry*. 2009. V. 65. N5. P. 417-424.
63. Weiss I.C., Pryce C.R., Jongen-Relo A.L., Nanz-Bahr N.I., Feldon J. Effect of social isolation on stress-related behavioural and neuroendocrine state in the rat // *Behavioural Brain Research*. 2004. V.152. N2. P. 279-295.
64. Wiedenmayer C.P. Adaptations or pathologies? Long-term changes in brain and behavior after a single exposure to severe threat // *Neurosci Biobehav Rev*. 2004. V.28. N1. P. 1-12.
65. Wotjak C.T. Learning and Memory // *Anxiety and Anxiolytic Drugs*, ed. F. Holsboer and A. Strohle. *Handbook of Experimental Pharmacology*, Vol. 169, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2005. P. 1-34.

Теоретико-методологические проблемы современной психологии здоровья

Я. В. Малыхина

Психология здоровья как молодое научное направление развивается в нашей стране более 20 лет. Ее история за рубежом примерно вдвое длиннее [Перре М., Бауман У., 2002; Никифоров Г.С., 2003]. Интерес к проблематике, освещаемой психологией здоровья, неуклонно усиливается. С одной стороны, это связано с возрастанием значимости всех исследований в области сохранения и укрепления здоровья вследствие демографического, социального и экономического кризисов, а также снижения показателей здоровья нации в целом. С другой стороны, исследования последних десятилетий показывают, что роль психологических факторов и образа жизни человека являются наиболее значимыми в поддержании здоровья населения [Лисицын Ю.П., 2002, 2004].

Вместе с тем специалисты констатируют «диффузию научной идентичности» психологии здоровья [Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2009]. Методологические трудности в определении предмета, методов, цели и задач дисциплины привели к вынужденному заимствованию разнородных концептов из естественно-научных и гуманитарных дисциплин. В настоящее время ведутся дискуссии о том, является ли психология здоровья вспомогательной, дочерней дисциплиной по отношению к медицинской практике, дополняя собой традиционную гигиену, профилактику, реабилитацию, или же она может считаться самостоятельным направлением, изучающим феномены, не связанные напрямую с задачами медицины. Следует отметить, что похожее состояние дел наблюдается и за рубежом. В зависимости от определения задач психология здоровья рассматривается как раздел клинической психологии, как раздел поведенческой медицины (behavioral medicine) или общественного здравоохранения (Public Health) (США), то есть как прикладная дисциплина. В то же время в ряде стран психологию здоровья предлагают рассматривать как самостоятельную фундаментальную дисциплину и законодательно оформляют в отдельную специальность (Австрия, Германия, Швейцария) [Перре М., Бауман У., 2002]. В России сейчас существует уже несколько кафедр с идентичным названием, функционирующих вне рамок других научных направлений (СПбГИПСР; Южный федеральный университет).

Вместе с тем, среди авторов публикаций, посвященных психологии здоровья, можно встретить специалистов самых разных профессий. Психологи, педагоги, биологи, философы, врачи, социальные педагоги, экономисты, химики и даже представители технических специальностей считают пространство психологии здоровья адекватным полем для реализации своих научных интересов. Такое положение может свидетельствовать о размытости границ предмета дисциплины и его задач и тем самым ставить под сомнение ее научную автономность. С другой стороны, огромное внимание к этой

дисциплине отражает потребности практики, игнорировать которые значило бы противоречить реальности. Таким образом, представляется актуальным обсуждение современного состояния и перспектив развития психологии здоровья, а также теоретико-методологических и прикладных аспектов этого направления.

Нет, наверное, темы, которая объединяет людей больше, чем тема здоровья. На бытовом уровне здоровье – первое и главное, чего желают близким, что обсуждают при встречах с давними знакомыми, о чем читают популярную литературу. Здоровье нации возводится в ранг приоритетов государственной политики в большинстве стран мира. Способы сохранения и укрепления здоровья обсуждаются самыми разными науками, каждая из которых готова претендовать на главную роль в решении практических задач. Прежде всего, зададимся вопросом, почему на рубеже второго и третьего тысячелетий так возрос интерес к проблеме здоровья человека и почему в принципе стали возникать научные направления, не относящиеся к собственно медицинской практике? Ведь традиционно здоровьем человека занимались именно медики. Обычно в этой связи приводятся аргументы, касающиеся стремительного изменения внешней среды, требующего напряжения адаптационных ресурсов. Особое внимание обращается на изменение качества физических адаптогенов (гиподинамия, гипокинезия, появление форм безопорного труда (космонавты), изменения климата, деятельность, связанная с быстрым перемещением человека из одной климатической зоны в другую, с разными часовыми поясами и т.п.), а также резкое увеличение интенсивности социальных, психологических, информационных воздействий. Темп жизни современного человека затрудняет естественное приспособление организма к все более нестабильной среде, заставляя балансировать на пределе функциональных резервов. Человек оказывается в ситуации, когда «к доктору еще рано, а жить уже нет сил». Однако «природа не делает скачков... каждое явление оказывается тесно связанным с предыдущим, и болезнь тесно связана со здоровьем.... Между этими двумя формами человеческого бытия существует известная промежуточная область, определенная пограничная полоса, занятая теми состояниями и формами, которые не могут быть отнесены ни к болезни, ни, тем не менее, к здоровью» [Ганнушкин П.Б., 1964]. В оценках врачей эта пограничная полоса как в отношении соматического, так и «в области душевных явлений» все более расширялась. Медицина в этой ситуации охотно предлагала свои услуги, увеличивая перечень состояний, маркируемых как болезнь. И тут же рекламируется продукция колоссальной индустрии фармакологических средств, корректирующих самочувствие, настроение и активность.

Сторонниками современной медицины ее заслуги возводятся в ранг религии, которая может с помощью своих достижений избавить человека от боли и страданий, буквально в ближайшем будущем сумеет продлевать жизнь сколь угодно долго. Казалось бы, лекарства являются воплощением мечты человека постиндустриальной эпохи, который все время «очень занят» и хочет получить желаемый эффект «быстро и без усилий» (цитата из рекламных

роликов). Но почему-то их оказывается недостаточно, растет популярность нетрадиционной медицины, а также паранаучных практик. Постепенно обнажился кризис биомедицинской парадигмы в решении проблем здоровья человека, а точнее проблем его адаптации к постиндустриальной среде обитания. Во второй половине XX века начинается движение против медиализации общества, объединившее философов, социологов и многих медиков. Появляются работы М. Фуко, И. Иллича, Т. Мак-Кьюн, подорвавшие доверие общества к медицинской практике, выступавшие против «экспроприации здоровья» человека государственными институтами, которые отводят ему пассивную роль невежды, обязанного просто подчиняться профилактическим и лечебным предписаниям.

Разлад между здравоохранением и обществом неожиданно проявился в 2002 году открытием дискуссии в «British Medical Journal» по поводу «пределов медицины». Сами врачи пытались определить, где границы их профессиональной деятельности: какой круг проблем человека действительно нуждается в медицинском вмешательстве. Современный социум бросает вызов человеческому существованию. Многие современные «болезни» на самом деле могут являться «здоровым» нежеланием человека приспособиться к патогенной среде. Должна ли медицина продолжать свою экспансию? Не пора ли вернуть ответственность за свое здоровье в «индивидуальные проекты» каждого человека? [Дюпюи Ж.-П., 2006].

Между сторонниками медицинской парадигмы и ее постмодернистским осуждением присутствовал и третий подход. Так, Джон Харви Уорнер, рассуждая о роли науки в медицине, пишет, что «ушли в прошлое времена, когда в науке видели единый корпус идей, практик и методологических правил, способствовавших построению научной медицины. Многие современные исследования посвящены не содержанию научного знания и его воздействию на практику, а риторической и идеологической функциям науки, т.е. роли эмпирического языка и веры в научность» [по Ю. Шлюмбом, М. Хагнер, И. Сироткина, 2008]. Далее автор приходит к заключению, что угасание интереса к взаимоотношениям между философией и медициной (посредником в которых, по мнению автора, выступает физиология) и является одной из причин кризиса становления научной медицины. Как не вспомнить здесь замечание Ф. Бэкона: «...медицина, не основанная на философии, не может быть надежной» [Бэкон Ф., 1971].

Таким образом, появление психологии здоровья как научного направления происходило на фоне осознания обществом недостаточности биомедицинской парадигмы в области сохранения здоровья человека, мечты о возрождении целостных подходов, признающих как биологическую, так и метафизическую, духовную его природу. До этого времени при рассмотрении соотношения между психикой и телом признавалась необходимость изучения роли психического в поддержании здоровья, однако акцент однозначно делался на медицинском контексте (психосоматическая медицина, поведенческая медицина и т.п.). Вопросы сохранения психического здоровья также в основном

освещались именно врачами, причем рассматривался изолированный контекст непосредственно «душевного здоровья» (С.С. Корсаков, И.А. Сикорский, А. Майер, Э. Блейлер, Э. Крепелин, В.М. Бехтерев, П.Б. Ганнушкин, Г.К. Ушаков и многие другие).

Психологические концепции здоровья, разработанные представителями гуманистической психологии (Э. Фромм, А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл), признание ВОЗ биопсихосоциальной модели этиологии заболеваний стали почвой для становления нового научного направления, где центр внимания исследователей смещается с биологического на психологическое. В 1978 году открывается отделение «Психологии здоровья» в Американской психологической ассоциации, с 1982 года издается одноименный журнал. Однако первые определения задач этого направления звучали полярно: от включения в профилактику, диагностику, лечение болезней и реабилитацию больных до личностного развития и содействия самореализации личности. Разница описаний была следствием большой вариативности определений центрального понятия.

Все исследователи, занимающиеся проблемами здоровья человека, сходятся в том, что определение здоровья – труднейший методологический вопрос. Трудности начинаются уже при описании феноменологии здоровья: что это, какие явления могут быть обозначены этим понятием? Попытки изучения семантического наполнения понятия «здоровье» приводят к парадоксальным выводам: «здоровье» – некий «несуществующий» феномен; о нем начинают думать и говорить, когда его утрачивают (болезнь, социальное неблагополучие, психологический дискомфорт и т.п.). В комфортном состоянии о нем сказать, собственно, нечего. Таким образом, есть нечто, что принято называть словом «здоровье», но описать его проще всего через «болезнь». Насколько полными являются дефиниции здоровья методом «от противного»? И являются ли тождественными пожелания «будь здоров» и «не болей»? Чтобы ответить на этот вопрос, отдавая дань традиции, мы обратились к одной из базовых медицинских дисциплин – патофизиологии.

Еще с XIX века ведутся дискуссии о том, существует ли разница между физиологическими и патологическими механизмами. К. Бернар считал, что «искать разные законы для физиологического и патологического – то же самое, что думать, будто дом разрушается при пожаре не по тем же самым законам физики, по которым он строился» [по Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П., 2008]. На основании фундаментальных экспериментальных исследований И.В. Давыдовский [1969] утверждал, что «познание сущности патологических процессов неизменно приводит нас к нивелировке граней между патологическим и физиологическим». Таким образом, разными учеными подчеркивалось, что «по биологическим критериям всякое состояние длящейся жизнедеятельности есть состояние приспособления к среде» [Жирнов В.Д., 2001]. Закономерно возникает сугубо практический вопрос: если с биологической точки зрения отделить здоровье и болезнь не представляется возможным, то как тогда определять своевременность медицинского вмешательства? Всем известна крайняя интерпретация ответа на этот вопрос в

виде знаменитой медицинской шутки: «здоровых людей нет – есть плохо обследованные». Необходимую практикам границу между здоровым и больным состоянием организма некоторое время определяли через понятие «норма». Однако достаточно давно нормативный подход к описанию здоровья пересмотрен. «Нормально не то, что стандартно, а то, что оптимально для индивида в определенный момент, в определенной ситуации. Гомеостаз понимается медициной как *гомеорезис*: здоров не тот, у кого все константы постоянны, а тот, кто способен в случае ситуационной необходимости выводить константы за рамки коридора спокойного функционирования и своевременно возвращать их к прежнему диапазону» [Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П., 2008]. Тем не менее такой взгляд на здоровье человека тоже не позволяет объективизировать самостоятельность базовых дефиниций. Не проясняет ситуацию и еще один критерий: основанием для медицинского вмешательства могут считаться исключительно жалобы больного, сам факт его обращения к доктору. Однако и этот критерий оказывается недостаточно эффективным. По данным Г.С. Никифорова, 30%-50% «обращающихся с соматическими жалобами в поликлиники и стационары, по существу, практически здоровые люди, нуждающиеся лишь в определенной коррекции эмоционального состояния» [Никифоров Г.С., 2003].

Существуют и другие подходы к изучению здоровья человека. «Здоровье и болезнь – качественно различные, особые формы взаимодействия организма и среды», «два направления жизненного процесса... Простое определение их друг через друга как противоположностей, неплодотворно» [Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П., 2008]. Обозначились патогенетический и саногенетический подходы в исследованиях здоровья человека. История развития наук о человеке показывает, что отправным пунктом формулирования большинства концепций, касающихся здоровья, была патология. ««Человек без дефектов» – почти тоже самое, что человек без свойств.... Внутриличностный конфликт характеризует личность гораздо в большей степени, нежели ее способность сохранять здоровье и душевное благополучие – таков основной научный предрассудок XX столетия, которым объясняется ... отсутствие целостной, четко структурированной психологической концепции здоровья» [Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001]. Своим появлением психология здоровья обозначила необходимость изучения факторов и условий полноценного функционирования человека, перевода этой темы из области мировоззренческой и философской в область научного исследования.

Очевиден также факт, что сами врачи, получая естественно-научную образовательную базу, в конце концов, остро ощущали тесноту рамок сугубо биологического подхода к здоровью человека и стремились их расширять. Доклад В.М. Бехтерева «Личность и условия ее развития и здоровья» (1905 год, Киев) считается программным для специалистов, работающих в области профилактических направлений современной медицины, и обращает внимание на целостную природу человека. Можно вспомнить предисловие к книге «Общая патология человека» И.В. Давыдовского [1969], в котором он

провозглашал медицину как «новую антропологию», призывал к изучению биологического и социального в единстве, так как «одно без другого непознаваемо».

Признание огромной роли психической сферы в охране здоровья человека побудило академика РАМН Ю.П. Лисицына обозначить контуры наиболее перспективного направления развития науки XXI века – «психологической медицины». Включение в ракурс рассмотрения здоровья человека надбиологических характеристик было обусловлено изменениями в понимании природы самого объекта исследования – человека – как целостного биосоциального существа. В определении здоровья вводятся понятия трудоспособности, работоспособности, «способности к делу», то есть проявлений продуктивной внешней активности как главного признака здоровья. Подхватывая эстафету движения биологической парадигмы в сторону гуманитарной сферы, философы предлагают считать здоровье «атрибутом антропности», доказывая, что оно присуще только человеку. В.Д. Жирнов [2001] обосновывает это положение наличием целеполагающей активности, которой нет у других биологических видов. Он пишет, что, с точки зрения биологов-эволюционистов (Дж. Холдейн), в результате антропосоциогенеза «человек не приспособлен к существованию в какой-либо экологической нише, но существует и способен существовать повсюду (вплоть до космического пространства), ибо вынужден и призван в целеполагающей деятельности создавать необходимые (в идеале – нормативно-физиологические) условия своего существования» [Жирнов В.Д., 2001]. Именно авторское определение здоровья как состояния «целеполагающей жизнедеятельности, воспроизводящей психофизиологическую потребность в добровольном напряжении», внесено в энциклопедический словарь по клинической психологии в раздел «Психология здоровья» [2006, с. 164]. Очевидно, что такое расширение определения действительно создает почву для участия в обсуждении этой проблематики специалистов самых разных научных направлений. Но это, в свою очередь, порождает новое дробление «предельного» понятия на части: появляется «здоровье» телесное, психическое, духовное, нравственное, сексуальное, профессиональное, социальное и т.п. Единый объект исследования – человек – снова расчленяется на фрагменты, доступные для изучения методами разных научных направлений. Его здоровье описывается с точки зрения показателей, ограниченных соответствующими рамками. Круг снова замыкается, расширившись до пределов, непригодных для практики. Между тем – всюду жизнь. И вопросы об эффективности изысканий в области проблем здоровья звучат все острее, мы по-прежнему далеки от желаемого уровня результатов превентивных программ.

Развиваясь, психология здоровья попыталась взять на себя функцию интеграции знаний, накопленных в науках о человеке, касающихся здоровья. Рассматривая здоровье человека как системное понятие [Никифоров Г.С., 2003], эта дисциплина обращается к холистическому подходу [Ананьев В.А., 2006] и призывает рассматривать понятие целостности как базовое. Путем

объединения патогенетического и саногенетического подходов в исследовательской практике, исследователи пытались преодолеть умножение и разобщение ракурсов и описать холистическое, целостное здоровье [Ананьев В.А., 2006], определить его как «интегративную характеристику личности» [Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2009], как «интегральное, системное свойство человека», как «комплекс способностей» [Васильев М.А., 2006]. При этом подчеркивалось, что здоровье необходимо рассматривать в равновесии всех компонентов, составляющих природу человека, не отдавая приоритет биологическим, психологическим или социальным координатам.

В этих попытках можно увидеть реализацию давней мечты многих ученых XIX-XX столетий о создании метадисциплины, где, наконец, произойдет плодотворный синтез знаний, накопленных в науках о человеке. Однако по имеющимся в области психологии здоровья публикациям можно заметить, что акценты в них по-прежнему расставляются в соответствии с профессиональной принадлежностью авторов: на первый план выводятся то физиологические резервы организма, то саморазвитие личности, то «духовные основы здоровья». В истории науки есть попытки комплексного изучения человека. Однако их нельзя назвать удачными. Анализируя причины несостоятельности педологии и эргологии, которые задумывались создателями как интегральные научные направления, Е.П. Ильин [2007] указывает на два главных препятствия: 1) эти дисциплины «не смогли научно определить собственный предмет своего исследования»; 2) между специалистами смежных дисциплин существовал «понятийно-смысловой барьер», а также специалисты разных направлений просто недостаточно знали достижения других научных направлений.

В публикациях, посвященных психологии здоровья, пока практически не встречаются развернутые обсуждения собственного предмета этой дисциплины. Впрочем, вопрос о предмете до сих пор дискутируется и в других дисциплинах, связанных с психологией, и однозначно не определен. Анализ отечественных и зарубежных монографических изданий в области психологии здоровья, проведенный И.Н. Гурвичем [1999], показывает большое тематическое разнообразие. Автор считает, что в такой ситуации предметная область может раскрываться через определение «перечня основных тем, составляющих предмет теоретических и эмпирических исследований». Однако список этих тем оказывается настолько разнородным (от определения критериев психического и социального здоровья, обеспечения профессионального здоровья до совершенствования системы здравоохранения), что снова становится очевидной фрагментарность подходов, их узкоспециальное назначение. Центральная идея системности, холистического подхода к здоровью человека становится призрачной, удаляется в область философской риторики.

Зарубежные авторы отмечают, что наметившийся в последнее время в рамках психологии здоровья «акцент на профилактике, ориентированной на модели здоровья, ... позволит этой области в скором времени стать отдельной

специальностью» [Перре М., Бауман У., 2002]. Действительно, основной смысл саногенетического подхода в изучении здоровья заключается в исследовании причин и условий, позволяющих здоровому человеку сохранять полноценное функционирование и продвигаться к естественной старости с удовлетворительным качеством жизни. Созданием антропологического идеала занимались основатели гуманистического направления психологии, анализ устойчивых социокультурных эталонов здоровья предпринят и российскими авторами [Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001]. Системными моделями такого идеала занимались многие отечественные исследователи (В.А. Ананьев, Д.Н. Давиденко, Г.С. Никифоров, В.П. Петленко и др.).

Еще со времен Пифагора и Платона известны два способа заботы о здоровье человека: конструирование благоприятных для жизни и развития человека сред, в том числе и проектирование государственного устройства, и просвещение людей в области их собственной активности по отношению к своему образу жизни (знаменитые рекомендации по самосовершенствованию и достижению разнообразных моделей антропологического идеала). Древние считали, что оба пути необходимо обязательно совмещать. В Средние века акцент делался больше на личной ответственности человека, его поступках, говоря современным языком, на «образе жизни». В Новое время предпочтительными стали идеи разумного государственного устройства как универсального средства от индивидуальных страданий. Развивающемуся индустриальному обществу была необходима здоровая рабочая сила, что придавало идеям охраны здоровья экономическое звучание. Человек становился деталью огромного общественного механизма, и его «исправность» влияла на общий «КПД» социума.

Все последующие направления, изучающие здоровье человека, так или иначе включались в медицинскую парадигму. Это выражалось в идее необходимости «влияния» на человека, его «улучшения», спасения от него же самого знающими «как надо» специалистами. Таким образом, даже самые искренние «спасатели» попадали в ловушку стремления к власти над умами и продвижения себя на рынке услуг. Формирование мировоззрения человека «эпохи потребления» уплощало эмоциональную, ценностную, мотивационную сферу его личности. В задачи развития общества возводятся чрезвычайно спорные идеи: достичь полного удовлетворения всех потребностей человека, максимально облегчить его физическое существование, избавить его от боли, страданий, продлить до бесконечности жизнь. Но успехи цивилизации в этом направлении не остановили, а может и стали причиной роста нервно-психических расстройств, суицидальной активности, преступности и т.п. Сформулированные при этом антропологические идеалы так и оставались недостижимой мечтой большинства граждан. Завораживая своей красотой и гармонией, эти описания не отвечали на вопрос, как этого достичь. Попытки пропаганды здорового образа жизни, несомненно полезные в просветительском аспекте, тем не менее вызывают оскомины у большинства людей и не удовлетворяют их потребность в ответе на вопрос «как мне прожить мою жизнь, как уцелеть в этом безумном мире»?

Интересно, что это противопоставление понятий «здоровье» и «жизнь» часто встречается в повседневности. Нередко от человека, который, заболев, нарушает предписания доктора, можно слышать фразу: «Что же мне теперь, не жить, что ли?». Общепринятый контекст идеала «здорового образа жизни» и реальной жизни человека почему-то не сплавляются в органическое единство, заставляя ученых изучать проблемы «отношения к здоровью», «мотивации к ЗОЖ» и т.д. Таким образом, профилактика, ориентированная на модели здоровья, также не может до конца удовлетворить практические задачи и решить теоретическую проблему формулирования предмета психологии здоровья.

Здесь уместно вспомнить и радикальные взгляды на проблематику охраны здоровья, которую мы встречаем, например, в работах Ивана Иллича. «Модным сегодня самолечению, уходу за собой и даже ответственности за свое здоровье, – замечу, что все три эти формы осуществляют внедрение глобальных систем здравоохранения внутрь человеческого «я» с напористостью категорического императива – противостоит самоограничение... И я не согласен определять самоограничение как ответственность за самого себя. Как и Оруэлл, я скорее назвал бы его нормой этикета... Теперь уже можно сказать, что было ошибкой понимать здоровье как качество «оставшейся жизни» и как «сопротивляемость стрессовым нагрузкам». Следовательно, будучи разумными существами, мы должны осознавать, что погоня за здоровьем может приводить к расстройствам и заболеваниям. Дело не в том, чтобы найти научные, технические решения проблем здоровья – их в конечном счете не существует... Есть разумные пределы, за которые привычную «заботу о здоровье» выводить не следует. Нам нужно срочно определить, какие обязанности мы возлагаем на отдельных людей, какие – на общественные институты, и что мы оставляем в ведении государства... Да, мы испытываем боль, нас сражают недуги, мы умираем. Но мы еще и надеемся, смеемся, веселимся в праздники; мы испытываем радость, помогая друг другу; часто мы получаем лечение и, благодаря самым разным средствам, выздоравливаем. Мы не должны и дальше идти по пути, выхолащивающему человеческие переживания. Я призываю всех изменить свой взгляд на вещи и свое умонастроение, я призываю оставить заботу о своем здоровье и начать культивировать искусство жизни. Добавлю – не только его, но искусство страдания тоже, как и искусство умирания» [по Дюпюи Ж.-П., 2006].

Такое предельное философское расширение угла зрения на проблематику здоровья человека, конечно, не позволяет определиться с научным предметом, однако отрезвляет и лишает пафоса дискуссии об идеалах и методах «улучшения» населения. Потребность реальности – практические навыки человека по налаживанию его отношений с миром. Контекст реальности – признание права и ответственности человека самому выбирать критерий удовлетворяющего его качества жизни. Среди факторов, обуславливающих здоровье, человек не может изменить ни биологические константы наследственности и возраста, ни факт своего рождения и воспитания в определенной среде, ни груз уже перенесенных заболеваний. Единственное, что

ему подвластно, – научиться жить в гармонии с этими обстоятельствами, где критерий качества – внутри самого субъекта. Таким образом, принимая за основу приведенное выше определение здоровья как «целесообразной жизнедеятельности...», в качестве предмета дисциплины может выступать поведение человека, обеспечивающее его целостную адаптацию к условиям среды в контексте своих индивидуальных биологических и социальных констант. В этом случае становится обозримо очерченным пространство для интеграции знаний, накопленных в разных научных областях.

Интегративный подход в изучении здоровья человека разрабатывается на кафедре клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена со дня ее основания. В работах В.А. Ананьева предложена осевая модель систематизации знаний о здоровье человека, представленная в виде концепции «Цветок потенциалов», – своеобразной матрицы, в которой синтезируются теоретические и практические достижения наук о человеке. Она объединяет семь основных аспектов, в которых проявляет себя компетентность человека в отношении обстоятельств своей жизни. Гармоничное раскрытие всех компетенций составляет основу для описания «холистического здоровья» человека. «Раскрытие же отдельных компетенций (потенциалов личности) будет свидетельствовать о наличии «фрагментарного здоровья» (гипертрофированное развитие одних и гипотрофированное существование других). В основе холистического здоровья лежат процессы социального научения, основанные на самооценке (самоотношении) и саморегуляции. Таким образом, данный конструкт в меньшей степени зависит от темперамента, однако существенно зависит от образа Я-субъекта, который формируется в ходе социального научения на разных этапах онтогенеза (Bandura А., 1999)» [Ананьев В.А., 2006]. Можно сказать, что введенное автором в психологию здоровья понятие компетентности акцентирует практическую направленность теоретических изысканий. Компетентность понимается как совокупность способностей, знаний, умений и навыков, необходимых для гармоничной адаптации к реальной жизни. Примечательно, что еще основатель учения о стрессе и общем адаптационном синдроме Г. Селье призывал сформулировать принципы и правила поведения, вытекающие из «великих биологических законов, которые управляют защитой организма от вредных воздействий и облегчают жизнь во враждебном окружении, особенно при чрезмерном стрессе» [Лисицын Ю.П., 2004]. Это должен быть этический кодекс – «оптимальная жизненная стратегия» человека. Если обратиться к определениям понятия «психическое здоровье» (ВОЗ, Г. Айзенк, Г.К. Ушаков и др.), можно заметить, что его критерии в большой степени включают в себя навыки психической саморегуляции поведения человека в отношении своей личной жизни и его взаимодействия с социальным окружением. Таким образом, изучение адаптивного поведения человека, его психофизиологических механизмов, систематизация знаний о поведении риска, предшествующего заболеваниям (патогенетический подход), и поведения, способствующего благополучному функционированию человека (саногенетический подход), составляют основу для профилактических программ в рамках психологии здоровья. Развитие

«компетентностей» тогда составляется из информирования человека, а также расширения репертуара индивидуальных «базовых умений», составляющих «комплекс адаптационно-компенсаторных паттернов, отлаженная работа которого свидетельствует о нашем психическом и соматическом благополучии» [Ананьев В.А., 2006]. Это достигается с помощью занятий по тренировке навыков саморегуляции, освоению «семиотики телесности», актуализации внутренней картины здоровья человека и т.п.

Путаница в системе координат, на которой выстраивается индивидуальная норма адаптации, часто возникает в процессе социализации, когда формирование личности человека может превращать его в закрытую систему, не способную строить отношения Я-Мир на основе реальной обратной связи, заставляя человека жить в замкнутой системе вторичных когнитивных конструктов. «Какие механизмы определяют такое развитие?... Огромное количество отношений утрачивают эмоциональную окраску, и вот мы уже не в состоянии разобраться, что удерживает нас здесь, хочется ли делать то, что делаешь, быть с тем, с кем есть, есть то, что ешь?» [Алёхин А.Н., 1997]. Морфология и онтогенез «базовых умений», составляющих адаптивное поведение человека, также является обширной областью, нуждающейся в изучении в рамках психологии здоровья. Эти знания должны составлять научное обоснование профилактических программ, гуманитарных технологий и социальных практик в области конструирования благоприятных для здорового развития человека социальных сред (образовательных, трудовых и т.п.). Психология здоровья развивает идею о неспецифичности, универсальности содержания первичной профилактики как психосоматических расстройств, так и нервно-психической дезадаптации, а также девиантного поведения [Мягер В.К., 1985]. Однако необходимо признать, что теоретическое обоснование практических методов первичной превенции еще далеко от желаемой ясности. В науках о человеке уже накоплено много знаний, способных составить концептуальную базу психологии здоровья. Например, психофизиологические механизмы адаптивного поведения человека системно представлены в работах Е.П. Ильина, В.И. Медведева и других авторов; принципы, позволяющие «обосновать рекомендации, помогающие найти и апробировать собственные индивидуальные способы психологической самопомощи», разрабатываются в психософии [Курпатов А.В., Алёхин А.Н., 2002]; основы педагогики адаптивной школы разработаны в трудах Е.Я. Ямбурга, Ю.К. Бабанского, М.М. Поташника; вместе с тем, на наш взгляд, недостаточно освоенным является научное наследие, представленное в классических работах К. Бернара, Г. Селье, В.М. Бехтерева, В.Н. Мясищева и других классиков.

Не решен также вопрос о диагностическом инструментарии, позволяющем на единой концептуальной базе изучать целостное здоровье человека. Созданный на кафедре клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена под руководством В.А. Ананьева «Мультимодальный Интегративный Опросник МИО – 1» [2007], предназначенный для диагностики социально-личностных компетенций психосоматического здоровья человека, стал первым

шагом на пути формирования собственной диагностической базы психологии здоровья. Апробация этого опросника дала первые результаты, показывающие специфику функционирования этих компетенций у условно здоровых и больных людей. С другой стороны, выявленные ограничения использования этого опросника показывают необходимость продолжения развития указанного направления работы.

Известным камнем преткновения в повышении эффективности профилактических идей является разъединенность специалистов: теоретиков, практиков и организаторов. Необходимо не только разрабатывать теоретические положения, не только совершенствовать методы их практического применения, но и искать механизмы внедрения этих идей в практику, чем редко занимаются специалисты узких направлений. Действительность требует поиска механизмов взаимодействия специалистов как в науке, так и на уровне ведомств и служб. На кафедре разработаны системные модели развития индивидуального ресурса здоровья школьника, описанного на основе «Цветка потенциалов». Они включают микроуровень (индивидуум), мезоуровень (среда – школа, семья и другие вспомогательные социальные институты) и макроуровень – организация превентивной среды для школьников администрациями школ и муниципалитетов. Школы, работающие по этой системе, неизменно становятся победителями конкурсов регионального и федерального уровней по результатам оценки внедрения их программ развития. Накоплен опыт работы по созданию программ подготовки школьных бригад, которые, владея единой концептуальной базой и слаженными практическими навыками, могли бы осуществлять практическую деятельность в образовательных учреждениях. В совместном обучении администрации школы и основных специалистов можно видеть залог успеха фундаментального подхода к заботе о целостном здоровье юного поколения, противовес кампанейщине в работе. Как показала практика, системные технологии позволяют школе иметь ключ к упорядочиванию своей деятельности на новом смысловом уровне. Это экономит время, силы кадрового состава и средства за счет резкого повышения понимания своей деятельности. Ключевым в работе специалистов, решающих профилактические задачи, является фасилитарный подход, призванный создавать атмосферу, в которой будет осуществляться развитие необходимых для здоровья ребенка компетенций.

Таким образом, не вызывает сомнений своевременность и актуальность появления научной дисциплины «психология здоровья». В настоящее время очевидно, что эффективно решать практические задачи узкие дисциплины уже не в состоянии. Необходим междисциплинарный синтез, обеспечивающий информационный метаболизм уже накопленных знаний, интенсивный обмен в науках о человеке. Психология здоровья имеет все предпосылки для продуктивного осуществления такой задачи. Обозначенные методологические трудности в определении собственного предмета дисциплины, а также снятие понятийно-смысловых барьеров между специалистами, знания которых нужны для решения общих практических задач, разрешимы, если здравый смысл преодолет узкоспециальную амбициозность. В современном мире направления

развития научных дисциплин диктуют именно практические задачи. Развитие дисциплины в лоне кафедр клинической психологии, с нашей точки зрения, является большой удачей, шансом осуществить научно обоснованное развитие профилактического вектора в медицинской психологии.

Список литературы

1. Алёхин А.Н. Здоровье личности // Вестник Балтийской Академии. 1997. Вып. 16. С. 64-72.
2. Ананьев В.А Психология здоровья. кн.1, 2. – СПб.: Речь., 2006.
3. Бэкон Ф. Соч. в 2 т. Т. 1. 2-е изд., испр. и доп. – М.: Мысль, 1971. – 567 с.
4. Васильев М.А., Малыгина Я.В., Ананьев В.А. Опыт создания метода диагностики холистического здоровья (Мультимодальный Интегративный Опросник МИО-1) // Вестник Балтийской педагогической академии. 2006. Вып. 71.
5. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: предварительные итоги и перспективы // Психология здоровья: новое научное направление: материалы круглого стола с международным участием, Санкт-Петербург, 14-15 декабря 2009 г.– СПб.: СПбГИПСР, 2009. С. 33-39.
6. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Академия, 2001. – 352 с.
7. Ганнушкин П.Б. Постановка вопроса о границах душевного здоровья/ Избранные труды. – М.: Медицина, 1964. С.97-107.
8. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. – 1023 с.
9. Давыдовский И.В. Общая патология человека. – М.: Медицина, 1969. – 611 с.
10. Дююи Ж.-П. Медицина и власть // Отечественные записки. 2006. Т.3. №1. С. 7-22.
11. Жирнов В.Д. Здоровье – атрибут антропности // Философия здоровья. – М.: ИФ РАН, 2001. С. 129-145.
12. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Общая патофизиология (с основами иммунопатологии). 4-е изд. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2008. – 656 с.
13. Ильин Е.П. Психология и физиология: союз или конфронтация? (исторические очерки) в 2х томах. Челябинск: Изд-во «АТОКСО», 2007.
14. Перре М., Бауман У. (ред.) Клиническая психология. 2-е международное издание. – СПб.: Питер, 2002. – 1311 с.
15. Клиническая психология. Словарь / под ред. Н.Д. Твороговой // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах / Под общ. ред. А.В. Петровского. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 416 с.
16. Курпатов А.В., Алёхин А.Н. Психософия: методология, развитие личности и психотерапия. – СПб.: Сенсор, СПбУ МВДЖ России, Фонд «Университет», 2002. – 570 с.
17. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 520 с.
18. Лисицын Ю.П. Психологическая медицина. – М.: Медицина, 2004. – 148 с.
19. Мягер, В. К. Семейная психотерапия и перспективы ее использования для профилактики преступного поведения // Борьба с преступностью и проблемы нейтрализации криминогенных факторов сферы семьи и быта: межвуз. сб. / Ленингр. гос. ун-т им. А.А. Жданова. – Л., 1985. С. 163-167.
20. Никифоров Г.С. (ред.) Психология здоровья: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2003. – 607 с.
21. Шлюмбом Ю., Хагнер М., Сироткина И. История медицины: актуальные тенденции и перспективы / Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины (пер. с англ. и нем.) – СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге; Алтай, 2008. С. 8-40.

Функциональная межполушарная асимметрия как предпосылка организации эмоционально-личностной сферы

Н. П. Реброва

Введение

Функциональная межполушарная асимметрия является одним из наиболее общих системных свойств мозга и активно изучается представителями различных научных дисциплин. Результаты ее исследования имеют фундаментальное значение для многих областей знания – нейрофизиологии, психофизиологии, общей, дифференциальной и клинической психологии. Современные представления о функциональной межполушарной асимметрии сложились под влиянием двух групп фактов: результатов исследования психических функций при локальных поражениях мозга, показавших, что повреждение симметричных областей полушарий сопровождается неодинаковой клинической симптоматикой, а также результатов изучения психологических и поведенческих особенностей людей с разной моторной асимметрией рук. Эти группы фактов составили единое целое благодаря тому, что указывали на наличие в мозге человека высокостабильной латерализации функций.

В настоящее время накоплено большое количество данных о связях функциональной межполушарной асимметрии с различными психическими процессами, прежде всего познавательными [Реброва Н.П., Чернышова М.П., 2004; Леутин В.П., Николаева Е.И., 2005]. Самостоятельное направление представляют исследования, посвященные изучению зависимости между типом межполушарной асимметрии мозга и особенностями организации эмоциональных процессов [Хомская Е.Д., Батова Н.Я., 1992; Русалова М.Н., 2003]. Такие исследования тесно связаны с вопросом о значении врожденного и приобретенного в регуляции эмоций, их результаты могут служить доказательством роли генетических факторов в формировании эмоциональной сферы.

Межполушарное распределение эмоциональной регуляции широко исследуется как в норме, так и при патологии. Однако, несмотря на значительный поток работ, не существует однозначных выводов относительно межполушарной специализации эмоциональных процессов. В исследованиях здоровых людей, из наблюдений за пациентами с различной локализацией поражений головного мозга сложились довольно противоречивые представления о межполушарном распределении положительных и отрицательных эмоций.

Широкое распространение имеет представление о межполушарной специализации для эмоций разного знака: левого для положительных эмоций и правого – для отрицательных [Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1988; Хомская Е.Д., Батова Н.Я., 1992]. Однако в литературе приводятся сведения и об отсутствии эмоциональной специфичности полушарий и участии обоих полушарий в процессах регуляции эмоциональных процессов [Русалова М.Н.,

2003; Wanger T. et al., 2003]. Разногласия по вопросу о локализации мозговых механизмов эмоциональных реакций касаются не только левого или правого полушарий мозга как целостных структур, но и их отдельных зон. Ряд исследователей акцентирует внимание на роли передних отделов мозга в генерации эмоций различного знака [Davidson R., 1993]. Доказывается, что при преобладании активности левой фронтальной коры доминирует положительный эмоциональный фон, а при преобладании активности правой – негативный. В то же время есть работы, не подтверждающие связь между характером фронтальных асимметрий и знаком эмоций [Wanger T. et al., 2003]. Интенсивность эмоционального напряжения, независимо от его знака, большинство авторов связывают с активностью правого полушария [Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1988; Леутин В.П., Николаева Е.И., 2005].

По мнению М.Н. Русаловой [2003], эмоции разного знака могут генерироваться в обоих полушариях мозга. Противоречивость сведений о межполушарной организации положительных и отрицательных эмоций обусловлена различиями методических приемов, разной интенсивностью и классом изучаемых эмоций, а также индивидуальными особенностями исследуемых лиц.

Неоднозначные результаты получены и при изучении взаимосвязи функциональной межполушарной асимметрии и индивидуальных особенностей эмоциональной сферы у здоровых людей. В таких исследованиях межполушарная асимметрия обычно оценивается по поведенческим показателям. Наиболее известными и широко используемыми показателями проявления асимметрии полушарий являются показатели моторной асимметрии, прежде всего доминирование правой или левой руки. Наряду с этим для определения типа асимметрии используются сведения о сенсорных функциях (определение ведущего глаза, ведущего уха).

Сопоставление показателей мануальной моторной асимметрии с различными характеристиками эмоционально-личностной сферы, определяемыми с помощью психодиагностических тестов, проводилось в ряде работ. Одно из первых таких исследований было осуществлено психологами Мичиганского университета на выборке испытуемых двух возрастных групп 18-30 и 40-70 лет [Harburg E. et al., 1981]. Было установлено, что у леворуких мужчин первой возрастной группы более высокие, чем у правшей, показатели по параметрам «общая эмоциональность», «страх», «гнев», «снижение уровня самоконтроля». У леворуких женщин первой возрастной группы была выявлена большая, чем у праворуких, «эмоциональность». Во второй возрастной группе у мужчин различия отсутствовали, а у леворуких женщин отмечалась большая экстравертированность.

В работе Л.А. Шмаковой и С.Е. Волошенко [1983] мануальная моторная асимметрия сопоставлялась с личностными особенностями, определяемыми с помощью известного многошкального клинического опросника MMPI. Оказалось, что женщины с правым типом аплодирования эмоционально более стабильны и менее тревожны, чем женщины с левым типом.

Исследование, проведенное В.Н. Клейном, В.А. Москвиным и А.П. Чуприковым [1986] на контингенте мужчин в возрасте от 20 до 40 лет, выявило связь между типом межполушарной организации, определяемой по схеме «рука – глаз – ухо», и результатами психодиагностических оценок личности с помощью ряда тестов (ММРІ, шкала тревожности Спилбергера, личностный опросник Айзенка, методика цветовых предпочтений Люшера). Оказалось, что по мере нарастания леволатеральных признаков (доминирование правого полушария) увеличиваются значения таких шкал, как «нейротизм», «депрессия», «психотизм». А.П. Чуприковым предложена модель латеральной мозговой организации эмоциогенных систем. Согласно этой модели, левополушарные эмоциогенные системы связаны с «гиперстеническими» эмоциями (эйфория, мания, гнев, тревога), а правополушарные – с «астеническими» эмоциями (печаль, тоска, апатия, страх).

В более поздней работе В.А. Москвина [2002] изучалась связь эмоционально-личностных характеристик с индивидуальными профилями моторной асимметрии. Было показано, что у мужчин со скрытой леворукостью возрастают показатели по таким шкалам, как «шизоидность», «интрапсихическая дезорганизация», «гипотимия», «конформность», «совестливость», «робость», «эстетическая впечатлительность», «женственность». Кроме того, увеличивается показатель нейротизма по тесту Айзенка и значения шкал тревожности по тесту Спилбергера. У женщин связь вариантов межполушарной организации мозга с эмоционально-личностными характеристиками оказалась менее четкой.

Самостоятельное направление составляет изучение эмоционально-личностной сферы у левшей. Многие исследователи [Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1994; Москвин В.А., 2002] указывают на существование «первичного» (истинного) левшества, имеющего генетическую обусловленность, и «вторичного» (вынужденного) левшества, связанного с поражением левого полушария или с поражением правой руки. В настоящее время в психофизиологии и нейропсихологии сложилось представление о том, что мозговая организация психических процессов у «истинных» левшей отличается от таковой у правшей и характеризуется менее выраженной асимметрией, большим относительным преобладанием активности правого полушария [Жаворонкова Л.А., 2006]. С этим фактом связывают особенности эмоционально-личностной сферы левшей. Например, у них повышены показатели нейротизма (по личностному опроснику Айзенка) и тревожности (по шкале тревожности Спилбергера) [Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1994].

Следует отметить, что в рассмотренных работах характеристики эмоционально-личностной сферы сопоставлялись преимущественно с отдельными признаками моторной асимметрии. Более обоснованным является использование показателей, объединяющих признаки сенсорной и моторной асимметрии и характеризующих индивидуальный «профиль латеральной организации» мозга. Такой подход реализован в работе Е.Д. Хомской и Н.Я. Батовой [1992] при изучении здоровых испытуемых и больных с различными локальными мозговыми нарушениями. На основании результатов исследований

авторы заключают, что левое полушарие в большей степени «чувствительно» к положительной эмоциональной стимуляции, правое – к отрицательной; «левополушарные» индивиды проявляют себя скорее как оптимисты, а «правополушарные» – как пессимисты. Доминирование левого полушария связано с более низкими показателями по личностным шкалам тревожности, нейротизма, психотизма, депрессивности и конформности. Авторы делают вывод, что доминирование левого полушария обуславливает преобладание положительных эмоциональных процессов, а доминирование правого – отрицательных.

В то же время в некоторых работах не выявляются достоверные связи профиля полушарной латеральности с эмоционально-личностными особенностями испытуемых. Такие исследования немногочисленны, однако их наличие указывает на то, что проблема требует дальнейшего изучения. Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей эмоциональной сферы у здоровых испытуемых с разным профилем межполушарной асимметрии.

Материал и методы исследования

Для формирования групп с левополушарным и правополушарным типом асимметрии было обследовано 167 студенток психолого-педагогического факультета РГПУ им. А.И. Герцена. В исследовании участвовали только праворукие девушки, то есть те, которые пишут правой рукой. Совокупный профиль асимметрии определялся с помощью двух методов. Во-первых, использовался опросник Аннет, позволяющий определять моторную асимметрию. Во-вторых, проводился комплекс проб на определение ведущей руки, глаза, ноги и стороны вращения, по результатам которых рассчитывался суммарный показатель лево / правополушарного доминирования [Реброва Н.П., Чернышова М.П., 2004]. В соответствующие экспериментальные группы отбирали тех лиц, у которых по двум методикам устанавливалось преимущественное доминирование левого или правого полушария. Соотношение «лево / правополушарных» лиц среди обследованных составило приблизительно 3:1, что свидетельствует о преобладании первого типа межполушарной асимметрии в обследованной выборке. В результате были сформированы две группы по 40 человек каждая.

Для изучения эмоциональных процессов использовались следующие методики:

- Дифференциальные шкалы эмоций (К. Изард). Определялась степень выраженности 10 эмоций: интерес, радость, удивление, горе, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд, вина.
- Шкала тревожности Ч. Спилбергера (в адаптации Ю.Л. Ханина), предназначенная для выявления состояния ситуативной тревоги и тревожности как личностного свойства.
- Фрайбургский многофакторный личностный опросник (Freiburg Personality Inventory, FPI) – модифицированная форма В. Опросник содержит 12 шкал, но в данном исследовании использовались показатели только по семи шкалам:

невротичность, спонтанная агрессивность, депрессивность, раздражительность, уравновешенность, реактивная агрессивность, эмоциональная лабильность.

▪ Цветовой тест Люшера (адаптация Л.Н. Собчик). По данному тесту выявлялись различия между группами в рангах по восьми цветам, определялся уровень тревоги и коэффициент вегетативного баланса.

Статистическая обработка данных производилась с использованием t-критерия Стьюдента, критерия Манна-Уитни (для теста Люшера), коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнение показателей по тесту Люшера не выявило значимых различий между обследованными группами по общему преобладанию положительных или отрицательных эмоций. Однако по отдельным эмоциональным показателям достоверные различия обнаружилось: гнев, эмоциональная лабильность и депрессивность выше у «левополушарных», а тревога у «правополушарных» испытуемых. Данные о различиях между группами представлены в Таблице.

Корреляционный анализ установил разный характер взаимосвязей между изучаемыми эмоциональными показателями в исследованных группах. Депрессивность у «левополушарных» испытуемых связана с такими показателями, как гнев, спонтанная агрессивность ($p \leq 0,01$), раздражительность ($p < 0,01$), личностная тревожность ($p \leq 0,01$), эмоциональная лабильность ($p \leq 0,01$), невротичность, то есть в основном со стеническими эмоциями. Можно предположить, что в данной группе депрессивность обусловлена подавлением или вытеснением перечисленных эмоций. В группе «правополушарных» испытуемых депрессивность имеет выраженные положительные связи с личностной тревожностью ($p \leq 0,05$), эмоциональной лабильностью ($p \leq 0,01$) и удивлением ($p \leq 0,05$). Полученные результаты противоречат традиционному пониманию данной характеристики в психологической литературе, в которой депрессивность обычно определяется через апатию, печаль, тоску, страх, то есть астенические эмоции. Следовательно, в исследованных группах депрессивность обусловлена несколько отличными эмоциональными факторами: в группе «левополушарных» этот показатель в большей мере, чем у «правополушарных», связан со стеническими эмоциями.

Значения показателей эмоциональной сферы в группах «левополушарных» и «правополушарных» испытуемых

Шкалы	«Левополушарные» испытуемые	«Правополушарные» испытуемые	Достоверность различий (p)
Гнев	4,54±0,24	3,42±0,33	≤0,05
Депрессивность	6,44±0,22	4,92±0,24	≤0,05
Эмоциональная лабильность	6,80±0,34	5,53±0,43	≤0,05
Тревога ситуативная	1,25±0,17	2,05±0,16	≤0,01

Различия в корреляционных связях выявлены и в отношении эмоции «гнев». В группе «левополушарных» испытуемых выраженность гнева достоверно связана с небольшим количеством показателей: депрессивностью ($p \leq 0,01$), презрением ($p \leq 0,5$) и отвращением ($p \leq 0,5$). В группе «правополушарных» испытуемых гнев имеет положительные корреляционные связи с отвращением ($p \leq 0,05$), страхом ($p \leq 0,05$), презрением ($p \leq 0,5$), спонтанной и реактивной агрессивностью ($p < 0,01$), раздражительностью ($p \leq 0,01$). Такие результаты позволяют сделать вывод, что у «левополушарных» испытуемых гнев не только выражен сильнее, но и является более «обособленной» эмоцией. Поскольку гнев считается стенической эмоцией, то большая его выраженность в группе «левополушарных» испытуемых согласуется с предположением о большей выраженности стенических эмоций при данном профиле асимметрии.

Эмоциональная лабильность в обеих обследованных группах с высоким уровнем достоверности ($p \leq 0,01$) связана с невротичностью, депрессивностью, личностной тревожностью. Тревога (по тесту Люшера), более выраженная у «правополушарных» испытуемых, имеет положительную связь со спонтанной агрессивностью ($p \leq 0,01$). Поскольку корреляционный анализ позволяет выявлять только наличие взаимосвязи, то полученные результаты можно трактовать двояко. С одной стороны, можно предположить, что состояние тревоги способствует формированию агрессивных реакций, которые обеспечивают освобождение от эмоционального напряжения, а с другой – тревога может рассматриваться как следствие подавления агрессивных реакций.

Обращает на себя внимание различие в корреляционных связях страха в исследованных группах. У «левополушарных» испытуемых данный показатель положительно связан с чувством вины и ситуативной тревожностью ($p \leq 0,01$): эти три параметра образуют замкнутый комплекс. В группе «правополушарных» испытуемых страх положительно связан с гневом ($p \leq 0,01$), отвращением ($p \leq 0,01$), презрением ($p \leq 0,01$), реактивной агрессивностью ($p \leq 0,05$). Такие результаты свидетельствуют о различии эмоциональных процессов, связанных с переживанием страха.

«Левополушарные» и «правополушарные» испытуемые по-разному определяют вину. В группе «левополушарных» вина положительно связана с презрением ($p \leq 0,05$), удивлением ($p \leq 0,01$), ситуативной тревожностью ($p \leq 0,01$), стыдом ($p \leq 0,01$), страхом ($p \leq 0,05$). У «правополушарных» испытуемых вина связана только с горем. На основании этих данных можно предположить, что чувство вины в первой группе более сформировано и лучше осознается.

Корреляционный анализ также показал, что такие положительные эмоции, как радость и интерес, имеют больше взаимных положительных связей в группе «левополушарных» испытуемых. Этот факт можно трактовать как указывающий на склонность к переживанию положительных эмоций у девушек с левополушарным доминированием. В то же время в группе «правополушарных» испытуемых выделился комплекс отрицательных эмоциональных показателей, связанных между собой с высоким уровнем

достоверности ($p \leq 0,01$). В него входят следующие «отрицательные» эмоциональные характеристики: гнев, страх, отвращение, презрение, реактивная агрессивность, раздражительность, спонтанная агрессивность, тревога.

Таким образом, в исследовании были выявлены достоверно значимые различия в эмоционально-личностной сфере у праворуких девушек с разным профилем функциональной межполушарной асимметрии. Средние показатели гнева и эмоциональной лабильности выше у «левополушарных» испытуемых, а ситуативная тревожность и депрессивность – «у правополушарных», что указывает на некоторое преобладание положительных эмоций при левополушарном доминировании. Анализ корреляционных связей между эмоциональными характеристиками также свидетельствует о различиях в организации эмоциональной сферы у лиц с разным профилем функциональной межполушарной асимметрии и позволяет предполагать большую выраженность положительных эмоциональных процессов при доминировании левого полушария.

Для понимания механизмов большей выраженности эмоций гнева и эмоциональной лабильности при левополушарном профиле асимметрии можно привлечь нейрофизиологические и нейробиохимические данные о различиях в структурно-функциональной организации правого и левого полушария. Современные исследования межполушарных отношений указывают на то, что активационный тонус, интенсивность энергетических процессов левого полушария у праворуких людей в бодрствующем состоянии превосходит тонус правого [Фокин В.Ф., 2007]. Это связывают с более тесным взаимодействием стволовой ретикулярной формации с левым, а лимбических образований диэнцефального уровня – с правым полушарием, а также с различным распределением нейромедиаторных систем в полушариях.

Более высокий энергетический уровень левого полушария, возможно, лежит в основе преобладания таких эмоциональных процессов, как гнев и эмоциональная лабильность. Гнев традиционно рассматривается как активизирующая эмоция. Эмоциональная лабильность обычно трактуется в психологии как неустойчивость, быстрая смена эмоций и настроений. В физиологии лабильность характеризует скорость возникновения и прекращения нервного процесса, которая требует дополнительных энергозатрат. С этой точки зрения эмоциональная лабильность может быть рассмотрена как стеническая эмоциональная характеристика, связанная с процессами активации левого полушария.

В нашем исследовании показано, что доминирование правого полушария сопровождается более высокими показателями тревожности. Этот факт согласуется с большим числом исследований, посвященных роли межполушарной асимметрии в эмоциональных процессах. Считается, что тревога обусловлена в первую очередь повышением чувствительности лимбической системы, которая имеет выраженное влияние на правое полушарие [Хомская Е.Д., Батова Н.Я., 1992]. Уместно предположить, что

депрессивный фон способствует развитию тревоги, но возможно и обратное: тревога, не находящая выхода в агрессивных реакциях, ведет к депрессии.

Полученные результаты свидетельствуют в пользу представлений о том, что функциональная межполушарная асимметрия в значительной степени детерминирует эмоциональные состояния. Это согласуется с выводами М.Н. Русаловой [2003] о том, что «специализация» левого и правого полушарий в отношении их знака распространяется лишь на тонические эмоции, создающие состояния, эмоциональный фон. Что касается эмоциональных реакций и эмоционально-личностных качеств, то связь их с одним определенным полушарием не столь очевидна, и, скорее всего, в их регуляции участвуют оба полушария. Необходимо, однако, подчеркнуть, что биологическая обусловленность отличий в эмоциональных процессах у лиц с разным профилем функциональной межполушарной асимметрии не является окончательно доказанной; высказываемые суждения носят характер физиологически обоснованных гипотез. Индивидуальные различия в функциональной межполушарной асимметрии, вероятно, являются только одной из составляющих, определяющих эмоциональные особенности. В первую очередь это касается эмоционально-личностных свойств, на формирование которых оказывают существенное влияние не только биологические особенности данного индивида, но и разнообразные социальные факторы.

В свете вышеизложенного малообоснованным представляется стремление некоторых психологов и педагогов к упрощенной трактовке индивидуальных эмоциональных особенностей на основе простой модели, согласно которой правое полушарие ответственно за отрицательные эмоции, а левое – за положительные. Индивидуальный профиль функциональной межполушарной асимметрии может определять преобладание положительных или отрицательных эмоциональных состояний и отдельных эмоционально-личностных качеств. Однако такое влияние носит вероятностный характер, и на основании определения профиля асимметрии можно строить лишь предположения об особенностях эмоциональной сферы у конкретного индивида. Данный факт необходимо учитывать при отборе методов психокоррекции, оказании психологической помощи и профориентации.

Список литературы

1. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. 2-е изд. перераб и доп. – М.: Медицина, 1988. – 240 с.
2. Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н. Левши. – М.: Книга, ЛТД, 1994. – 232 с.
3. Жаворонкова Л.А. Правши-левши: Межполушарная асимметрия электрической активности мозга человека. – М.: Наука, 2006. – 222 с.
4. Клейн В.Н., Москвин В.А., Чуприков А.П. Функциональная асимметрия мозга и толерантность к эмоциональному стрессу // Неврология и психиатрия. – Киев: Изд-во «Здоров'я», 1986. Вып. 15. С.106-109.

5. Леутин В.П., Николаева Е.И. Функциональная асимметрия мозга: мифы и действительность. – СПб.: Речь, 2005. – 368 с.
6. Москвин В.А. Межполушарные отношения и проблема индивидуальных различий. – М.: МГУ; Оренбург: Изд-во ОГУ, 2002. – 288 с.
7. Реброва Н.П., Чернышова М.П. Функциональная асимметрия мозга человека и психические процессы. – СПб.: Речь, 2004. – 80 с.
8. Русалова М.Н. Функциональная асимметрия мозга и эмоции // Успехи физиологических наук. 2003. Т.34. №4. С 93-112.
9. Фокин В.Ф. Динамическая функциональная асимметрия как отражение функциональных состояний // Асимметрия. 2007. Т.1. № 1. С. 4-9.
10. Хомская Е.Д., Батова Н.Я. Мозг и эмоции (нейропсихологическое исследование). – М.: Изд-во МГУ, 1992. – 180 с.
11. Шмакова Л.А., Волошенко С.Е. Некоторые показатели структуры личности во взаимосвязи с тестом на аплодирование // Проблемы нейрокибернетики. Материалы VIII Всесоюзной конференции по нейрокибернетике. – Ростов-на-Дону.: Изд.-во РГУ, 1983.
12. Davidson R.J. Cerebral asymmetry and emotion: Conceptual and methodological conundrums // Cognit. Emot. 1993. V.7. P. 115-138.
13. Harburg E., Roeper P., Ozgoren F., Feldstein A. Handedness and temperament // Perceptual and Motor Skills. 1981. V.52. P. 283-290.
14. Wager T.D., Phan K.L., Liberzon I., Taylor S.F. Valence, gender, and lateralization of functional brain anatomy in emotion: a meta-analysis of findings from neuroimaging // Neuroimage. 2003. V.19. N3. P. 513-531.

**Библиографический указатель
основных русскоязычных изданий по медицинской психологии
(1873 – 1948)**

Л. Р. Кадис

Verba volant, scripta manent

Предлагаемый читателю литературный перечень содержит неперiodические издания (оригинальные работы и отдельные отиски крупных журнальных статей), раскрывающие общие и частные вопросы медицинской психологии, а также педологии и экспериментальной педагогики. Научные труды, увидевшие свет в указанные годы, позволяют со всей отчетливостью и определенностью продемонстрировать, как в прежнее время психология решала стоящие перед ней задачи практики (представляется, последние изменились с той поры не слишком значительно). В этом состоит методологическая и, можно надеяться, оздоравливающая функция этих работ сегодня, когда психология, отрываясь от практических нужд и потребностей живой человеческой личности, здоровой и больной, весьма рискует стать бесполезным рудиментарным элементом в ряду наук о человеке.

Считая излишним включение в указатель известных руководств по психологии (Г. И. Челпанова, Н. Ebbinghaus'a, Ch. Richet и проч.) и психиатрии (С. С. Корсакова, В. П. Сербского, А. У. Фрезе, Е. Краепелин'a, Е. Mendel'a, Н.

Schüle и др.), где частные медико-психологические факты тонут в общей массе разнообразных психологических и клинических сведений, мы тем не менее сочли необходимым привести ряд работ по детской психопатологии. Это обусловлено спецификой нашего университета и текущими направлениями научной работы кафедры. Мы также обошли стороной многочисленные психоаналитические труды, как переведенные на русский язык, так и изданные отечественными авторами в рассматриваемый период времени. Такая библиографическая работа в области психоанализа добросовестно и тщательно проведена покойным проф. В. И. Овчаренко.

Вполне отдавая себе отчет в том, что настоящий библиографический указатель далек от полноты и завершенности, и предполагая продолжить работу над ним в будущем, мы все же искренне надеемся, что он окажется небесполезным как для медицинского психолога, так и для иных специалистов, в первую очередь, врача-психиатра и педагога¹.

Общая медицинская психология

Медико-психологическая пропедевтика

1. **Викторов П. П.** Учение о личности как нервно-психическом организме. В 2-х тт. – М.: К. Т. Солдатенков, 1887-1904.
2. **Кречмер Э. (Kretschmer E.)** Медицинская психология / Пер. с 3-го нем. изд. под ред. и с предисл. В. Е. Смирнова. – М.: "Жизнь и знание", 1927.
3. **Розенбах П. Я.** О значении мозговых болезней для психологии. – СПб.: К. Л. Риккер, 1892.
4. **Рыбаков Ф. Е.** Границы психического здоровья и помешательства. – М.: Типо-лит. В. Рихтер, 1905.
5. **Циэн Т. (Ziehen Th.)** Об отношениях психологии к психиатрии / Пер. с нем. д-ра С. Лясс. – Киев: Лито-тип. т-ва И. Н. Кушнерев и К^о, 1902.
6. **Штёрринг Г. В. (Störring G. W.)** Психопатология в применении к психологии / Пер. А. А. Крогиуса. С предисл. акад. В. М. Бехтерева. – СПб.: Т-во "Знание", 1903.
7. **Щербак А. Е.** О значении анатомии и патологии нервной системы для физиологической психологии. – Варшава: Тип. Варшавского института глухонемых и слепых, 1898.

Психология лечебного процесса

8. **Вебер Р. (Weber R.)** Ипохондрия и мнительность (мнимые болезни) / Пер. с нем. – М.: Тип. А. А. Карцева, 1887.

¹ Основные принятые сокращения: тип. – типография, типо-лит. – типо-литография, лито-тип. – лито-типография, изд-во – издательство, кн-во – книгоиздательство, т-во – товарищество, б. г. – без указания года издания.

9. **Владимирский А. В.** Из психологии начинающего психиатра. – Киев: Лито-тип. т-ва И. Н. Кушнерев и К°, 1904.
10. **Лурия Р. А.** Врач и психогенез некоторых заболеваний внутренних органов. – Казань: Тип. "Красный печатник" Татполиграфа, 1928.
11. **Лурия Р. А.** Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. – 3-е изд., значит. доп. – М.: Медгиз, 1944.
12. **Россолимо Г. И.** Врач и больной (О роли психических факторов в медицине в связи с необходимостью упрощения лечения болезней нервной системы). – М.: Тип. т-ва И. Н. Кушнерев и К°, 1906.
13. **Тардые Э. (Tardieu E.)** Психология больных / Пер. с франц. – СПб.: Тип. т-ва "Народная польза", 1902.

Экспериментальная психология и её применение в клинике душевных болезней

14. **Ананьев Б. Г.** Опыт экспериментального изучения влияния музыки на поведение. – Владикавказ: Гос. тип. Ингушетии, 1927.
15. **Артёмов В. А., Бернштейн Н. А., Выготский Л. С., Добрынин Н. Ф., Лурия А. Р.** Практикум по экспериментальной психологии / Под ред. проф. К. Н. Корнилова. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1927.
16. **Басов М. Я.** Воля как предмет функциональной психологии. – Пг.: "Начатки знаний", 1922.
17. **Бернштейн А. Н.** Экспериментально-психологическая методика распознавания душевных болезней. – М.: Т-во "Печатня С. П. Яковлева", 1908.
18. **Бернштейн А. Н.** Клинические приёмы психологического исследования душевнобольных. Опыт экспериментально-клинической семиотики интеллектуальных расстройств. – М.: Студенческая медицинская издательская комиссия им. Н. И. Пирогова, 1911.
19. **Бехтерев В. М.** Объективная психология. В 3-х тт. – СПб.: Тип. П. П. Сойкина, 1907-1910.
20. **Бехтерев В. М., Владычко С. Д.** Материалы к методике объективного исследования душевнобольных. – СПб.: Тип. П. П. Сойкина, 1910.
21. **Бехтерев В. М., Владычко С. Д.** Об экспериментально-объективном исследовании душевнобольных. – СПб.: Тип. С.-Петербур. 1-ой труд. артели, 1911.
22. **Бине А., Анри В. (Binet A., Henry V.)** Умственное утомление / Пер. с франц. Е. Анри. Под ред. В. Анри. – М.: Педагогический журн. "Вестник воспитания", 1899.
23. **Бине А., Филипп Ж., Куртье Ж., Анри В. (Binet A., Philipp J., Courtier J., Henry V.)** Введение в экспериментальную психологию / Пер. с франц. Е. И. Максимовой. Под ред. проф. А. И. Введенского. – СПб.: Тип. П. П. Сойкина, 1895.
24. **Блонский П. П.** Память и мышление. – М. – Л.: Соцэкгиз, 1935.
25. **Болдуин Дж. М. (Baldwin J. M.)** Психология и её методы. Психология генетическая, физиологическая, экспериментальная, педагогическая и

- социальная / Пер. с англ. Л. Исакова и А. Пожежинского. Под ред. В. В. Битнера. – СПб.: "Вестник знания" (В. В. Битнера), 1908.
26. **Блуменау С. Ю., Лазурский А. Ф., Лопатнев М. П., Минцлова М. А., Неклюдова А. И., Румянцев Н. Е., Юргенс Е. А.** Методы экспериментального исследования личности. – СПб.: Педагогический музей военно-учебных заведений, 1908.
27. **Валицкая М. К.** К вопросу о психофизических измерениях у душевнобольных (Психометрические исследования). – СПб.: Тип. М. М. Стасюлевича, 1888².
28. **Василейский С. М.** Введение в теорию и технику психологических, педологических и психотехнических исследований. – Минск: Издание автора, 1927.
29. **Василейский С. М.** Статистический метод в применении к психологии, педагогике и психотехнике. – Минск: Издание автора, 1927.
30. **Василейский С. М.** Комментарий и инструкции к постановке испытаний по "Основному комплексу тестов", составленному проф. С. М. Василейским, А. А. Гайворовским и С. М. Вержболовичем. – Нижний Новгород: Тип. "Коллектив печатников", 1929.
31. **Василейский С. М., Гуцин И. А., Ротштейн Г. А.** Основной комплекс тестов для испытания умственной одарённости / Под общ. ред. проф. С. М. Василейского. – Нижний Новгород: Нижполиграф, Б. г.
32. **Василейский С. М., Сучкин Л. Н.** Основной комплекс тестов для испытания технической одарённости / Под общ. ред. проф. С. М. Василейского. – Нижний Новгород: Нижполиграф, Б. г.
33. **Владимирский А. В.** К методике экспериментального исследования личности. – СПб.: Тип. П. П. Сойкина, 1911.
34. **Владычко С. Д.** Методика экспериментально-психологического исследования воспроизводящего и комбинационного воображения у душевнобольных. – СПб.: Тип. С.-Петербур. 1-ой труд. артели, 1914.
35. **Войцеховский Н. В.** О влиянии менструации на нервно-психическую сферу женщины (Экспериментально-психологическое исследование). – СПб.: Тип. т-ва "Электро-тип. Н. Я. Стойковой", 1909.
36. **Вундт В. (Wundt W.)** Основы физиологической психологии / Пер. под ред. А. А. Крогиуса, А. Ф. Лазурского и А. П. Нечаева. В 16-ти вып. – СПб.: Тип. П. П. Сойкина, 1908-1914.
37. **Грот Н. Я.** Основания экспериментальной психологии. – М.: Типо-лит. т-ва И. Н. Кушнерев и К^о, 1896.
38. **Гуревич М. О., Серейский М. Я.** Учебник психиатрии / С предисл. П. Б. Ганнушкина. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1928³.
39. **Добрынин Н. Ф.** Колебания внимания. Экспериментально-психологическое исследование. – М.: РАНИОН, 1928.

² Учитывая различную нозологическую принадлежность обследованных автором больных, мы посчитали необходимым отнести работу к общему разделу указателя.

³ См. разделы "Методы исследования" в главах 3-7.

40. **Заборский К. И.** О памяти зрительных восприятий. Исследование в области экспериментальной психологии. – Юрьев: Тип. Шнакенбург, 1894.
41. **Зиновьев П. М.** Роль психологического эксперимента в психиатрии. – М.: Тип. Штаба московского военного округа, 1912.
42. **Иванов-Смоленский А. Г.** Методика исследования условных рефлексов у человека (ребёнка и взрослого, здорового и больного). – Л.: Изд-во "Практическая медицина", 1928.
43. Измерения интеллекта. – Харьков: "Вопросы труда" и Всеукраинский институт труда, 1928.
44. **Корнилов К. Н.** Учение о реакциях (Реактология). – 3-е изд., исправл. и доп. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1927.
45. **Крогиус А. А.** Методы исследования умственного утомления. – Саратов: Тип № 2 Крайполиграфпром, Б. г.
46. **Лазурский А. Ф.** Программа исследования личности. – 3-е перераб. изд. – Пг.: Кн. склад "Земля" В. Клестова, 1915.
47. **Лазурский А. Ф.** Психология общая и экспериментальная. – 2-ое изд. – Пг.: "Земля", 1915.
48. **Лазурский А. Ф.** К учению о психической активности. Новые экспериментальные данные. – М.: Типо-лит. т-ва И. Н. Кушнерев и К°, 1916.
49. **Лазурский А. Ф.** Очерк науки о характерах. – 3-е доп. изд. – Пг.: К. Л. Риккер, 1917.
50. **Лазурский А. Ф., Румянцев Н. Е.** Об индивидуальных особенностях восприятия. – СПб.: Тип. П. П. Сойкина, 1912.
51. **Ланге Н. Н.** Психологические исследования. Закон перцепций. Теория волевого внимания. – Одесса: Тип. Одесского военного округа, 1893.
52. **Ланге Н. Н.** Психология. Основные проблемы и принципы. – М.: Т-во "Мир", 1922.
53. **Леонтьев А. Н.** Развитие памяти. Экспериментальное исследование высших психологических функций / С предисл. Л. С. Выготского. – М. – Л.: Гос. учебно-педагогическое изд-во, 1931.
54. **Мандрыка А. М.** Математические методы в их применении к психотехнике. – М. – Л.: ОГИЗ – Гос. социально-экономическое изд-во, 1931.
55. **Мёйман Э. (Meumann E.)** Экономия и техника памяти. Экспериментальные исследования о запечатлении и запоминании / Пер. с 3-го знач. доп. нем. изд. и предисл. прив.-доц. Н. Самсонова. – М.: "Космос", 1913.
56. **Мюнстерберг Г. (Münsterberg H.)** Основы психотехники / Пер. с нем. под ред. и с предисл. Б. Н. Северного и В. М. Экземплярского. В 4-х тт. – М.: "Русский книжник", 1922-1925.
57. **Нарбут В. М.** Психологическая лаборатория Психиатрической клиники в Гиссене. – СПб.: Тип. М. М. Стасюлевича, 1906.
58. Неврология, невропатология, психология, психиатрия. Сборник, посвящённый 40-летию научной, врачебной и педагогической деятельности проф. Г. И. Россолимо. 1884-1924 / Под общ. ред. В. К. Хорошко. – М.: Наркомздрав-Главнаука. 1925.

59. **Оршанский И. Г.** Измерение психических явлений. Из лекций по физиологической психологии, читанных в Харьковском университете в 1897 г. – Харьков: Паровая тип. и лит. Зильберберг, 1897.
60. **Осипов В. П.** Курс общего учения о душевных болезнях. – Берлин: Гос. изд-во РСФСР, 1923⁴.
61. **Павловская Л. С.** Экспериментально-психологическое исследование умозаключений у душевнобольных. – СПб.: "Русская скоропечатня", 1909.
62. **Перельман А. А.** Опыт графического изображения результатов экспериментально-психологического исследования по методу проф. Бернштейна. – Баку: Нар. ком. прос. АССР, 1923.
63. **Петров П. М.** Методы экспериментального обнаружения характера личности. – Симферополь: Крымский педагогический институт, 1930.
64. **Петровский Н. В.** Опыт исследования умственной одарённости взрослых в Америке. – М.: Т-во "А. В. Думнов и К°", 1925.
65. **Пиорковский К. (Piorkowski C.)** Человеческий интеллект. Введение в систему опытного исследования / Авториз. пер. с нем. под ред. Г. В. Франка. Со статьёй проф. Э. Меймана "Типы умственной одарённости". – Берлин: Кн-во "Аргонавты", 1922.
66. **Поварнин К. И.** Внимание и его роль в простейших психических процессах (Экспериментально-психологическое исследование). – СПб.: Тип. В. Я. Мильштейна, 1906.
67. **Поварнин К. И.** Материалы к вопросу об экспериментально-психологическом исследовании душевнобольных. – Пг.: Тип. Больницы Всех Скорбящих, 1917.
68. Протоколы заседаний Русского общества нормальной и патологической психологии за 1902 год. – СПб., 1906.
69. Протоколы заседаний Русского общества нормальной и патологической психологии за 1903, 1904, 1905 и 1906 года. – СПб., 1908.
70. Психологический профиль. Серии тестов / Под ред. П. А. Рудика. – М.: Психологическая лаборатория АКВ, 1932.
71. Психо-физиологический эксперимент в клинике нервных и душевных болезней. Сборник работ. В 2-х вып. / Под ред. проф. В. Н. Мясищева. – Л.: Институт мозга, 1933-1936.
72. **Рейтц Г. В.** Экспериментальное исследование выбора у душевно-здоровых и душевнобольных. – Харьков: "Научная мысль", 1925⁵.
73. **Рибо Т. (Ribot Th.)** Болезни памяти / Пер. с франц. под ред. А. Черемшанского. – СПб.: Ред. журн. "Медицинская библиотека", 1881.
74. **Рибо Т. (Ribot Th.)** Болезни воли / Пер. с франц. под ред. д-ра Томашевского. – СПб.: А. Е. Рябченко. 1884.
75. **Рибо Т. (Ribot Th.)** Болезни личности / Пер. с франц. – СПб.: А. Е. Рябченко, 1886.

⁴ См. главы VIII "Содержание науки психологии и её методы" и XVI "Методика психологического исследования личности".

⁵ См. прим. к № 27.

76. **Рибо Т. (Ribot Th.)** О чувственной памяти / Пер. с франц. врача Н. Вырубова и Е. Николаевой. Под. ред. и с предисл. проф. В. М. Бехтерева. – Казань: К. Л. Риккер, 1895.
77. **Рибо Т. (Ribot Th.)** Психология внимания / Пер. с 3-го франц. изд. – Киев – Харьков: Ф. А. Иогансон, 1897.
78. **Рибо Т. (Ribot Th.)** Психология чувств / Пер. с франц. М. Гольдсмит. – СПб.: Ф. Павленков, 1898.
79. **Россолимо Г. И.** Общая характеристика психологических профилей 1) психически недостаточных детей и 2) больных нервными и душевными болезнями. – М.: Тип. т-ва И. Н. Кушнерев и К^о, 1911⁶.
80. **Россолимо Г. И.** Психологические профили. Количественное исследование психических процессов в нормальном и патологическом состояниях. Методика. – 2-ое перераб. изд. – М.: Тип. Я. Г. Сазонова, 1917.
81. **Россолимо Г. И.** Экспериментальное исследование психомеханики по индивидуальным и массовым методам. – М.: Изд-во 1-го МГУ, 1928.
82. **Рудик П. А.** Стандарты психотехнических испытаний. – Л.: "Практическая медицина" (основ. В. С. Эттингер), 1926.
83. **Рудик П. А.** Умственная одарённость и её измерение. – М.: Изд-во Коммунистического университета им. Я. М. Свердлова, 1927.
84. **Румянцев Н. Е.** Экспериментальное исследование личности. – СПб.: Тип. П. П. Сойкина, 1907.
85. **Рыбаков Ф. Е.** Атлас для экспериментально-психологического исследования личности с подробным объяснением и описанием таблиц (Составлен применительно к цели педагогического и врачебно-диагностического исследования). – М.: Тип. т-ва И. Д. Сытина, 1910.
86. **Рыбаков Ф. Е.** Внимание при умственной работе у студентов и слушательниц курсов. – М.: Типо-лит. т-ва И. Н. Кушнерев и К^о, 1911.
87. **Сеченов И. П.** Психологические этюды. – СПб.: Тип. Ф. С. Сущинского, 1873.
88. **Сирота И. М., Подклетнов С. И., Петров П. М.** Краткие описания и способы обращения с приборами оборудования психотехнических, психофизиологических и педологических лабораторий и медицинских инструментов, изготовляемых Законом им. Ленинградского комсомола / Под общ. ред. С. И. Ионова. – Л.: Тип. "Красный печатник", 1934.
89. **Скляр Н. И.** Зоммеровская клиника и экспериментально-психологический метод исследования при нервных и душевных болезнях. – М.: Тип. Штаба московского военного округа, 1912.
90. **Теплов Б. М., Шеварев П. А., Смирнов А. А.** Психологические тесты для взрослых по Эд. Торндайку. Ч. 1. Вариант для упражнения. – М.: 17-я тип. "Мосполиграф", 1929.
91. **Топалов С. И.** О влиянии процесса сосредоточения (resp. внимания) на мышечную работу. Экспериментально-психологическое исследование. – СПб.: Тип. Штаба отдельного корпуса жандармов, 1909.

⁶ См. прим. к № 27.

92. **Уотсон Дж. Б. (Watson J. B.)** Психология как наука о поведении / Пер. со 2-го доп. и перераб. англ. изд. И. Н. Мухравской и Д. С. Лопухина. Под ред. и со вступ. статьёй проф. В. П. Протопопова. – Харьков: Гос. изд-во Украины, 1926.
93. **Цимкин И. И.** Сравнительные опыты с методом Ebbinghaus'a и пересказом продиктованного текста. – М.: Тип. Штаба московского военного опыта, 1914.
94. **Циэн Т. (Ziehen Th.)** Физиологическая психология. В 15-ти лекциях / Пер. с 8-го нем. изд. проф. В. Ф. Чижа. – М.: Ю. И. Лепковский, 1909.
95. **Челпанов Г. И.** Введение в экспериментальную психологию. – 3-е изд. – М.: Гос. изд-во, 1924.
96. **Ширман А. К.** Процессы памяти при зрительном, слуховом и чувство-двигательном восприятии (Экспериментальное исследование). – СПб.: "Владимирская" типо-лит., 1904.
97. **Шульце Р. (Schulze R.)** Техника психологического и педагогического эксперимента / Пер. со 2-го нем. изд. И. Адрианова, Г. И. Беляева, Е. Л. Израэля и др. С предисл. проф. А. Ф. Лазурского. – СПб.: М. К. Костин, 1912.
98. **Шульце Р. (Schulze R.)** Практика экспериментальной психологии, педагогики и психотехники / Пер. с 5-го нем. изд. А. В. Сулима-Самуйлло и М. М. Андрияшева. Под ред. и с предисл. Л. С. Выготского и А. Р. Лурии. – М.: "Вопросы труда", 1926.

Частная медицинская психология

Психозы

(см. также общий раздел экспериментальной психологии)

99. **Владычко С. Д.** Внимание, умственная работоспособность и свободно возникающие ассоциации у больных ранним слабоумием. – СПб.: Тип. С.-Петербург 1-ой труд. артели, 1908.
100. **Владычко С. Д.** Характер ассоциаций у больных с хроническим первичным помешательством. – СПб.: Тип. С.-Петербург 1-ой труд. артели, 1909.
101. **Гутман Л. Г.** Экспериментально-психологические исследования в маниакально-меланхолическом психозе (Состояние сосредоточения гесп. внимания, умственная работоспособность и ассоциации). – СПб.: Тип. В. Я. Мильштейна, 1909.
102. **Завадовский К. Н.** Характер ассоциаций у больных с хроническим первичным помешательством (Экспериментально-психологическое исследование). – СПб.: Паровая скоропечатня М. М. Гутзаца, 1909.
103. **Захарченко М. А.** Об особенностях памяти при прогрессивном параличе помешанных (К патологии памяти). – Киев: Типо-лит. т-ва И. Н. Кушнерев и К°, 1904.

104. **Ильин А. В.** Опыт экспериментального исследования процесса сосредоточения у слабоумных. Предварительное сообщение. – СПб., 1908⁷.
105. **Ильин А. В.** О процессах сосредоточения (внимания) у слабоумных душевнобольных. Экспериментально-психологическое исследование душевнобольных. – СПб.: Тип. В. Я. Мильштейна, 1909.
106. **Михайлов М. Д.** Психологическое и клиническое исследование чувств в одном случае меланхолии (*Melancholia simplex*). – Киев: Лито-тип. т-ва И. Н. Кушнерев и К^о, 1903.
107. **Павловская Л. С.** Экспериментально-психологическое исследование над больными с нарастающим паралитическим слабоумием. – СПб.: "Русская скоропечатня", 1907⁸.
108. Современные проблемы шизофрении. Доклады на конференции по шизофрении в июне 1932 г. / Под ред. проф. П. Б. Ганнушкина, проф. В. А. Гиляровского, проф. М. О. Гуревича, проф. М. Б. Кроля, д-ра Н. И. Проппера и д-ра А. С. Шмарьяна. – М. – Л.: Гос. мед. изд-во, 1933⁹.

Актуальные неврозы и психоневрозы

109. **Владимирский А. В.** Психологическое и клиническое исследование чувства "неприятного" в двух случаях неврастения. – Киев: Типо-лит. т-ва И. Н. Кушнерев и К^о, 1903.
110. **Дежерин Ж. Ж., Гоклер И. (Dejerine J. J., Gauckler E.)** Функциональные проявления психоневрозов, их лечение психотерапией / Пер. проф. Вл. Сербского. – М.: "Космос", 1912.
111. **Дюбуа П. (Dubois P.)** Психоневрозы и их лечение / Авториз. пер. д-ра М. М. Симзена, доп. по послед. изд. Р. И. Лепской. Под ред. д-ра В. П. Осипова. – СПб.: К. Л. Риккер, 1912.
112. **Жане П. (Janet P.)** Неврозы / Пер. с франц. д-ра С. С. Вермеля. Под ред. и с предисл. Л. С. Минора. – М.: "Космос", 1911.
113. **Иванов-Смоленский А. Г.** О процессах сосредоточения при психастении. – Харьков: "Научная мысль", 1925.
114. **Кречмер Э. (Kretschmer E.)** Об истерии / Пер. со 2-го нем. изд. И. И. Боргмана. Под ред проф. В. П. Осипова. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1928.
115. **Кюллер А. (Cullerre A.)** Нервность и неврозы, гигиена нервных людей / Пер. под ред. д-ра М. М. Волковой. С предисл. прив.-доц. С. Н. Данилло. – СПб.: Тип. А. С. Суворина, 1893.

⁷ Д-ром А. В. Ильиным были обследованы больные ранним слабоумием (*dementia praecox*), хронической паранойей и старческим слабоумием (с выраженной продуктивной симптоматикой). Это позволяет нам отнести работы автора к настоящему разделу указателя.

⁸ Среди обследованных д-ром Л. С. Павловской больных прогрессивным параличом преобладали лица с выраженной продуктивной симптоматикой (бредовыми идеями величия, аффективными расстройствами и проч.). Ввиду этого мы сочли целесообразным отнести труд автора к настоящему разделу.

⁹ Для медицинского психолога наибольший интерес представляет статья Л. С. Выготского «К проблеме психологии шизофрении» (с. 19-28).

116. **Лёвенфельд Л. (Löwenfeld L.)** Современное лечение нейрастении, истерии и сродных с ними болезней / Пер. Н. И. Мухина. Под ред. проф. П. И. Ковалевского. – Харьков: Журн. "Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии", 1889.
117. **Раймонд Ф. (Raymond F.)** Неврозы и психо-неврозы. Неврастении синдром. Психастения – самостоятельный психо-невроз. Истерия / Пер. д-ра М. П. Соседовой. Под ред. и с предисл. д-ра Г. Е. Шумкова. – СПб.: Тип. 1-ой С.-Петербур. труд. артели, 1910.
118. **Фрейд З. (Freud S.)** Лекции по введению в психоанализ / Пер. д-ра М. В. Вульфа. С предисл. проф. Ив. Ермакова. В 2-х тт. – М.: Гос. изд-во, 1922.

Врождённое слабоумие

(см. также раздел "Медико-психологические исследования детского возраста")

119. **Азбукин Д. И.** Умственная отсталость детей и как с ней бороться. – М.: Главсоц НКП, 1926.
120. **Азбукин Д. И.** Клиника олигофрений. Учебное пособие для педагогических институтов и педагогов-дефектологов. – М.: Учпедгиз, 1936.
121. **Айрлэнд В. В. (Ireland W. W.)** Идиотизм и тупоумие / Пер. с англ. д-ра Б. В. Томашевского. С предисл. и доп. проф. И. П. Мержеевского. – СПб.: Тип. Г. Е. Благодетель, 1880.
122. Вопросы психологии глухонемых и умственно отсталых детей. Сборник статей / Под ред. Л. В. Занкова и И. И. Данюшевского. – М.: Учпедгиз, 1940.
123. **Граборов А. Н.** Вспомогательная школа (Школа для умственно отсталых детей). – 2-е изд. – Л.: Гос. изд-во, 1925.
124. **Граборов А. Н.** Олигофренопедагогика. Воспитание и обучение умственно отсталых детей. – М.: Учпедгиз, 1941.
125. **Грачёва Е. К.** Руководство по занятию с отсталыми детьми и идиотами. – СПб.: Братство во имя Царицы небесной, 1907.
126. **Грачёва Е. К.** Приюты-школы для детей идиотов и эпилептиков в Швеции, Франции и Германии. – СПб.: Типо-лит. М. П. Фроловой, 1909.
127. **Грачёва Е. К.** Воспитание и обучение глубоко-отсталого ребёнка. 35-летний опыт работы с дефективными детьми / С предисл. проф. Л. С. Выготского. – М. – Л.: Гос. учебно-педагогическое изд-во, 1932.
128. **Забугин Ф. Д.** Дети – олигофрены (Имбецилы и идиоты). – М.: Изд-во НКССО РСФСР, 1937.
129. **Завьялова Е. Н.** Воспитание и обучение умственно отсталых детей. – М.: Экспериментальный дефектологический институт им. М. С. Эпштейна, 1934.
130. **Занков Л. В.** Об исследовании умственно отсталого ребёнка. – М.: Экспериментальный дефектологический институт им. М. С. Эпштейна, 1934.
131. **Занков Л. В.** Психология умственно отсталого ребёнка. – М.: Учпедгиз, 1939.

132. **Квинт Л. А.** К методике объективного изучения умственно отсталых детей. Система Нечаева в применении к изучению умственного развития дефективных детей. – Харьков: Гос. изд-во Украины, 1925.
133. **Ковалевский П. И.** Отсталые дети (идиоты, отсталые и преступные дети), их лечение и воспитание. – СПб.: "Вестник душевных болезней", 1906.
134. **Корсаков С. С.** К психологии микроцефалов. – М.: Типо-лит. т-ва И. Н. Кушнерев и К°, 1894.
135. **Морозов М. С.** Материалы к антропологии, этиологии и психологии и идиотизма. – СПб.: Тип. В. П. Мещерского, 1902.
136. **Мэннель Б. (Maennel В.)** Школы для умственно отсталых детей / Пер. врача М. Владимирского. С предисл. докт. мед. А. Л. Щеглова. – СПб.: "Посев", 1911.
137. **Новик Ф. М.** История воспитания и обучения умственно отсталых детей. – М.: Учпедгиз, 1939.
138. Педология умственно отсталого и физически-дефективного детства. Сборник / Под ред. проф. Д. И. Азбукина. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1930.
139. **Рабинович С. Я.** К клинике и экспериментальной психологии монголизма. – М.: Тип. т-ва И. Н. Кушнерев и К°, 1916.
140. **Россолимо Г. И.** Психологические профили дефективных учащихся (в отношении пола, возраста, степени отсталости и пр.). – М.: Тип. т-ва И. Н. Кушнерев и К°, 1914.
141. **Россолимо Г. И.** Краткий метод исследования умственной отсталости. – М.: Тип. Я. Г. Сазонова, 1914.
142. **Сеген Э. (Seguin E.)** Воспитание, обучение и нравственное лечение умственно-ненормальных детей / Пер. с франц. М. П. Лебедевой. Под ред. В. А. Енько. – СПб.: М. Л. Лихтенштадт, 1903.
143. **Сикорский И. А.** О лечении и воспитании недоразвитых, отсталых и слабоумных детей. – 2-ое изд. – Киев: Лито-тип. т-ва И. Н. Кушнерев и К°, 1904.
144. Умственная отсталость, слепота и глухонмота. Психофизиология, педагогика, профилактика / Под ред. Я. Р. Гайлиса, Л. В. Занкова и С. С. Тизанова. – Л.: "Долой неграмотность", 1927.
145. Умственно отсталые дети и их воспитание. Сборник статей / под ред. С. С. Тизанова и Л. В. Занкова. – М.: Гос. изд-во, 1928.
146. Умственно отсталый ребёнок. Сборник статей / Под ред. Л. С. Выготского и И. И. Данюшевского. – М.: Гос. учебно-педагогическое изд-во, 1935.

Алкоголизм и иные наркомании

147. **Владычко С. Д.** Влияние табачного дыма на нервную систему и организм вообще, с обращением внимания на профилактику и терапию острого и хронического отравления. – СПб.: Журн. "Практическая медицина" (В. С. Эттингер), 1909.
148. Вопросы наркологии. Сборники 1-2 / Под ред. прив.-доц. А. С. Шоломович. – М.: Мосздравотд., 1926-1928.

149. **Зандер Н. В.** К вопросу о чрезвычайном развитии наркомании (особенно кокаинизма) среди взрослого и преимущественно детского населения и о мерах борьбы с этим социальным бедствием. – М., 1926.
150. **Камаев А. Л.** Анашизм. Социально-бытовое и клинико-психиатрическое исследование. – Самара: Тип. им. т. Мяги, 1931.
151. **Коровин А. М.** Опыт анализа главных факторов личного алкоголизма. – М.: Типо-лит. В. Рихтер, 1907.
152. **Крепелин Э. (Kraepelin E.)** Упоительность спиртных напитков как причина их распространения (Психология алкогольного отравления) / Пер. и предисл. О. С. Тутолминой и д-ра Н. Н. Тутолмина. – СПб., 1912.
153. **Нечаев А. П.** Табак и его влияние на умственную деятельность взрослых и детей. – М.: "Жизнь и знание", 1925.
154. **Рише Ш. (Richet Ch.)** Умственные яды (алкоголь, хлороформ, опиум и др.) / Пер. с франц. и примеч. С. А. Боровского. – Нижний Новгород: Тип. Н. Ройского и Д. Душина, 1886.
155. **Светлов В. С.** Внимание, психическая работоспособность и ассоциации у страдающих хроническим алкоголизмом (Экспериментально-психологическое и клиническое исследование). – Минск: Электро-тип. И. Каплан, 1916.
156. **Сикорский И. А.** О действии алкоголя на психическую сферу. – Киев, 1898.
157. **Тутолмин Н. Н.** Алкоголизм и как от него избавляются. – 3-е изд., испр. и доп. – Л.: Изд-во "Ленинградская правда", 1930.
158. **Форель А. (Forel A.)** Спиртные напитки как причина сумасшествия (Алкоголь и душевные расстройства) / Пер с нем. В. М. Бонч-Бруевич (Величкиной). – 5-ое изд. – М.: "Жизнь и знание", 1922.
159. **Циэн Т. (Ziehen Th.)** Влияние алкоголя на нервную систему / Пер. с нем. врача Я. Братина. – СПб.: Тип. С. Добродеева, 1896.
160. **Шоломович А. С.** Кокаин и его жертвы. Научно-популярный очерк. – М.: Мосздравотд., 1924.

Нервно-психическая гигиена и профилактика

161. **Громбах В. А.** Как трудящимся бороться за здоровые нервы (Психогигиена и психопрофилактика труда и быта) / Под ред. д-ра Ф. Ю. Бермана. – М.: Мосздравотд., 1929.
162. **Клаустон Т. С. (Clouston Th. S.)** Гигиена ума / С предисл., примеч. и доп. главой проф. д-ра А. Фореля. Пер. кандидата прав А. Кукеля. – М.: Типо-лит. Л. Люндорф, 1910.
163. **Крепелин Э. (Kraepelin E.)** Гигиена труда. – Умственный труд. – Переутомление. Три очерка / Пер. с нем. – СПб.: О. Н. Попов, 1898.
164. **Лёвенфельд Л. (Löwenfeld L.)** Умственный труд и его гигиена / Пер. с нем. врача П. И. Лурье-Гиберман. – СПб.: Журн. "Современная медицина и гигиена", 1907.
165. **Мёбиус П. Ю. (Möbius P. J.)** Гигиена нервных людей / Пер. с последнего нем. изд. П. Майман. – Киев – Харьков: Ф. А. Иогансон, 1894.

166. **Осипов В. П.** Профилактика душевных расстройств в связи с их этиологией. – Казань: Типо-лит. Казанского ун-та, 1906.
167. **Осипов В. П.** Как предупредить душевные заболевания. – Л. – М.: Гос. мед. изд-во, 1931.
168. Психогигиена и психопрофилактика детей и подростков / Под ред. Э. Ю. Шурпе. – М.: Гос. мед. изд-во, 1933.
169. **Радин Е. П.** Охранение нервного и душевного здоровья учащихся. – СПб.: Тип. Б. М. Вольфа, 1910.
170. **Розенштейн Л. М.** Профилактика нервных и психических заболеваний. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1927.
171. **Россолимо Г. И.** Когда и как предупреждать болезни нервной системы. – М.: Кн-во "Современные проблемы" Н. А. Столляр, 1927.
172. **Сикорский И. А.** Задачи нервно-психической гигиены и профилактики. – Киев: Тип. С. В. Кульженко, 1887.
173. **Сикорский И. А.** Сборник научно-литературных статей по вопросам общественной психологии, воспитания и нервно-психической гигиены. В 5-ти кн. Кн. 3. Статьи по вопросам нервно-психической гигиены. – Киев – Харьков: Южнорус. кн-во Ф. А. Иогансона, 1900.
174. **Форель А. (Forel A.)** Гигиена нервной системы в здоровом и больном теле / Пер с нем. А. Ляховского. В 2-х тт. – СПб.: С. М. Пропер, 1908.

**Медико-психологические исследования
детского и подросткового возраста
(см. также раздел "Врождённое и приобретённое слабоумие")**

175. **Акифьев Д. В.** Психологические профили неуспевающих учащихся (метод психологического исследования Г. И. Россолимо). – Нижний Новгород: Отд. тип. газеты "Волгарь", 1913.
176. **Анри В. (Henry V.)** Современное состояние экспериментальной педагогики, её методы и задачи. – М.: Педагогический журн. "Вестник воспитания", 1900.
177. **Аркин Е. А.** Дошкольный возраст. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1929.
178. **Артёмов В. А.** Детская экспериментальная психология. Школьный возраст. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1929.
179. **Артёмов В. А.** Изучение ребёнка. Метод простейших экспериментально-психологических испытаний поведения ребёнка. Пособие для психологов, педологов, врачей и педагогов. – 2-ое изд. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1930.
180. **Арямов И. А.** Рефлексология детского возраста. Развитие человеческого организма и характеристика разных возрастов. – 3-е изд. – М.: "Работник просвещения", 1927.
181. **Арямов И. А.** Основы педологии. – 4-е доп. изд. – М.: "Работник просвещения", 1930.

182. **Басов М. Я.** Методика психологических наблюдений над детьми. – 3-е изд., испр. и доп. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1926.
183. **Басов М. Я.** Общие основы педологии. – 2-е изд., испр. и доп. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1931.
184. **Бельский П. Г., Никольский В. Н.** Исследование эмоциональной сферы несовершеннолетних, отклоняющихся от нормы в своём поведении. – М.: Юридическое изд-во Наркомюста РСФСР, 1924.
185. **Бибанова Е. Г.** О ребёнке в первый год его жизни. Наблюдения над психическим развитием детей от 4 до 12 месяцев и педагогика младенчества / Под ред. и с предисл. проф. А. С. Дурново. – М.: Отдел охраны материнства и младенчества Наркомздрава, 1923.
186. **Бине А., Симон Т. (Binet A., Simon Th.)** Ненормальные дети. Руководство при приёме ненормальных детей в специальные классы / Пер. с франц. д-ра М. Владимирского. – М.: М. и С. Сабашниковы, 1911.
187. **Бине А., Симон Т. (Binet A., Simon Th.)** Развитие интеллекта у детей / Пер. д-ра С. И. Зандер. С предисл. прив.-доц. А. Н. Бернштейна. – М.: В. М. Саблин, 1911.
188. **Бине А., Симон Т. (Binet A., Simon Th.)** Методы измерения умственной одарённости. Сборник статей / Пер. Е. Эльштейн. Под ред. С. Л. Рубинштейна. – Харьков: Гос. изд-во Украины, 1923.
189. **Блонский П. П.** Педология. – М.: "Работник просвещения", 1925.
190. **Блонский П. П.** Трудные школьники. – 2-ое изд., испр. и доп. – М.: "Работник просвещения", 1930.
191. **Блонский П. П.** Развитие мышления школьника. – М.: Учпедгиз, 1935.
192. **Блонский П. П., Ионова М. И., Левинский В. П., Шейман М. С.** Методика педологического обследования детей школьного возраста / Под общ. ред. П. П. Блонского. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1927.
193. **Болтунов А. П.** Метод анкеты в педагогическом и психологическом исследовании. – М., 1916.
194. **Болтунов А. П.** Практикум по теории психологических испытаний. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1927.
195. **Болтунов А. П.** Измерительная скала ума для подклассных испытаний школьников. – 2-ое изд., заново перераб. и значит. доп. – Л.: Кн-во "Сеятель" Е. В. Высоцкого, 1929.
196. **Болтунов А. П.** Педагогический эксперимент в массовой школе. – 2-е изд., испр. и доп. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1930.
197. **Бухгольц Н. А., Шуберт А. М.** Испытания умственной одарённости и школьной успешности. Массовые американские тесты. – М.: "Новая Москва", 1926.
198. **Бюлер К. (Bühler K.)** Душевное развитие ребёнка / Пер. с 3-го нем. изд. по ред. и с предисл. В. Е. Смирнова. – М.: "Новая Москва", 1924.
199. **Бюлер Ш., Гетцер Г. (Bühler Ch., Hetzer H.)** Диагностика нервно-психического развития детей раннего возраста (Тесты развития 1-6 годов жизни) / Пер. с нем. Н. И. Касаткина и Е. М. Лахтиной. Под ред. и с предисл. проф. Н. М. Щелованова. – М.: Учпедгиз, 1935.

200. **Бюлер Ш., Гетцер Г., Тюдор-Гарт Б. (Bühler Ch., Hetzer H., Tudor-Hart B.)** Социально-психологическое изучение ребёнка первого года жизни / Пер. с нем. М. Шнеерсон. Под. ред проф. Л. С. Выготского и А. Р. Лурии. С предисл. проф. А. Б. Залкинда. – М. – Л.: ОГИЗ – Гос. мед. изд-во, 1931.
201. **Вайнберг В. Я.** Исследование методики массовых испытаний по "психологическому профилю" проф. Г. И. Россолимо. – М.: Изд-во 1-го МГУ, 1927.
202. **Вайнберг В. Я.** Пониженная одарённость в свете социально-биологических факторов. – М.: "Работник просвещения", 1929.
203. **Веселовская К. П.** Педологический практикум. – 2-ое изд., значит. доп. – М.: "Работник просвещения", 1928.
204. **Вирениус А. С.** Характеристика учащегося (телосложение, темперамент и характер в пору школьного возраста). – СПб.: Типо-лит. Б. М. Вольфа, 1904.
205. **Владимирский А. В.** Об умственной работоспособности девочек и мальчиков. Исследование над детьми старшего возраста начальной школы. – СПб., 1910.
206. **Выготский Л. С.** Педагогическая психология. Краткий курс. – М.: "Работник просвещения", 1926.
207. **Выготский Л. С.** Мышление и речь. Психологические исследования / Под ред. и со вступ. статьёй В. Колбановского. – М. – Л.: Соцэкгиз, 1934.
208. **Выготский Л. С.** Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. – М.: Экспериментальный дефектологический институт им. М. С. Эпштейна, 1936.
209. **Выготский Л. С., Лурия А. Р.** Этюды по истории поведения. Обезьяна. Примитив. Ребёнок. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1930.
210. **Гаупп Р. (Gaupp R.)** Психология ребёнка / Пер. с 4-го нем. изд. и ред. С. В. Кравкова. – Л.: Гос. изд-во, 1924.
211. **Гезелл А. (Gesell A.)** Умственное развитие ребёнка. Методика диагностики умственного развития ребёнка от рождения до шести лет / Пер. с англ. под ред. проф. Е. А. Аркина. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1930.
212. **Гезелл А. (Gesell A.)** Педология раннего возраста / Пер. с англ. А. Д. Островского. Под ред. проф. В. Г. Штефко. – М. – Л.: Гос. учебно-педагогическое изд-во, 1932.
213. **Граборов А. Н.** Типы трудных детей. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1930.
214. **Грибоедов А. С.** На пути к преступлению (Трудновоспитуемые дети). – Л.: Изд-во "Рабочий суд", 1928.
215. **Грибоедов А. С.** Умственная одарённость и принципы отбора детей во вспомогательные школы. – Л.: Гос. психоневрологическая академия, 1928.
216. **Грос К. (Groos K.)** Душевная жизнь ребёнка. Избранные лекции / Пер. со 2-го расшир. и доп. изд. В. В. Деловой со вступ. статьёй В. В. Зеньковского. – Киев: Киевское Фребелевское общество, 1916.
217. **Гуревич М. О.** Психопатология детского возраста. – М.: М. и С. Сабашниковы, 1927.

218. **Гурьянов Е. В.** Тесты испытания моторного развития Д. Брэйса. Методическое руководство. – М.: Научно-педагогический институт методов школьной работы, 1928.
219. **Гурьянов Е. В., Жинкин Н. И., Смирнов А. А., Соколов М. В., Шеварев П. А.** Школьные тесты. Материалы для обследования школьных навыков и знаний / Под ред. А. А. Смирнова. – 3-е исправл. изд. – М.: "Работник просвещения", 1929.
220. **Гурьянов Е. В., Жинкин Н. И., Смирнов А. А., Соколов М. В., Шеварев П. А.** Школьные тесты. Методическое руководство к 3-му изд. Структура материала, техника опытов и подсчёта результатов / Под ред. А. А. Смирнова. – М.: "Работник просвещения", 1929.
221. **Гурьянов Е. В., Смирнов А. А., Соколов М. В., Шеварев П. А.** Инструкция к методу испытания умственного развития детей (Полная редакция метода). – М.: Центральная педологическая лаборатория МОНО, 1930.
222. **Гурьянов Е. В., Смирнов А. А., Соколов М. В., Шеварев П. А.** Скала Бинэ-Термена для измерения умственного развития детей / Под ред. Е. В. Гурьянова. – М.: "Работник просвещения", 1930.
223. **Декедр А. (Decedre A.)** Развитие ребёнка от двух до семи лет (Экспериментально-психологическое исследование) / Пер. с франц. А. А. Люблинской. С предисл. и под ред. проф. А. П. Болтунова. – Л.: Гос. изд-во, 1925.
224. **Демор Ж. (Demoor J.)** Ненормальные дети, воспитание их дома и в школе / Пер. д-ра Р. Б. Певзнер. Под ред. и с примеч. д-ра Г. И. Россолимо. – М.: Тип. т-ва И. Д. Сытина, 1909.
225. **Дернова-Ярмоленко А. А.** Дневник матери. Книжка для систематических наблюдений и записей над телесным и душевным развитием ребёнка. – М.: Т-во И. Д. Сытина, 1911.
226. **Дернова-Ярмоленко А. А.** Педологические основы воспитания. – Орёл: "Красная книга", 1924.
227. **Дернова-Ярмоленко А. А.** Рефлексологические основы педологии и педагогики. – 2-ое изд., испр. и доп. – М.: Гос. мед. изд-во, 1929.
228. Дефективные дети и школа. Сборник статей / Под ред. д-ра В. П. Кащенко. – М.: К. И. Тихомиров, 1912.
229. **Дёринг В. О. (Döring W. O.)** Психология школьного класса / Пер. с нем. под ред. и с вводной статьёй "Задачи и методы изучения школьного коллектива" Е. А. Аркина. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1929.
230. **Друммонд В. Б. (Drummond W. B.)** Введение в изучение ребёнка / Пер. с англ. – М.: "Московское кн-во", 1910.
231. **Дурново А. С., Дьякова Н. Н.** Педологическая работа в консультациях для детей раннего возраста. – 2-ое изд., испр. и доп. – М. – Л.: Гос. мед. изд-во, 1930.
232. Душевная жизнь детей. Очерки по педагогической психологии / Под ред. проф. А. Ф. Лазурского и проф. А. П. Нечаева. – М.: "Польза", 1910.
233. **Дьякова Н. Н.** Нервно-возбудимые дети и их воспитание. – М.: "Охрана материнства и младенчества" НКЗ, 1928.

234. Естественный эксперимент и его школьное применение / Под ред. проф. А. Ф. Лазурского. – Пг.: К. Л. Риккер, 1918.
235. **Жонкер Т. (Jonckheer T.)** Экспериментальная педагогика в детском саду / Пер. с франц. под ред. и с предисл. проф. А. Г. Готалова-Готлиб. – М.: "Мир", 1926.
236. **Залкинд А. Б.** Основные вопросы педологии. – М.: "Работник просвещения", 1930.
237. **Залужный А. С.** Детский коллектив и методы его изучения. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1931.
238. **Занков Л. В., Певзнер М. С.** Почему дети бывают трудными. – М.: Гос. учебно-педагогическое изд-во, 1933.
239. **Ивантер Г. С.** Педологическое обследование ребёнка и детского коллектива (Пособие для педагогических учебных заведений). – М.: "Новая Москва", 1926.
240. Инструкция для проведения коллективных тестов Downey-Доби. – Л.: Ленинградский детский обследовательский институт им. проф. А. С. Грибоедова, Б. г
241. Инструкция к III-му ментиметрическому методу. Для I, II и III групп. – Л.: Ленинградский детский обследовательский институт им. проф. А. С. Грибоедова, 1931.
242. Инструкция к проведению IV ментиметрического метода. – Л.: Ленинградский детский обследовательский институт им. проф. А. С. Грибоедова, 1932.
243. Как изучать дошкольника. Сборник статей / Под ред. З. К. Столица. – Орёл: Гос. изд-во, 1923.
244. **Камаев А. Л.** Интеллектуальные функции рабочих подростков. Опыт психотехнических обследований рабочих подростков школ фабрично-заводского ученичества и профессионально-технических школ г. Самары / Под ред. Ю. В. Португалова. Вып. 1. – Самара: Тип № 1 им. т. Мяги "Самполиграфпром", 1928.
245. **Камаев А. Л.** Умственное развитие рабочей молодёжи (Опыт психотехнических испытаний рабочих подростков школ Ф. З. У. и профтехнических г. Самары) / Под ред. Ю. В. Португалова. Вып. 2. – Самара: Тип. № 2 "Красный октябрь" "Самполиграфтреста", 1928.
246. **Кауфман М. Л., Нечаев А. П., Тычино Н. Н.** Наблюдение над развитием зрительной памяти и характером преобладающих ассоциаций у детей дошкольного возраста. – СПб.: Журн. "Русская школа", 1903.
247. **Кащенко В. П.** Нервность и дефективность в дошкольном и школьном возрастах. Охрана душевного здоровья детей. Пособие для родителей и педагогов. – М.: Центральный отдел народного образования ж. д. (Цепутькульт), 1919.
248. **Кащенко В. П., Мурашев Г. В.** Исключительные дети. Дети нервные, трудные и слабо-одарённые. Их изучение и воспитание / С предисл. Н. А. Семашко. – М.: "Работник просвещения", 1926.

249. **Киркпатрик Э. (Kirkpatrick E.)** Основы педологии (науки о ребёнке) / Пер. с англ. М. Н. Смирновой. Под ред. и с предисл. проф. Н. Д. Виноградова. – 4-е изд., испр. и доп. по последнему американскому изд. – М.: "Мир", 1926.
250. **Клапаред Э. (Claparède E.)** Психология ребёнка и экспериментальная педагогика / Пер. со 2-го франц. изд. под ред. Д. О. Кацарова с предисл. и доп. автора к рус. изд. – СПб.: О. Богданов, 1911.
251. **Клапаред Э. (Claparède E.)** Как определять умственные способности школьников / Пер. Е. С. Коц и А. Н. Карасика. Под ред. и с предисл. Л. Г. Оршанского. – Л.: Изд-во "Сеятель" Е. В. Высоцкого, 1927.
252. Коллективный ментиметрический метод II. Форма Б. Тесты. – 5-е изд. – Л.: Детский обследовательский институт им. проф. А. С. Грибоедова, 1929.
253. Коллективный ментиметрический метод III. Форма А. Тесты. – 5-е изд. – Л.: Ленинградский детский обследовательский институт им. проф. А. С. Грибоедова, 1929.
254. Коллективный ментиметрический метод III. Форма Б. Тесты. – 6-е изд. – Л.: Ленинградский детский обследовательский институт им. проф. А. С. Грибоедова, 1929.
255. Коллективный ментиметрический метод IV. Тесты. – Л.: Детский обследовательский институт им. проф. А. С. Грибоедова, 1928.
256. Коллективный метод исследования эмоционально-волевого процесса и внушаемости по Downey-Доби. Тесты. – Л.: Детский обследовательский институт им. проф. А. С. Грибоедова, Б. г.
257. **Коновалов Н. А.** Испытания умственной одарённости и развития детей. – Пермь: Типо-лит. Госпроснаба, 1924.
258. **Коноров М. И.** Лаборатория экспериментальной педагогической психологии при Педагогическом музее военно-учебных заведений. В 2-х тт. – СПб.: Тип. П. П. Сойкина, 1911-1913.
259. **Корнилов К. Н.** Методика исследования ребёнка раннего возраста. Руководство для педагогов и врачей. – 2-ое, испр. и доп. изд. – М.: Гос. изд-во, 1922.
260. **Корнилов К. Н., Рыбников Н. А., Смирнов В. Е.** Простейшие школьные психологические и педологические опыты. – 5-е перераб. изд. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1927.
261. **Коффка К. (Koffka K.)** Основы психического развития / Авториз. пер. Р. и Б. Левин. С предисл. В. Колбановского и статьёй Л. С. Выготского "Проблема развития в структурной психологии". – М. – Л.: Соцэкгиз, 1934.
262. **Красновский А. А.** Экспериментальное направление в педагогике. – Казань: Типо-лит. Императорского ун-та, 1912.
263. **Криммер Г. И.** Ребёнок до года (Педологическое изучение). С приложением схем и инструкций по изучению ребёнка раннего возраста. Ч. 1. – Саратов: Курсы сестёр воспитательниц, 1925.
264. **Лазурский А. Ф.** Школьные характеристики. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: К. Л. Риккер, 1913.
265. **Лазурский А. Ф.** Естественно-экспериментальные схемы личности учащихся. – М.: Типо-лит. т-ва И. Н. Кушнерев и К°, 1916.

266. **Лай В. А. (Lay W. A.)** Экспериментальная дидактика. Её основы с подробным описанием процессов воли и действия / Пер. под ред. проф. А. П. Нечаева. 3-е изд. – СПб.: Т-во И. Д. Сытина, 1914.
267. **Левин Ю. А.** Новые методы испытаний школьной успешности и одарённости в практике ленинградских школ / С предисл. проф. А. С. Грибоедова. – Л.: Детский обследовательский институт, 1927.
268. **Левин Ю. А.** Общие замечания о проведении коллективного эксперимента в школе. – 4-ое изд. – Л.: Детский обследовательский институт им. проф. А. С. Грибоедова, 1928.
269. **Левин Ю. А.** Массовые исследования одарённости школьников и дошкольников нормальных и специальных групп. – Л.: Психо-неврологическая академия, Б. г.
270. **Левин Ю. А., Кучер Г. Я., Рубашева В. Л.** Программа исследования влияния среды на формирующуюся личность ребёнка. – 2-ое изд. – Л.: Детский обследовательский институт им. проф. А. С. Грибоедова, 1928.
271. **Левина Р. Е.** К психологии детской речи в патологических случаях (Автономная детская речь). – М.: Экспериментальный дефектологический институт им. М. С. Эпштейна, 1936.
272. **Левитов Н. Д.** Психологическая лаборатория и школьная практика. Педагогическая работа Гамбургской психологической лаборатории. – М. – Пг.: Гос. изд-во, 1923.
273. **Левитов Н. Д.** Испытание умственной одарённости. Инструкция к проведению и обработке испытания. – М.: Мосздравотд., 1927.
274. **Левитов Н. Д., Толчинский А. А.** Исследование общего интеллекта. Форма 2. Вариант Б. – М.: Тип. МИИТ'а, 1934.
275. **Левитов Н. Д., Толчинский А. А.** Испытание умственной одарённости. Тесты. Форма 1. – М.: Ин-т им. В. А. Обуха, тип. МОСО, Б. г.
276. **Лесгафт П. Ф.** Семейное воспитание ребёнка и его значение. Посмертное изд. В 3-х ч. – СПб.: Тип. А. Бенке, 1910-1912.
277. **Лопухин Д. С., Сыркин М. Ю.** Руководство к постановке групповых испытаний одарённости. – Харьков: Тип. Ц.К.К.П. (б) У. "Коммунист", 1925.
278. **Люблинская А. А.** Семейные отношения и их влияние на детей. – М.: "Молодая гвардия", 1940.
279. **Люблинская А. А., Макарова А. И.** Измерительная шкала ума для детей дошкольного возраста / С вводной статьёй и под ред. проф. А. П. Болтунова. – Л.: "Сеятель" Е. В. Высоцкого, 1926.
280. **Макаров И. О.** Обследование ребёнка в школе и в детском доме. Инструктивное руководство, материал и справочник. – Смоленск: Гос. тип. им. Смирнова, 1924.
281. Ментиметрический набор I. Форма А. Тест. – 3-е изд. – Л.: Ленинградский детский обследовательский институт им. проф. А. С. Грибоедова, 1928.
282. Ментиметрический набор II. Форма А. Тест. – 2-е изд. – Л.: Ленинградский детский обследовательский институт им. проф. А. С. Грибоедова, 1928.
283. Методика исследования умственного развития Бине-Симон. – Л.: Детский обследовательский институт им. проф. А. С. Грибоедова, 1929.

284. Методы изучения ребёнка. Сборник статей / Под ред. Н. А. Рыбникова – Орёл: "Красная книга", 1923.
285. Методы объективного изучения ребёнка. Сборник статей по педологии / Под ред. И. В. Эвергетова. – Л.: Ленинградский педологический институт, 1924.
286. **Мёде В., Пиорковский К. (Moede W., Piorkowski C.)** Детская одарённость. Экспериментальные методы отбора одарённых детей и их результаты / Пер. с нем. И. Левинсон. Под ред. и с предисл. Б. Варшава. – М.: "Работник просвещения", 1925.
287. **Мёйман Э. (Meumann E.)** Лекции по экспериментальной педагогике / Пер. под ред. и с предисл. Н. Д. Виноградова с последнего нем. изд. В 3-х тт. – 3-е изд. – М.: "Мир", 1914-1917.
288. **Модель М. М.** Руководство по методике исследования нервно-психической сферы детей раннего возраста / Под ред. проф. М. С. Маргулиса. – М.: Гос. мед. изд-во, 1929.
289. **Нечаев А. П.** Современная экспериментальная психология в её отношении к вопросам школьного обучения. – 2-ое, знач. доп. изд. В 2-х тт. – СПб.: Тип. П. П. Сойкина, 1908 – 1912.
290. **Нечаев А. П.** Руководство к экспериментально-психологическому исследованию детей дошкольного и школьного возраста. – М.: Изд-во Мосздравотд., 1925.
291. **Нечаев А. П.** Психология школьного коллектива. – М.: Гостип. им. К. Маркса, 1928.
292. **Нечаев А., Шредер О., Александрова М., Тимофеева В., Струменская Н., Дасманова Е., Козлов И., Холмогорова А.** Вопрос о совместном обучении при свете экспериментальной психологии / Под ред. А. П. Нечаева. – Пг.: Екатерининская тип., 1915.
293. **Озерецкий Н. И.** Исследование моторной одарённости. Тесты. – Иркутск: Тип. изд-ва "Власть труда", 1929.
294. **Озерецкий Н. И.** Методика исследования моторики. – М. – Л.: Гос. мед. изд-во, 1930.
295. **Озерецкий Н. И.** Психопатология детского возраста. – 2-е изд., доп. и перераб. – Л.: Учпедгиз, 1938.
296. **Озерецкий Н. И.** Метод массовой оценки моторики у детей и подростков / С предисл. проф. М. О. Гуревича. – М.: Гос. мед. изд-во, Б. г.
297. **Оппенгейм Н. (Oppenheim N.)** Развитие ребёнка, наследственность и среда / Пер. М. П. Иогихесс и Е. И. Воскресенской. Под ред. д-ра В. Е. Игнатъева. – М.: Тип. т-ва И. Д. Сытина, 1913.
298. Опыт объективного изучения детства. Сборник / Под ред. проф. М. Я. Басова. С предисл. проф. К. Н. Корнилова. – Л.: Гос. изд-во, 1924.
299. **Павлова М. А.** Практическое руководство к изучению личности ребёнка при помощи методов экспериментального исследования (Пособие для составления дневника или школьной характеристики применительно к курсу VIII-го педагогического класса женских гимназий). – Одесса: А. А. Ивасенко, 1916.

300. **Певзнер М. П.** Дети-психопаты и лечебно-педагогическая работа с ними. – М.: Учпедгиз, 1941.
301. Педологические исследования / Под ред. М. Я. Басова, А. П. Болтунова, В. О. Мочана, В. Н. Мясищева. – М. – Л.: "Работник просвещения", 1930.
302. Педология и воспитание / Под ред. проф. А. Б. Залкинда. – М.: "Работник просвещения", 1928.
303. **Петров Ф. П.** Опыт исследования интеллектуального развития чувашских детей по методу Бинэ-Симон / Под ред. и руков. Я. П. Красникова. – Чебоксары: Наркомпрос ЧАССР, 1928.
304. **Петровский Н. В.** Выбор профессии и одарённость. Популярный очерк с приложением примерных тестов. – М. – Л.: "Московский рабочий", 1929.
305. **Пиаже Ж. (Piaget J.)** Речь и мышление ребёнка / Пер. с франц. – М. – Л.: ОГИЗ, 1932.
306. **Прейер В. (Preyer W.)** Душа ребёнка. Наблюдения над духовным развитием человека в первые годы жизни / Пер. с нем. под ред. и с предисл. проф. И. А. Сикорского. – СПб.: А. Е. Рябченко, 1891.
307. Психические особенности трудновоспитуемых и умственно-отсталых детей (в связи с задачами обучения и воспитания) / Под ред. проф. В. Н. Мясищева. – Л.: Институт мозга, 1936.
308. Психотехническая методика в применении к школам. Сборник статей / Под общ. ред. Э. Ю. Шурпе. – М.: Гос. изд-во биол. и мед. литературы, 1935.
309. Психотехническая методика в применении к школам ФЗС и ФЗУ. Сборник статей / Под общ. ред. Э. Ю. Шурпе. – Л.: Медгиз, 1934.
310. **Расмуссен В. (Rasmussen W.)** Психология ребёнка. Душевное развитие ребёнка в первые четыре года жизни. Пособие для родителей и воспитателей / Авториз. пер. с последнего датск. изд. И. А. Виляцера. С предисл. проф. Г. Геффинга. – Берлин: "Волга", 1924.
311. **Ревеш Г. (Révész G.)** Раннее проявление одарённости и её узнавание / Пер. д-ра И. М. Присмана. Под ред. и с предисл. Проф. Г. И. Россолимо. – М.: "Современные проблемы" Н. А. Столяра, 1924.
312. Речь и интеллект в развитии ребёнка. Экспериментальное исследование речевых реакций ребёнка / Под ред. А. Р. Лурии. – М.: Полиграфшкола им. А. В. Луначарского, 1927.
313. Речь и интеллект деревенского, городского и беспризорного ребёнка. Экспериментальное исследование / Под ред. А. Р. Лурии. – М. – Л.: Гос. изд-во РСФСР, 1930.
314. **Россолимо Г. И.** План исследования детской души. Пособие для педагогов, врачей и родителей при составлении характеристик нормальных и дефективных детей. – 3-е изд., доп. и перераб. – М.: 7-я тип. МСНХ, 1922.
315. **Румянцев Н. Е.** Лаборатория экспериментальной педагогической психологии в С.-Петербурге. – СПб.: Тип. П. П. Сойкина, 1907.
316. **Румянцев Н. Е.** Школьный психологический кабинет. – СПб.: Тип. М. А. Александрова, 1908.
317. **Румянцев Н. Е.** Педология, её возникновение, развитие и отношение к педагогике. – СПб.: О. Богданов, 1910.

318. **Румянцев Н. Е.** Лекции по педагогической психологии для народных учителей. – М.: Изд-во журн. "Народный учитель", 1913.
319. **Рыбников Н. А.** Как изучать ребёнка. Программы для наблюдения над душевным развитием ребёнка. Описание коллекций Педагогического музея и его деятельности. – М.: "Практические знания", 1916.
320. **Рыбников Н. А.** Введение в изучение ребёнка. – 2-ое изд. – Минск: Гос. изд-во Белоруссии, 1921.
321. **Салли¹⁰ Дж. (Sully J.)** Очерки по психологии детства / Пер. с англ. А. Громбаха. – М.: К. И. Тихомиров, 1901.
322. **Салли Дж. (Sully J.)** Педагогическая психология / Пер. с 5-го англ. изд. под ред. А. А. Громбаха. – М.: Т-во "Мир", 1912.
323. **Семёнова-Болтунова А. П.** Картинка в восприятии ребёнка дошкольного возраста. Опыт психотехнического исследования / Под ред. и с предисл. проф. А. П. Болтунова. – Л.: Издание автора, 1927.
324. **Сикорский И. А.** Об умственном и нравственном развитии учащихся в средней школе в связи с здравоохранением. – Киев: Лито-тип. т-ва И. Н. Кушнерев и К°, 1901.
325. **Сикорский И. А.** Ход умственного и нравственного развития в первые годы жизни. – Киев: Лито-тип. т-ва И. Н. Кушнерев и К°, 1901.
326. **Сикорский И. А.** Душа ребёнка. С кратким описанием души животного и души взрослого человека. – 3-е доп. изд. – Киев: Тип. С. В. Кульженко, 1911.
327. **Симсон Т. П.** Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста. – М. – Л.: Гос. мед. изд-во, 1929.
328. **Симсон Т. П.** Как бороться с детской нервностью. – М.: Институт санитарного просвещения, 1947.
329. **Симсон Т. П., Бельтихина В. Е.** Формы и содержание конкретной работы с "трудными" детьми в детской консультации. – М.: Центральный научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества НКЗ, 1935.
330. **Симсон Т. П., Модель М. М., Гальперин Л. И.** Психоневрология детского возраста. – М. – Л.: Биомедгиз, 1935.
331. **Смирнов Н. М.** К вопросу о развитии суждений в школьном возрасте. – СПб.: Тип. М. А. Александрова, 1913.
332. **Соколов П. П.** Исследование умственного уровня детей (Новая измерительная шкала по методу Бинэ-Симона) / С предисл. проф. Н. Виноградова. – М.: "Мир", 1925.
333. **Стычинский И. Л.** Очерки педологии. – Саратов: Издание автора, 1926.
334. **Стычинский И. Л.** Метод коллективного исследования умственного уровня. С приложением системы тестов. Экспериментальное исследование. – Петровск: Тип. № 1 Сарполиграфпрома, 1929.
335. **Стычинский И. Л.** Метрическая шкала. Вариант 1. – Саратов: Тип. Саризолятора, 1930.
336. **Стычинский И. Л.** Инструкция к метрической шкале для исследования умственного уровня. – Саратов: ОГИЗ РСФСР, 1931.

¹⁰ Фамилию автора переводили в имперский период как «Сёлли».

337. **Сухарева Г. Е.** Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Кн. 1. – М.: Медгиз, 1940.
338. **Сухов А. П.** Экспериментальное изучение школьника. – Л.: "Сеятель" Е. В. Высоцкого, 1926.
339. **Торндайк Э. (Thorndike E.)** Принципы обучения, основанные на психологии / Пер. с англ. Е. В. Герье. Со вступ. статьёй Л. С. Выготского. – М.: "Работник просвещения", 1926.
340. **Трошин А. Я.** Психологические основы процесса чтения (По новейшим экспериментально-психологическим исследованиям). – СПб.: Синодальная тип., 1900.
341. **Трошин Г. Я.** Классификация детской ненормальности с выделением практически важных форм. – М.: Тип. Штаба московского военного округа, 1914.
342. **Трошин Г. Я.** Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей. В 2-х тт. – Пг.: Школа-лечебница д-ра Г. Я. Трошина, 1915.
343. Труды Первого Всероссийского съезда по экспериментальной педагогике в С.-Петербурге с 26 по 31 декабря 1910 г. – СПб.: Бюро съезда, 1911.
344. Труды Второго Всероссийского съезда по экспериментальной педагогике в Петрограде с 26 по 31 декабря 1913 г. – Пг.: Общество экспериментальной педагогики, 1914.
345. Труды Третьего Всероссийского съезда по экспериментальной педагогике в Петрограде со 2 по 7 января 1916 г. – Пг.: Общество экспериментальной педагогики, 1917.
346. **Уиппл Г. М. (Whipple G. M.)** Руководство к исследованию физической и психической деятельности детей школьного возраста / Пер. с англ. М. В. Райх. Под ред. и с предисл. Н. Д. Виноградова. – М.: "Мир", 1913.
347. **Уотсон Дж. Б. (Watson J. B.)** Психологический уход за ребёнком / Пер. с англ. под ред. Е. В. Гурьянова. – М.: "Работник просвещения", 1929.
348. **Фельцман О. Б.** Вспомогательные школы для психически отсталых детей. – М.: "Наука", 1912¹¹.
349. **Фельцман О. Б.** Нервные дети. Очерк психопатологии детского возраста для воспитателей. – М.: "Практические знания", 1916.
350. **Фёдоров С. И., Кауфман В. И., Волянский А. А.** Серия тестов группового исследования интеллекта. – 3-е изд. – Л.: Узловой комбинат ОЗД и П. Дорсанотдела Окт. ж. д., 1935.
351. **Филипп Ж., Поль-Бонкур Ж. (Philippe J., Paul-Boncour G.)** Психические аномалии среди учащихся / Пер. со 2-го франц. изд. А. Н. Рубакина. Под ред. и с предисл. Н. Рубакина. – М.: К. И. Тихомиров, 1911.
352. **Фолькельт Г. (Volkelt H.)** Экспериментальная психология дошкольника / Пер. с нем. Е. Г. Карлсен. Под ред. В. А. Артёмова. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1930.

¹¹ В работе д-ра О. Б. Фельцмана освещаются общие вопросы техники обследования и воспитания душевнобольных детей в специальных учреждениях, поэтому книга отнесена нами к настоящему разделу указателя.

353. **Фре Г. (Free H.)** Экспериментальная психология и спорные вопросы педагогики / Пер. с нем. С. Г. Яковенко. – СПб.: Тип. училища глухонемых, 1897.
354. **Холл С. (Hall S.)** Собрание статей по педологии и педагогике / Пер. с англ. – М.: "Московское кн-во", 1912.
355. **Холл С. (Hall S.)** Инстинкты и чувства в юношеском возрасте / Пер. под ред. Л. Г. Оршанского. – СПб.: Изд-во газеты "Школа и жизнь", 1913.
356. **Циэн Т. (Ziehen Th.)** Принципы и методы определения степени умственного развития / Пер. и предисл. д-ра О. Б. Фельцмана. – М.: Типо-лит. т-ва И. Н. Кушнерев и К°, 1909.
357. **Чеботарёв А. Н.** Серия "А" тестов для испытания степени умственного развития. – Нижний Новгород: 1-я Опытнo-показательная школа, 1926.
358. **Чеботарёв А. Н.** Серия "С" тестов для испытания степени умственного развития. – Нижний Новгород: Тип. "Работник" М. Т. Берона, 1928.
359. **Шиперская А. К.** Опыт исследования психики детей с наследственным сифилисом. – Харьков: Тип. "Печатное дело", 1909.
360. **Шольц Ф. (Scholz F.)** Недостатки характера в детском возрасте. Руководство для воспитания в семье и школе / Авториз. пер. с 3-го нем. изд. под ред. Л. Г. Оршанского. – СПб.: Газета "Школа и жизнь", 1914.
361. **Штерн В. (Stern W.)** Психология раннего детства до шестилетнего возраста. С использованием в качестве материала ненапечатанных дневников К. Стерн / Пер. М. А. Энгельгардта. В 4-х вып. – Пг.: Изд-во газеты "Школа и жизнь", 1915.
362. **Штерн В. (Stern W.)** Одарённость детей и подростков и методы её исследования / пер. с нем. под ред. Всеукраинского института труда. – Харьков: "Книгоспілка", 1926.
363. **Штромайер В. (Strohmayer W.)** Психопатология детского возраста. Лекции для врачей и педагогов / Пер. с 3-го нем. изд. А. Н. Щегло. Под ред. и с предисл. проф. А. С. Грибоедова. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1926.
364. **Штрюмпель А. (Strümpell A.)** Нервность и воспитание. Лекции для воспитателей, врачей и лиц, страдающих нервностью / Авториз. пер. д-ра Ц. А. Шабад. – М.: "Современные проблемы", 1912.
365. **Шуберт А. М.** Краткое описание и характеристика методов исследования умственной одарённости детей (Бине и Симона, Бернштейна, Вейгандта, Нечаева, Пиццоли, Россолимо, Санте-де-Санктиса, Цигена и др.) / С предисл. проф. Г. И. Россолимо. – 2-ое изд., испр. и доп. – М.: Кооператив. т-во "Задруга", 1922.
366. **Шуберт А. М.** Бессловесные тесты испытания умственного развития Пинтнера и Патерсона. Методическое руководство. М.: Научно-педагогический институт методов школьной работы, 1926.
367. **Шуберт А. М.** Метрическая скала Бине и Симона. Пособие для испытания умственной одарённости. С приложением тестов Кульмана для младенческих возрастов. – 2-ое испр. изд. – М.: "Новая Москва", 1927.

368. **Эвергетов И. В.** Введение в экспериментальную педагогику. Обоснование методики экспериментально-педагогического исследования. – Л.: 1-я тип. Транспечати НКПС им. Воровского, 1925.
369. **Экземплярский В. М.** Проблема одарённости. – М.: "Русский книжник", 1923.
370. Экспериментальная психология и изучение ребёнка. Сборник статей / Пер. с англ. под ред., с предисл. и доп. С. В. Кравкова. – М.: "Новая Москва", 1927.
371. **Эльконин Д. Б.** Предмет педологии и факторы развития ребёнка. Вып 1. – М. – Л.: Гос. изд-во, 1930.
372. **Эмминггауз Г. (Emminghaus H.)** Психические расстройства в детском возрасте / Пер. с нем. прив.-доц. В. Ф. Якубовича. – СПб.: Л. Ф. Пантелеев, 1890.
373. **Янишевский А. Э.** Психология детского возраста. – Одесса: Тип. А. Гринер, 1916.

Медико-психологический аспект восстановительного лечения

374. **Геллерштейн С. Г.** Восстановительная трудовая терапия в системе работы эвакогоспиталей. – М.: Медгиз, 1943.
375. **Геллерштейн С. Г.** Как использовать трудовые операции для восстановления двигательных функций. – М.: Медгиз, 1943.
376. **Геллерштейн С. Г.** Трудотерапия в эвакогоспиталях. Инструктивные указания. – М., 1944.
377. **Геллерштейн С. Г., Рейтынбарг Д. И.** Восстановительная трудовая терапия и трудовое обучение / Под ред. А. Н. Шабанова. – М.: Медгиз, 1948.
378. **Запорожец А. В., Рубинштейн С. Я.** Методика восстановительной трудотерапии при ранении верхних конечностей. – М.: Медгиз, 1942.
379. **Леонтьев А. Н., Запорожец А. В.** Восстановление движения. Психофизиологическое исследование восстановления функций руки после ранения / С предисл. ген.-полк. мед. службы Е. И. Смирнова. – М.: "Советская наука", 1945.
380. **Лурия А. Р.** Травматическая афазия. Клиника, семиотика и восстановительная терапия. – М.: Тип. Упр. делами Совета министров СССР, 1947.
381. **Лурия А. Р.** Восстановление функций мозга после военной травмы. – М.: Изд-во Академии медицинских наук СССР, 1948.
382. **Перельман Л. Б.** Реактивная постконтузионная глухонмота, её распознавание и лечение. Со статёй Б. В. Зейгарник "Психологический анализ постконтузионных нарушений слуха и речи". – М.: Медгиз, 1943.
383. Психолого-педагогические проблемы восстановления речи при черепно-мозговых ранениях. Труды НИИ дефектологии АПН РСФСР / Под общ. ред. Л. В. Занкова. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1945.

384. Расстройства речи при черепно-мозговых ранениях и её восстановление. Труды НИИ дефектологии АПН РСФСР / Под общ. ред. Л. В. Занкова. – М. – Л.: Изд-во АПН РСФСР, 1948.

385. **Рейтынбарг Д. И.** Организация мастерских трудотерапии при эвакогоспиталях ВЦСПС. – М.: Профиздат, 1944.

386. **Хватцев М. Е.** Восстановление речи у раненых в челюстно-лицевые области. – Л.: Медгиз, 1946.

Примечания научного редактора

Существует этакое обывательское представление о науке, что, мол, сегодня, в эпоху всеобщей информатизации и компьютеризации, с появлением маленьких приборов и больших установок, наука зашагала семимильными шагами, а знания удваиваются чуть ли не каждые две недели.

Сталкиваясь с таким представлением, нелишне напомнить, что еще совсем не так давно (по крайней мере, живо еще это поколение) не было никаких компьютеров, пишущие машинки состояли на строгом учете, а для вычислений использовалась забытая уже логарифмическая линейка. Фундаментальные научные труды писались чернилами с помощью перьевых ручек, потом перепечатывались и по особому решению издавались в виде книг. Это совсем не тот способ работы, что используется в современных текстовых редакторах: «вырезать» – «копировать» – «вставить» – «сохранить» и так далее. Книга писалась, чтобы поведать другим о том, что увидел, узнал, понял, сделал. Чтобы другой, взявшись за дело, получил возможность сократить свой путь к знанию, к опыту.

Но ведь именно в те романтические времена наука и сделала свои основные открытия: были побеждены многие заболевания, уносившие миллионы жизней, человек вырвался в космос и оказался в океанских глубинах, были заложены фундаментальные основы естественных и гуманитарных наук, результатами которых наш беспечный и неромантичный современник пользуется походя, тиражируя их в многочисленных компьютерах, получая «новые знания» с помощью пакетов статистических программ и компьютерной верстки.

Рецензируя научные статьи, нередко сталкиваешься с раздражающим феноменом: ссылки на научные работы, приводимые в конце текста, нередко содержат ошибки, как будто первоисточник так и не побывал в руках автора. В наше время суеты и погони за умножающимся в геометрической прогрессии знанием чтение текстов прежних авторов, размышление над ними, и уж тем более внутренний диалог – удел немногих, так собственную форму 16 не пополнишь. Да и сомнение гложет: это ведь так давно было! Что там они могли знать! Между тем преемственность, выработка и согласование терминологии, концептуального аппарата, экспериментальных процедур – все это неперемненные условия существования и развития науки как формы человеческого познания и как института профессиональных исследователей.

Поэтому хочется приветствовать поистине колоссальный научный труд, выполненный аспирантом кафедры клинической психологии – Кадисом Леонидом Рувимовичем. Подготовленный им библиографический указатель научной литературы по всем проблемным областям медицинской психологии содержит в себе сведения об уникальных текстах, несущих нам через время и пространство подлинный опыт энтузиастов-исследователей, подлинно научное знание, ставшее фундаментом той разнообразной деятельности, в которую сегодня вовлечены миллионы людей.

Весьма симптоматично, что сам Леонид Рувимович не обрел пока формально квалификации психолога. Это, по-видимому, и стало тем необходимым условием, при котором такая трудоемкая исследовательская работа оказалась не только возможной, но и исполненной с особой тщательностью.

Остается только надеяться и верить, что молодые поколения психологов найдут в себе способности изучать первоисточники научной психологии. Изучать не только для обязательного цитирования в квалификационных работах, но главное – для соприкосновения с другими способами думания, для восприятия опыта людей, бескорыстно увлеченных своим делом, искренне веровавших в возможность научного познания и необходимость такого познания во благо человеку. Спокойный диалог поколений исследователей должен продолжаться, несмотря на интенсивный белый шум, накрывший всех нас.

РАЗДЕЛ 2.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ



Психическое развитие детей раннего возраста после оперативного вмешательства в период новорожденности

И. А. Аринцина

Введение

В последние годы среди наиболее интенсивно развивающихся областей психологии выделяются исследования развития детей младенческого и раннего возраста. Полученные данные позволяют рассматривать раннее развитие с позиции системных представлений о развитии психики ребенка в процессе взаимодействия с близким взрослым [Мухамедрахимов Р.Ж., 1999; Эмоции..., 2008]. Особую актуальность задача изучения детей раннего возраста приобретает в условиях увеличения нарушений развития и заболеваний, диагностируемых у детей при рождении [Немилова Т.К., 1998; Шабалов Н.П., 2004; Лазуренко С.Б., 2009]. Практика же наблюдения за развитием детей раннего возраста в нашей стране характеризуется приоритетом медицинских служб, в то время как использование мультидисциплинарного подхода к коррекции проблем развития, выявляемых у детей, может повлиять как на теоретические представления о развитии человека на наиболее ранних этапах и влиянии раннего опыта на последующее функционирование личности, так и на организацию научно обоснованных программ ранней помощи и сопровождения детей и их родителей [Мухамедрахимов Р.Ж., 1999; Гордеев В.И., Александрович Ю.С., 2001].

В настоящей работе приводятся данные исследования, которое было проведено в 2005 году на базе ГУЗ «Детская городская больница №1» (ДГБ №1). Целью исследования являлось изучение психического развития детей раннего возраста, оперированных в период новорожденности по поводу наиболее распространенных пороков развития и заболеваний, и взаимодействия матерей и детей в сравнении с группой матерей и детей раннего возраста, не имевших заболеваний в период новорожденности. Анализ литературы показал, что изучению развития детей этой группы в раннем возрасте посвящены лишь отдельные работы [Гордеев В.И., Александрович Ю.С., 2001; Ludman L., Spitz L., 1990; Dittrich H., Bühner C. et al., 2003; Chen C., Friedman S. et al., 2007; Faugli A., Emblem R. et al., 2007]. Исследователи выявляют у детей нарушения физического и психического развития, а также некоторые особенности родительско-детских отношений. Однако изучение последних в этих работах проводилось преимущественно с использованием методов опроса. Нам не

встретились работы, в которых проводилось бы изучение взаимодействия оперированных детей и их матерей при непосредственном наблюдении с использованием видеометодов.

Материалы и методы исследования

Участники исследования. Экспериментальную группу (группу 1) составили 24 пары матерей и детей. Все дети этой группы были оперированы в период новорожденности в Центре хирургии новорожденных ДГБ №1 по поводу пороков развития и заболеваний преимущественно желудочно-кишечного тракта и брюшной стенки. Средний возраст оперированных детей – $13,8 \pm 0,3$ месяцев (от 11 до 17 мес.). В контрольную группу (группу 2) вошли 31 пара матерей и здоровых детей. Средний возраст детей – $14,2 \pm 0,4$ месяцев (от 12 до 18 мес.). Экспериментальная и контрольная группы не отличались между собой по возрасту детей и матерей, материальному положению семей, семейному статусу женщин (полная семья).

Методы исследования:

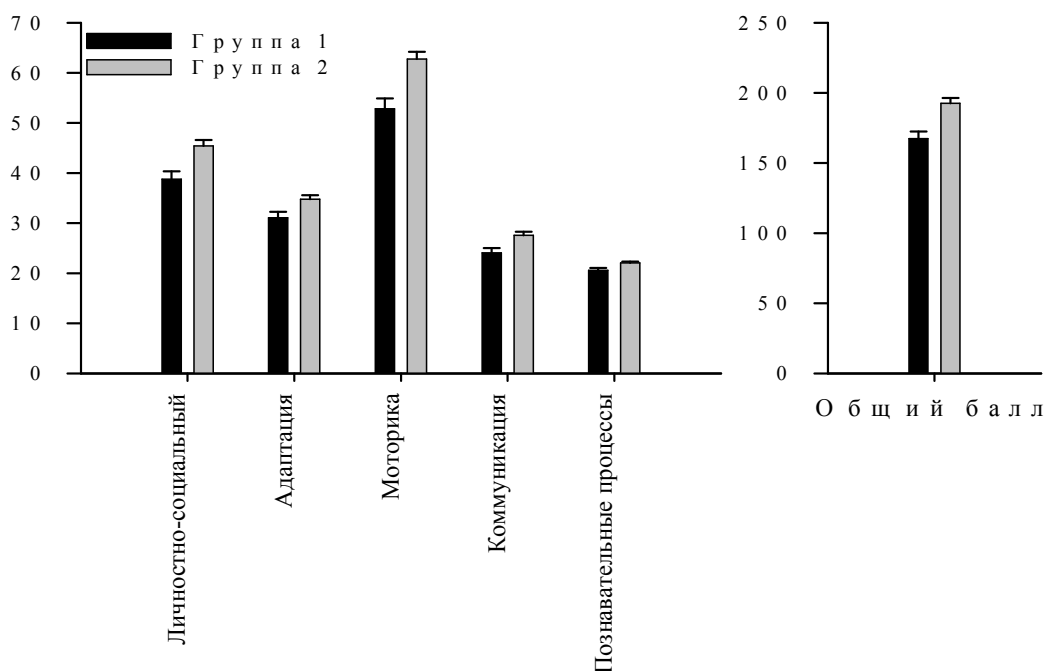
1. Методика исследования психического развития детей «Шкала оценки уровня развития Баттелл». Методика состоит из 341 тестовых заданий, которые объединены в пять разделов (личностно-социальное развитие; адаптация; двигательное развитие; коммуникативное развитие; познавательные процессы), и включает три источника получения данных: структурированное задание, наблюдение в естественных условиях, а также интервью с родителями.
2. Методика оценки психологического взаимодействия родителя и ребенка. Методика состоит из нескольких эпизодов, которые записываются на видеоноситель и впоследствии анализируются. В начале обследования мать кормит ребенка (этот эпизод длится 5 минут), затем вовлекает его в структурированную игру, выбранную в соответствии с возрастом и способностями ребенка (5 минут), и далее организует свободную игру (5 минут), во время которой, согласно инструкции, играет с ребенком на ковре, используя набор игрушек. Далее следуют повторяемые дважды эпизоды разлучения (мать выходит из комнаты, 3 минуты) и воссоединения (мать возвращается, 3 минуты). В настоящей работе для анализа взаимодействия матери и ребенка использовалась видеозапись эпизода свободной игры. Взаимодействие оценивалось по 65 шкалам, сгруппированным в 3 общих показателя: характеристики поведения во взаимодействия матери, характеристики поведения во взаимодействии ребенка и характеристики взаимодействия в диаде.
3. Методика оценки эмоций на лицах ребенка и матери. Для изучения эмоций использовалась описанная выше видеозапись ребенка и матери в пяти ситуациях, а именно: 1 – свободная игра (последние 3 минуты); 2 – первое разлучение; 3 – первое воссоединение; 4 – второе разлучение; 5 – второе воссоединение. При анализе эмоций на лицах матери и ребенка, а также поведения использовалась техника поинтервального изучения видеоматериалов (каждый трехминутный эпизод был поделен на интервалы в 30 секунд). В каждом интервале по шкале от 1 до 5 оценивалось 8 эмоций: 4 позитивных

(радость, интерес, радостное возбуждение, удивление) и 4 негативных (горе, печаль, гнев, страх). Для последующего анализа выбиралось значение максимальной интенсивности эмоции в течение всего эпизода. Для ребенка и матери рассчитывался позитивный (сумма показателей интенсивности всех позитивных эмоций) и негативный (сумма показателей интенсивности всех негативных эмоций) эмоциональный тон, а также количество выраженных на лице эмоций. Дополнительно фиксировалось дезадаптивное поведение (сумма оцененных по пятибалльной шкале показателей интенсивности проявления стереотипных действий, а также агрессии, направленной на объекты и человека).

4. Методы математической обработки эмпирических данных (ковариационный, корреляционный, дисперсионный и факторный анализ, t-тест, критерий Манна-Уитни) были реализованы с помощью программного пакета SPSS 13.0, а также математического обеспечения, разработанного в секторе прикладной математики Института им. И. П. Павлова РАН ведущим научным сотрудником Е. А. Вершиной.

Результаты исследования

Результаты изучения уровня развития детей. При сравнении средних значений характеристик развития детей обеих групп выявлено отставание развития детей, оперированных в период новорожденности, по сравнению со здоровыми детьми по всем разделам методики Баттелл: по личностно-социальному развитию ($p = 0,001$), по разделу «Адаптация» ($p = 0,01$), по двигательному развитию (раздел «Моторика») ($p < 0,001$), по речевому развитию (раздел «Коммуникация») ($p = 0,004$), по разделу «Познавательные процессы» ($p = 0,006$), а также по общему баллу ($p < 0,001$) (см. Рисунок).



Показатели психомоторного развития детей, оперированных в период новорожденности (группа 1) и условно здоровых (группа 2)

Условные обозначения: по оси абсцисс – разделы методики Баттелл, по оси ординат –

средние значения развития в баллах.

При проведении корреляционного анализа было выявлено, что в рассматриваемом диапазоне возрастов существует взаимосвязь показателей возраста с уровнем развития по разделам методики Баттелл. Поэтому, несмотря на небольшой возрастной диапазон детей в обеих группах (от 11 до 18 месяцев), в дальнейшем анализ данных проводился с использованием регрессионного и многомерного ковариационного анализа, где возраст выступал в качестве ковариации.

Результаты изучения темпа развития детей. Значение коэффициента линии регрессии, аппроксимирующей зависимость уровня развития детей от возраста, интерпретируется как показатель темпа их развития: чем выше значение коэффициента, тем больше угол наклона регрессионной прямой к оси абсцисс, тем выше темп развития детей в группе. Результаты регрессионного анализа развития детей по общему баллу и разделам методики представлены в таблице.

Результаты регрессионного анализа показателей развития детей с возрастом

Уровень развития детей по разделам методики Баттелл	Дети, оперированные в период новорожденности		Условно здоровые дети		p ₂
	b	p ₁	b	p ₁	
Личностно-социальный	1,70	0,141	1,40	0,015*	0,810
Адаптация	0,12	0,889	1,48	0,000**	0,152
Моторика	3,80	0,010**	2,62	0,000**	0,418
Коммуникация	0,71	0,320	1,32	0,000**	0,415
Познавательные процессы	0,87	0,011*	0,40	0,001**	0,168
Общий балл	7,20	0,051*	7,21	0,000**	0,997

Условные обозначения: b – значение коэффициента регрессии (угла наклона регрессионной прямой), p₁ – уровень значимости отличия коэффициента регрессии от нуля, p₂ – уровень значимости различий коэффициентов регрессии между группами 1 и 2, * - p ≤ 0,05; ** - p ≤ 0,01

Из таблицы следует, что в экспериментальной группе углы наклона значимо отличаются от нуля лишь по показателям шкал «Моторика», «Познавательные процессы», а также по общему баллу, тогда как в группе здоровых детей – по всем пяти шкалам и по общему баллу. При проведении ковариационного анализа данных методики Баттелл с фактором принадлежности к группе – группа 1/группа 2 и ковариацией – возраст, значимые различия в уровнях развития детей обеих групп сохраняются.

Таким образом, при изучении характеристик психического развития детей второго года жизни, оперированных в период новорожденности, в сравнении со здоровыми сверстниками, нами были получены данные о тотальном отставании в психомоторном развитии оперированных детей. При этом у оперированных детей наблюдалось изменение показателей развития с

возрастом в моторной и познавательной областях, в которых развитие в большей степени обусловлено развертыванием врожденных программ и последовательным созреванием структур центральной нервной системы. Однако не наблюдалась динамика в социально-эмоциональной, коммуникативной областях и в области освоения адаптивных навыков, где развитие в большей степени связано с характеристиками первичного социального окружения, в том числе качеством взаимодействия ребенка и матери.

Сравнительный анализ характеристик *родительско-детского взаимодействия* в экспериментальной и контрольной группах проводился при помощи многомерного дисперсионного анализа (MANOVA) и сравнения средних значений характеристик взаимодействия между группами. Результаты сравнения показали снижение всего комплекса характеристик взаимодействия в группе детей, оперированных в период новорожденности ($p = 0,026$), причем выявленные различия были обусловлены снижением характеристик поведения ребенка во взаимодействия ($p = 0,026$): оперированные дети проявляют меньшую эмоциональность, они менее активны и в меньшей мере ориентированы на коммуникацию, чем их здоровые сверстники. Характеристики поведения во взаимодействии матерей и диадные характеристики в двух группах не различались.

При проведении сравнения *эмоций и поведения матерей и детей* в различных ситуациях взаимодействия значимые различия между группами выявлены в трех ситуациях.

В целом в обеих группах в ситуации свободной игры отмечались незначительные проявления негативных эмоций, однако у оперированных детей отмечались более выраженные проявления эмоции горя (в виде умеренного протеста, жалобной или недовольной вокализации), чем в контрольной группе ($p = 0,027$), а также несколько большая интенсивность эмоции удивления, прежде всего за счет широко открытых глаз, слегка приоткрытого рта ($p = 0,046$). Матери оперированных детей чаще проявляли изменение поведения в виде застывших поз, что свидетельствует об их большем напряжении ($p = 0,052$), проявление ими общего количества эмоций (позитивных и негативных) было несколько меньше ($p = 0,103$), также меньше была интенсивность негативного эмоционального тона ($p = 0,092$), чем у матерей здоровых детей.

В ситуации первого разлучения оперированные дети в целом проявляли большее позитивное возбуждение ($p = 0,007$), удивление ($p = 0,023$), большую интенсивность позитивного эмоционального тона ($p = 0,019$) и большее количество разнообразных эмоций на лице ($p = 0,002$), чем здоровые дети.

В ситуации второго воссоединения дети из экспериментальной группы проявляли гораздо большую агрессию, направленную на человека ($p = 0,024$), на объект ($p = 0,078$), и в целом дезадаптивное поведение у них было более выражено ($p = 0,006$), чем у детей контрольной группы. Матери оперированных детей проявляли меньшую интенсивность эмоции радости на лице ($p = 0,008$) и в целом меньшую интенсивность позитивного эмоционального тона ($p = 0,04$)

по сравнению с матерями контрольной группы.

Заключение

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что дети, перенесшие операцию в период новорожденности, на втором году жизни отстают по уровню психического развития от своих здоровых сверстников. В ситуациях взаимодействия с матерью оперированные дети проявляют больший уровень дистресса уже в ситуации свободной игры. Они реагируют на фрустрацию (при первом разлучении) меньшим снижением позитивного эмоционального тона (демонстрируют феномен ложно-позитивного аффекта). В ситуации второго воссоединения (после максимальной фрустрации, связанной со вторым разлучением с матерью) у них наблюдаются более выраженные проявления агрессии по отношению к человеку и объектам, и в целом большая дезорганизация поведения.

Матери детей, перенесших операцию, отличаются тенденцией к проявлению более негативного эмоционального тона в свободной игре, а также меньшим проявлением радости и позитивного эмоционального тона при встрече с детьми после второго разлучения.

Полученные данные позволяют говорить, что дети и матери экспериментальной группы находятся в менее благополучном эмоциональном состоянии в ситуациях взаимодействия и эмоционально более уязвимыми в ситуациях фрустрации. Полученные результаты могут служить эмпирическим основанием для создания научно обоснованных программ раннего семейно-центрированного вмешательства, направленного на психологическое сопровождение ребенка и матери как при нахождении на отделении патологии новорожденных, так и после выписки из больницы, для снижения риска нарушения развития у детей.

Выводы

1. Психическое развитие детей раннего возраста, оперированных в период новорожденности, отличается от развития их здоровых сверстников как по уровневому, так и по динамическим характеристикам: при общем отставании в развитии во всех областях положительная динамика наблюдается только в моторном и познавательном развитии и не наблюдается в сфере личностно-социального, коммуникативного развития, а также в сфере освоения адаптивных навыков.
2. Взаимодействие с матерями у детей второго года жизни, оперированных в период новорожденности, по сравнению со здоровыми сверстниками, имеет особенности: эмоциональное состояние у них менее позитивно, они проявляют меньший уровень адаптивного поведения, активности, коммуникативности; характеристики поведения во взаимодействии матерей и диадные характеристики в двух группах не различаются.
3. У детей второго года жизни, оперированных в период новорожденности, эмоциональное и поведенческое реагирование в различных ситуациях взаимодействия с матерью отличаются от реагирования здоровых сверстников: у них наблюдаются более выраженные проявления эмоций горя и удивления в

ситуации свободной игры, более выраженные проявления позитивных эмоций при первом разлучении и более выраженная дезорганизация поведения при втором воссоединении с матерью.

4. Эмоциональные проявления матерей детей второго года жизни, оперированных в период новорожденности, отличаются от проявлений матерей здоровых детей: в ситуации свободной игры они более скованы, а в ситуации второго воссоединения показывают меньшую интенсивность эмоции радости и в целом позитивного эмоционального тона.

Список литературы

1. Гордеев В.И., Александрович Ю.С. Качество жизни (QOL). Новый инструмент для оценки развития детей. – СПб.: Речь, 2001. – 200 с.
2. Лазуренко С.Б. Анализ структуры патологических состояний новорожденных детей, приводящих к инвалидизации, и их отдаленные последствия // Российский педиатрический журнал. 2009. №1. С. 49-52.
3. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. – 288 с.
4. Немилова Т.К. Диагностика и хирургическое лечение множественных пороков развития у новорожденных. Автореферат дис. ... докт. мед. наук. СПб., 1998. 68 с.
5. Шабалов Н.П. Неонатология в 2-х т.т. – М.: Медпресс-информ, 2004. Т. 1. С. 17-27.
6. Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития. / Под ред. Р. Ж. Мухамедрахимова. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. – 312 с.
7. Chen C., Friedman S., Butler S. et al. Approaches to neurodevelopmental assessment in congenital diaphragmatic hernia survivors // J. Pediatric Surgery. 2007. Vol. 42. P. 1052-1056.
8. Dittrich H., Bühner C., Grimmer I. et al. Neurodevelopment at 1 year of age in infants with congenital heart disease // J. Heart. 2003. Vol. 89. P.436-441.
9. Faugli A., Emblem R. et al. Mental health in infants with esophageal atresia // Infant mental health journal. 2007. Vol. 30. №1. P. 40-56.
10. Ludman L., Spitz L., Lansdown R. Developmental progress of newborns undergoing neonatal surgery // J. Pediatric Surgery. 1990. Vol. 25. №5. P. 469-471.

Особенности детско-родительских отношений у подростков с ослабленным здоровьем

Е. Г. Бортникова

Введение

В последнее время наблюдается значительный рост числа больных детей школьного возраста. По данным диспансеризации 2003 года, 65% детей в возрасте от 5 до 15 лет признаются больными, 30% – нуждающимися в консультативной помощи врачей, и только 5% можно считать полностью здоровыми. Причем наиболее распространенными оказываются соматические расстройства, представленные функциональными нарушениями различных органов и систем. Дети с подобными нарушениями, обучаясь в

общеобразовательных школах, выделяются во вторую и третью группы здоровья. Ко второй группе здоровья относятся учащиеся с недостаточным физическим развитием или имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья. К третьей группе относятся учащиеся, характеризующиеся наличием значительных отклонений в состоянии здоровья и на основании медицинского заключения имеющие определенные ограничения в занятиях физической культурой по основной программе.

Многими авторами [Исаев Д.Н., 1996; Антропов Ю.Ф., 2002 и др.] соматические расстройства рассматриваются не как изолированные дисфункции, а в большей степени как обусловленные нарушениями в психосоциальной сфере. Кроме того, немаловажным патогенетическим фактором здесь является психофизиологическая и социальная несформированность адаптационных механизмов, связанная с повышенным риском развития системных расстройств адаптации, особенно в периоды возрастных кризисов [Брызгунов И.П., 1992].

Как известно, в подростковом возрасте организм ребенка претерпевает значительные изменения, что оказывает существенное влияние на его дальнейшее психосоциальное развитие. Это период кризиса, для которого характерна неустойчивость эмоций, суждений и поведения. Поскольку именно подростковый возраст является периодом формирования большинства характерологических типов, то различные типологические варианты нормы («акцентуации характера») выступают наиболее ярко, определяя и течение соматического заболевания, и отношение подростка к нему, что сопровождается новыми переживаниями и ощущениями психофизиологического дискомфорта в целом [Худик В.А., 1993]. Особенно отчетливы эти нарушения на негативной фазе подросткового периода (до 15 лет), для которой, согласно А.Е. Личко [1985], характерны наиболее яркие проявления антагонистического отношения подростка к взрослым и авторитетам, а также другие типичные психологические феномены в рамках подросткового кризиса.

Исходя из этого, особый интерес представляет исследование особенностей формирующегося характера и его взаимосвязи с детско-родительскими отношениями у подростков с ослабленным здоровьем, находящихся на негативной фазе пубертатного кризиса.

Материал и методы исследования

В связи с вышесказанным нами была исследована группа подростков 12-15 лет, учащихся средних классов общеобразовательной школы. Группу составили 223 школьника с ослабленным здоровьем (вторая и третья группы здоровья на основании данных медицинских карт): среди них 99 мальчиков и 124 девочки. По данным опроса, 60,3% подростков воспитывались в полных семьях. Данные о характере соматических нарушений у обследованных подростков представлены в Таблице 1.

С целью исследования особенностей стиля воспитания в семьях обследованных была использована методика «Подростки о родителях»

(сокращенно – ПоР), позволяющая на основании самоотчетов подростков оценивать преобладающие родительские установки (так, как они воспринимаются подростками) [Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е., 2004]. Для исследования характерологических особенностей подростков был использован «Патохарактерологический диагностический опросник для подростков» (ПДО) [Личко А.Е., Иванов Н.Я., 2001].

Таблица 1.
Частота встречаемости различных соматических расстройств у подростков с ослабленным здоровьем.

Группа заболеваний	Доля обследованных подростков с соматическими расстройствами (%)
Нарушения опорно-двигательного аппарата	62
Кожные и аллергические заболевания	24
ММД и наличие неврологической симптоматики	7
Нарушения зрения	17
Нарушения желудочно-кишечного тракта	8
Задержка физического развития	1
Бронхиальная астма	3
Дисфункция вегетативной нервной системы	9
Нарушения деятельности почек и мочевого пузыря	7
Нарушения эндокринной системы	7
Дисфункции сердечно-сосудистой системы	10

Результаты исследования

Данные о преобладающих типах акцентуации характера у мальчиков и девочек с ослабленным здоровьем представлены в Таблице 2.

Как следует из Таблицы 2, среди подростков с ослабленным здоровьем ярче выражены такие характерологические радикалы как «эпилептоидный» и «гипертимный». При этом между мальчиками и девочками обнаруживаются существенные различия. Последних отличает более выраженная эмоциональная лабильность, впечатлительность, повышенная нервно-психическая истощаемость. Настроение у девочек, так же как и сон, аппетит, вегетативные проявления, работоспособность, в значительной мере зависит от обстоятельств. Чаще выявляются черты психастенического (нерешительность, тревожная мнительность, осторожность) и истероидного круга (эгоцентризм, эмоциональная незрелость).

Мальчиков отличают черты неустойчивости, нежелание трудиться, постоянная тяга к увеселениям и более низкий по сравнению с девочками уровень конформности.

Таблица 2.
Характерологические особенности
подростков с ослабленным здоровьем

Характерологические радикалы (показатели шкал ПДО)	Мальчики (m)	Девочки (m)	достоверность различий (p)
Гипертимный тип	7,36	7,21	-
Циклоидный тип	5,10	4,86	-
Лабильный тип	5,70	7,33	< 0,05
Астеничный тип	2,73	3,48	< 0,05
Сенситивный тип	3,14	3,31	-
Психастенический тип	5,56	6,61	< 0,05
Шизоидный тип	4,86	4,24	-
Эпилептоидный тип	9,46	8,82	-
Истероидный тип	4,86	5,93	< 0,05
Неустойчивый тип	5,53	4,91	< 0,05
Конформный тип	2,82	3,65	< 0,05

Далее перейдем к рассмотрению результатов исследования взаимоотношений между подростками и их родителями. Следует отметить, что показатели находятся в пределах средних значений, но среди них выделяются показатели по шкалам непоследовательности (мать-сын: $M = 3,18$; мать-дочь: $M = 3,34$; отец-сын: $M = 3,39$; отец-дочь: $M = 3,31$), автономности (мать-сын: $M = 3,25$; мать-дочь: $M = 3,09$; отец-сын: $M = 3,28$; отец-дочь: $M = 3,24$) и враждебности (мать-сын: $M = 2,88$; мать-дочь: $M = 3,04$; отец-сын: $M = 3,25$). Полученные данные свидетельствуют о том, что воспитательный процесс в семьях подростков с ослабленным здоровьем характеризуется неустойчивостью. Например, в момент недомогания подростка родители, сочувствуя ему, могут изменить стиль общения на противоположный, стараясь смягчить взаимоотношения. В других ситуациях подростки могут охарактеризовать родителей как подавляющих, эмоционально отгороженных и не воспринимающих своего ребенка как личность.

Кроме того, обнаружены различия в отцовской линии воспитания мальчиков и девочек. В отношении дочери отец больше склонен проявлять позитивный интерес (отец-дочь: $M = 3,15$, отец-сын: $M = 2,67$, $p = 0,05$) и директивность (отец-сын: $M = 2,46$; отец-дочь $M = 2,77$, $p = 0,05$). Следовательно, в отношениях отца с дочерью в большей степени проявляются теплые дружеские чувства и покровительство. Отношения отца с сыном складываются сложнее, что находит свое отражение и в разнице по шкале «враждебность» (отец-сын: $M = 3,25$; отец-дочь $M = 2,97$, $p = 0,05$). Отцы считают, что дочери чаще, чем сыновья, нуждаются в коррекции их жизненных

позиций. В данной выборке это отчасти может быть связано с тем, что девочки в большей степени страдают от недостатков здоровья, чем мальчики.

Далее перейдем к анализу возможной взаимосвязи характерологических особенностей и родительско-детских отношений подростков данной группы.

Позитивный интерес со стороны матери проявляется главным образом в гиперопеке, которая провоцирует развитие гипертимности ($r = 0,17$). Также была установлена отрицательная связь между «позитивным интересом» и «истероидностью» ($r = -0,18$). Это может быть связано с влиянием третьей переменной, например, уже отмеченной непоследовательности родителей в воспитательном процессе. Позитивный интерес может проявляться время от времени, возможно, при обострении заболевания. При этих условиях подросток не будет чрезмерно избалован родительским вниманием, что снижает вероятность развития истероидных черт.

Кроме того, позитивный интерес со стороны матери и «шизоидность» ($r = -0,25$) обнаруживают обратную связь. Широко известно, что незрелость родительских чувств, недостаток теплых эмоциональных контактов между матерью и ребенком могут способствовать формированию шизоидной акцентуации характера [Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В., 2008; Личко А. Е., 2009]. А при условии того, что подросток достаточно часто ощущает нездоровье, он становится более уязвим для развития шизоидных черт характера.

Позитивный интерес обоих родителей положительно коррелирует с конформностью (мать, $r = 0,25$; отец, $r = 0,26$). Конформному подростку свойственно считать истиной то, что поступает через привычный канал информации, и при условии, что ребенок не попадает под влияние дурной среды, родителям нет необходимости жестко его контролировать. Кроме того, некоторые заболевания могут накладывать ограничения на активное общение подростка со сверстниками. При этих условиях родители скорее склонны опекать ребенка, что находит свое отражение в результатах исследования.

Отмечена взаимосвязь между автономным стилем воспитания и гипертимными чертами характера подростка (мать, $r = 0,20$; отец, $r = 0,19$). При отгороженности от проблем ребенка, отсутствии у родителей склонности к покровительству подросток предоставлен сам себе, однако оказывается не в состоянии правильно воспользоваться предоставленной ему свободой. При этом важность собственного здоровья отходит на второй план: подросток, не задумываясь о последствиях, приносит эту жертву, чтобы почувствовать себя взрослым. При этом, чтобы избежать «проблем с родителями», подросток может сознательно скрывать от них соматические недомогания, что будет приводить лишь к ухудшению его состояния.

Требовательность отца, агрессивное и подозрительное отношение матери, то есть проявление «враждебности» в стиле воспитания, положительно связано с чертами эпилептоидности (мать, $r = 0,20$; отец, $r = 0,30$). Жесткость в воспитании, приводя к накоплению неотрагированных негативных эмоций у подростка, может способствовать их соматизации, а также обострению уже

имеющихся соматических расстройств [Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е., 2004].

Выводы

1. Преобладающими характерологическими типами у подростков 12-15 лет с ослабленным здоровьем являются гипертимный и эпилептоидный.
2. По сравнению с мальчиками девочки-подростки с ослабленным здоровьем характеризуются большей эмоциональной неустойчивостью, тревожной мнительностью, вегетативной лабильностью и эгоцентризмом. У мальчиков более выражены черты неустойчивого характерологического типа.
3. В восприятии подростков с ослабленным здоровьем стиль родительского воспитания предстает как преимущественно неустойчивый.
4. Высокая степень позитивного интереса со стороны родителей по отношению к подросткам исследуемой группы связана с формированием и поддержанием таких характерологических особенностей как гипертимность и конформность. Низкий же уровень может оказывать влияние на развитие черт шизоидности и эпилептоидности.
5. Отмечена взаимосвязь между выраженностью автономности в стиле воспитания и гипертимными чертами характера подростков с ослабленным здоровьем.
6. Враждебность родителей по отношению к подростку в данной группе положительно связана с эпилептоидными чертами характера последнего.

Список литературы

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб.: Речь, 2002. – 560 с.
2. Брызгунов И.П. Беседы о здоровье школьников. – М.: Просвещение, 1992. – 95 с.
3. Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е. Родители глазами подростка. – СПб.: Речь, 2004. – 256 с.
4. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная литература, 1996. – 454 с.
5. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.
6. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – СПб.: Речь, 2009. – 256 с.
7. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Диагностика характера подростков. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. – СПб.: ФАРМиндекс, 2001. – 68 с.
8. Худик В.А. Психология аномального развития личности в детском и подростково-юношеском возрасте. – Киев: Здоровье, 1993. – 144 с.
9. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2008. – 672 с.

Факторы психогенеза нарушений психической адаптации среди трудоспособного населения¹²

Н. Н. Вертячих

Современная социально-экономическая ситуация характеризуется высоким уровнем неопределенности перспектив для трудоспособного населения. Продолжаются сокращения численности сотрудников на предприятиях, усложняются условия труда, ограничиваются меры социальной помощи работникам. Возрастает расслоение общества по качеству жизни и уровню доходов, традиционные и привычные для большинства людей социальные связи теряют свою значимость. Период реформ настолько текуч и непредсказуем, что человек зачастую просто не успевает сформировать адекватные стратегии адаптации, переживая постоянный стресс неопределенности [Медведев В.И., 2003; Посохова С.Т. 2001], который оказывает существенное влияние на его здоровье. Рост распространенности психических заболеваний именно в периоды резких изменений социальной и политической ситуации указывает на существенные сложности, которые испытывает человек в попытках адаптироваться к радикально новым условиям. Для обозначения подобных состояний вводится специальный термин – социально-стрессовые расстройства [Александровский Ю.А., 1992].

Нарушения психической адаптации, обусловленные психотравмирующим воздействием факторов социальной среды, становятся условиями формирования собственно невротических и психосоматических расстройств. Выборочные исследования свидетельствуют, что подобными расстройствами страдает 25-30% жителей страны [Казначеев В.П. с соавт., 2000]. Как правило, психические расстройства такого типа в силу самой их специфики не попадают в сферу внимания и деятельности специалистов (психологов, психотерапевтов, психиатров). Такие люди чаще становятся постоянными пациентами медицинских учреждений соматического профиля, что лишь способствует фиксации неадекватных стратегий адаптации, существенно влияет на качество жизни и работоспособность. Складывается порочный круг, когда самая активная и трудоспособная часть населения, благополучие которой во многом является целью социальных и экономических преобразований, в первую очередь и страдает от реализуемых перемен.

В таких условиях особое значение приобретают задачи организации психопрофилактических мероприятий в профессиональных коллективах, адекватной диагностики и эффективной коррекции донологических форм нарушения психической адаптации. К сожалению, реализация этих задач осложняется неадекватностью исторически сложившихся форм организации психиатрической и психотерапевтической помощи населению проблемам современного этапа.

¹² Материалы диссертационного исследования Н.Н. Вертячих «Клинико-психологические формы нарушений адаптации в социально-стрессовых условиях». Научный руководитель – проф. А.Н. Алёхин.

На наш взгляд, медико-психологическое обеспечение адаптации человека в различных условиях жизни является наиболее актуальной практической задачей именно клинической психологии. Решение этой задачи предполагает целенаправленные исследования и систематизацию проявлений нарушений психической адаптации человека для разработки адекватного диагностического инструментария, обоснования направлений и содержания психопрофилактических и коррекционных мероприятий. В данной статье приводится анализ опыта подобной работы, проводимой в рамках центра по подбору и адаптации персонала крупного промышленного предприятия.

Целью исследования было выявление психосоциальных факторов риска донозологических форм нарушений психической адаптации в современной социально-экономической ситуации крупного мегаполиса (Санкт-Петербурга).

Материал и методы исследования.

Были обследованы кандидаты на трудоустройство – всего 1406 (1319 мужчин и 87 женщин) в возрасте от 19 до 53 лет. 715 человек (51%) были трудоустроены на момент обследования, однако отмечали неудовлетворенность актуальной трудовой деятельностью; 691 человек (49%) на момент обследования не имели постоянной занятости в течение 1-14 месяцев.

По уровню образования испытуемые распределились следующим образом: с высшим образованием 743 человека (52,8%), со средне-специальным образованием – 663 человека (47,2%).

Клинико-психологическое обследование включало:

- Структурированное клиническое интервью, направленное на получение и систематизацию сведений по следующим блокам:
 - Социально-биографические сведения о кандидатах: пол, возраст, уровень образования, семейное положение, наличие постоянного места работы, период отсутствия постоянной профессиональной занятости и др.
 - Анамнестические сведения медицинского характера: наличие заболеваний, жалоб на самочувствие, настроение и работоспособность.
 - Психологические сведения (актуальное состояние, личностные особенности, система отношений и др.).

В дополнение к интервью использовались методики психологической диагностики:

- Опросник невротических расстройств (ОНР) [Вассерман Л.И. с соавт., 1998].
- Опросник «Уровень социальной фрустрированности» [Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Березин М.А., 2004].
- Тест оценки общего интеллекта – «Прогрессивные матрицы Равена».
- Личностный опросник Айзенка (ЕРІ).

Результаты и их обсуждение.

В соответствии с методическими основаниями исследования, невротоподобные проявления и переживание социальной фрустрированности рассматривались как основные признаки нарушения психической адаптации.

Психический статус кандидатов оценивался в результате развернутого клинико-психологического интервью. Данные интервью уточнялись с помощью структурированного опросника невротических жалоб. Распределение суммарных оценок выраженности неврозоподобных проявлений представлено в Таблице 1.

Таблица 1
Неврозоподобные проявления среди трудоспособного населения

Выраженность неврозоподобных проявлений	Низкая	Средняя	Высокая	Очень высокая
Доля выборки	7%	81%	9%	3%
Количество респондентов	98	1132	127	49

Как следует из Таблицы 1, у большинства респондентов по данным самоотчета отмечается средний и низкий уровень выраженности неврозоподобных симптомов. В то же время у 12% выборки (176 человек) были диагностированы нарушения психической адаптации, проявлявшиеся преимущественно признаками малодифференцированного физического и эмоционального дискомфорта, эмоциональной напряженности, неустойчивости настроения, пониженной работоспособности.

В таблице 2 приведены сведения о представленности различных уровней социальной фрустрированности в обследованной группе.

Таблица 2
Уровень социальной фрустрированности трудоспособного населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области

Уровень фрустрированности	Низкий	Средний	Высокий	Очень высокий
Доля выборки	19%	62%	15%	4%
Количество респондентов	273	855	216	61

Согласно результатам, представленным в Таблице 2, у обследованных преобладает пониженный и умеренный уровень социальной фрустрированности. Большинство респондентов удовлетворены своим социальным положением, межличностными отношениями. Вместе с тем у 19% выявились отчетливые нарушения в данных социальных сферах.

Зоной наибольшей напряженности для обследованного населения является материальное положение (47%). В процессе интервью респонденты упоминали, что неудовлетворенность имеющимся уровнем доходов является значительным стимулом для поиска новых источников заработка, изменения профессиональной квалификации и сферы занятости. Примечательно, что лишь 8% опрошенных отметили, что полностью довольны имеющимся материальным положением. 28% опрошенных не удовлетворены имеющимися жилищно-бытовыми условиями; 26% – уровнем полученного образования.

Эмоциональным состоянием, состоянием здоровья, семейными взаимоотношениями не удовлетворены менее 20%, однако снижение удовлетворенности именно этими сферами оказывает наибольшее влияние на общий уровень социальной фрустрированности и наиболее тесно связано со степенью выраженности невротоподобных проявлений.

Полученные результаты позволяют предположить более важную роль личностных факторов в развитии нарушений психической адаптации по сравнению с внешними (социальными) обстоятельствами (уровнем дохода, условиями проживания, продолжительностью периода безработицы). Для оценки правомерности этого предположения было проведено сравнительное исследование индивидуально-психологических и социальных характеристик групп с разным уровнем адаптации.

Пол. Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии значимых половых различий в уровне выраженности невротоподобных явлений. Однако среди мужчин шире представлены крайние итоговые показатели по опроснику ОНР (очень высокий и низкий уровни), в то время как для женщин характерны высокий и средний уровни. В целом для женщин более характерны немотивированный страх ($t = -2,581, p < 0,01$), фобические расстройства ($t = -3,148, p < 0,01$), аффективная неустойчивость ($t = -3,768, p < 0,001$). На личностном уровне женская группа отличается более высокой степенью неуверенности в себе ($t = -2,738, p < 0,01$). Среди невротоподобных проявлений, преобладающих в группе мужчин, – тенденция к невротическому сверхконтролю поведения ($t = 2,796, p < 0,05$).

Возраст. При сравнении средних показателей выраженности невротоподобной симптоматики в разных возрастных группах было выявлено их некоторое повышение в более зрелом возрасте (41-53 лет), что, по-видимому, связано с характерным для этого периода изменением социальной ситуации, жизненных перспектив, состояния здоровья и т.п.

Уровень образования. У респондентов с высшим образованием чаще встречаются жалобы на ухудшение общего самочувствия ($t = 2,687, p < 0,01$) и склонность к формированию навязчивых страхов ($t = 2,069, p < 0,05$). На личностном уровне данная группа отличается переживанием собственной малоценности ($t = 2,036, p < 0,05$), а также высокой аффективной неустойчивостью ($t = 3,938, p < 0,001$). Можно предположить, что для лиц с высшим образованием характерна большая требовательность к себе. Кроме того, ожидания, проецируемые на эту группу людей ближайшим окружением, также вызывают тревожные переживания, связанные с опасениями не достигнуть поставленных личных и профессиональных целей. С другой стороны, респонденты со средне-специальным образованием более критичны к уровню собственной подготовки, что отражается в более выраженной неудовлетворенности профессиональными знаниями и навыками ($t = -3,638, p < 0,05$).

Длительность периода отсутствия постоянной профессиональной занятости. Все испытуемые на момент обследования были не удовлетворены

текущим трудоустройством или вовсе находились без работы в течение различных периодов. Увеличение выраженности неврозоподобной симптоматики в группах с более длительным периодом отсутствия постоянной профессиональной занятости не наблюдалось, однако отмечалось достоверное ($p < 0,05$) усиление признаков нарушения психической адаптации у лиц с периодом безработицы 3-6 месяца. По-видимому, этот этап является критическим в процессе адаптации к новым социальным условиям: разрушаются надежды на легкое и удачное трудоустройство, со всей очевидностью предстают материально-бытовые проблемы, при этом еще не успевают сформироваться адекватные новой ситуации адаптационные стратегии. У лиц с более длительным периодом отсутствия профессиональной занятости (7-14 месяцев) уровень выраженности неврозоподобной симптоматики снижается, что, по-видимому, свидетельствует о формировании новых адаптационных стереотипов поведения.

Уровень интеллекта. Согласно полученным данным, наиболее уязвимы в плане нарушения адаптации в социально-стрессовых условиях группы с полярными значениями по уровню интеллекта, в особенности с пониженными. Сравнительный анализ показывает, что для группы с высокими показателями интеллекта характерно преобладание жалоб на трудности в межличностном взаимодействии ($t = 2,344$, $p < 0,05$) и более высокий уровень социальной фрустрированности. У лиц же с пониженным интеллектом практически весь спектр психических жалоб представлен более широко, чем в группе со средними значениями интеллекта, существенно выше уровень социальной фрустрированности.

Экстраверсия – интроверсия. Среди респондентов с тенденцией к интровертированности достоверно чаще встречаются лица с признаками нарушения психической адаптации ($p < 0,01$). В группе интровертов значимо выше показатели по большинству шкал Опросника невротических и неврозоподобных расстройств, а также выше уровень социальной фрустрированности.

Нейротизм. Среди респондентов с высокими показателями по шкале нейротизма достоверно чаще встречаются лица с нарушениями психической адаптации ($p < 0,001$): у них более выражены разнообразные симптомы эмоционального неблагополучия, трудности межличностного взаимодействия, поведенческие отклонения, они в большей мере не удовлетворены своим социальным положением, отношениями с ближайшим окружением, здоровьем и психоэмоциональным статусом.

Заключение

Результаты исследования позволяют сформировать перечень индивидуально-психологических факторов риска нарушений адаптации: интровертированность, высокий уровень нейротизма, социальная фрустрированность, пониженный либо очень высокий уровень интеллекта.

Среди социальных факторов риска нарушения психической адаптации у трудоспособного населения можно выделить зрелый возраст (41-53 года),

среднедлительный период отсутствия профессиональной занятости (3-6 месяцев).

Полученные результаты могут использоваться для обоснования методики скрининговых обследований при диспансеризации населения, профессионального психологического отбора, а также для выявления групп динамического наблюдения и организации психопрофилактических мероприятий в рамках крупных промышленных предприятий.

Выводы

1. У лиц трудоспособного возраста (жителей Санкт-Петербурга и Ленинградской области) при клинико-психологическом обследовании выявляются разнообразные признаки психического неблагополучия. Примерно у 12% обследованных интенсивность этих проявлений является основанием для углубленного обследования. Нарушения психической адаптации проявляются преимущественно признаками неспецифического физического и эмоционального дискомфорта.
2. У 19% лиц трудоспособного возраста выявляются выраженные нарушения личностно-средового взаимодействия и неудовлетворенность актуальным социальным положением. Зонами наибольшей напряженности являются материальное положение и сфера межличностных отношений. Существует тесная взаимосвязь между выраженностью признаков психического неблагополучия и уровнем социальной фрустрированности.
3. К социальным факторами риска нарушения психической адаптации могут быть отнесены более зрелый возраст, среднедлительный период отсутствия постоянной профессиональной занятости.
4. Структура признаков психического неблагополучия неодинакова у мужчин и женщин. У мужчин наблюдается более высокий уровень невротического сверхконтроля поведения. Обследованные женщины характеризуются большей тревожностью, подверженностью страхам, эмоциональной лабильностью.
5. Индивидуально-психологическими факторами риска нарушения психической адаптации являются пониженный или очень высокий уровень интеллекта, интровертированная направленность личности и высокий уровень нейротизма.

Список литературы

1. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1992. №2. С. 3-12.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Беребин М.А. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение: Методические рекомендации. – СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2004. – 26 с.
3. Вассерман Л.И., Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю., Вукс А.Я., Михайлова И.Н. Психодиагностическая методика для определения невротических и неврозоподобных нарушений (ОНР). – СПб., 1998.
4. Медведев В. И. Адаптация человека. – СПб.: Институт мозга человека РАН, 2003. – 584 с.

5. Посохова С.Т. Психология адаптирующейся личности. СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2001. – 240 с.
6. Казначеев В.П., Поляков Я.В., Акулов А.И., Мингазов И.Ф. Проблемы «Сфинкса XXI века». Выживание населения России. Новосибирск, 2000. – 232 с.

Психогенные факторы нарушения здоровья у старших дошкольников¹³

Е. Ю. Войнова

Введение

В настоящее время значение психологических факторов в этиологии и патогенезе хронических неинфекционных соматических заболеваний является одним из ключевых вопросов психосоматики как области междисциплинарных исследований и клинической практики. Исследования свидетельствуют о возможности влияния острого и хронического эмоционального стресса, а также определенных индивидуально-психологических особенностей человека в комплексе с другими предрасполагающими условиями на риск развития соматической патологии [Губачев Ю.М., Стабровский Е.М., 1981; Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986; Исаев Д.Н., 2000; Сидоров П.И. с соавт., 2006]. Особое значение данная проблема приобретает в связи с задачами профилактики нарушений здоровья в детском возрасте, что определяется, с одной стороны, растущей заболеваемостью среди детей и подростков, общим снижением уровня их здоровья, а с другой стороны – негативным влиянием соматических расстройств на их психическое развитие и процесс социализации.

Центральное место в структуре хронических соматических расстройств детского возраста занимают нарушения пищеварения: по эпидемиологическим данным каждый седьмой ребенок в РФ (то есть 150 детей из 1000) имеет то или иное заболевание системы пищеварения [Материалы 9-го Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург-Гастро – 2007»]. Предшкольный возраст исследователями рассматривается как наиболее чувствительный в плане развития первых симптомов и нарушений функционирования желудочно-кишечного тракта [Баранов А.А., Гринина О.В., 1981].

Общепризнанной является роль психогенных факторов как в развитии соматической патологии, так и в формировании условий и предпосылок для нарушения здоровья детей [Скумин В.А., 1988; Исаев Д.Н., 2000; Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2002; Кулаков С.А., 2007 и др.]. Изучение роли психогенных факторов в патогенезе функциональных расстройств пищеварительной системы является одной из актуальных проблем детской

¹³ Материалы диссертационного исследования Е.Ю. Войновой «Психогенные факторы нарушения здоровья у старших дошкольников» (2009). Научный руководитель – проф. А.Н. Алёхин.

психосоматики. Особая роль при этом отводится семейным факторам, поскольку именно первичная социальная среда выступает у детей в качестве наиболее значимого источника и эмоциональной поддержки, и стресса [Захаров А.И., 2000; Исаев Д.Н., 2000; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В., 2000].

Эмоциональное напряжение, лежащее в основе психосоматических расстройств у детей, связывают с нарушением детско-родительских отношений, которые определяются личностными особенностями родителей (воспитателей) или обстоятельствами жизни. Состояние здоровья ребенка рассматривается исследователями как индикатор семейного благополучия: болезненные проявления у него могут быть единственным выражением семейной дезорганизации [Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В., 2000].

Задолго до появления явных соматических расстройств у детей обнаруживаются признаки эмоционального напряжения – повышенная возбудимость, аффективная лабильность, двигательное беспокойство, неусидчивость [Ефимов Ю.А., 1994; Исаев Д.Н., 2000]. Родителями подобные изменения в эмоциональной сфере и поведении ребенка обычно не связываются с предвестниками болезненного состояния, что не только отодвигает сроки распознавания болезни, но и повышает вероятность использования неадекватных воспитательных стратегий, способствующих лишь нарастанию эмоционального напряжения.

Последствия развития хронического заболевания и общей ослабленности здоровья у детей не ограничиваются сферой соматического благополучия. Хроническое заболевание способно оказывать непосредственное (через нейротоксические эффекты) и опосредованное (через специфический контекст жизнедеятельности и социализации) влияние на психическое развитие ребенка, процесс формирования его личности. Как правило, это влияние неблагоприятно [Воронков Б.В с соавт., 1988; Ливанова М.Н., 1997; Билецкая М.П., Силенко Е.А., 2007]. Это обстоятельство определяет высокую актуальность раннего выявления признаков эмоционального неблагополучия и предболезненных состояний у детей.

Определение ранних диагностических признаков неблагополучия в психосоматическом развитии ребенка, оценка роли психогенных (прежде всего, семейных) факторов в развитии у него нарушений здоровья является необходимым условием научно обоснованного психологического вмешательства в системе профилактических и лечебных мероприятий. Изучению данной проблемы было посвящено исследование, проведенное на базе детского отделения санатория-профилактория «Прилесье» ОАО АВТОВАЗ г. Тольятти.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие семьи детей, которые были направлены в санаторий с целью лечения либо проведения профилактических и общеоздоровительных мероприятий. Всего было обследовано 213 семей, где воспитываются дети старшего дошкольного возраста с разным уровнем

здоровья (100 девочек, средний возраст $6,5 \pm 0,5$ лет; 113 мальчиков, средний возраст $6,7 \pm 0,6$ лет).

У 74 детей (из обследованных семей) были диагностированы расстройства пищеварения, среди которых преобладали дискинезии желчевыводящих путей (58%), дисбиоз кишечника (32%), гастродуоденит (10%). Давность развития заболеваний у детей данной группы составила 1 – 2 года.

У остальных 139 детей не было клинически верифицированных расстройств пищеварения. Общее самочувствие детей этой группы оценивалось как удовлетворительное, однако в ней выделялась подгруппа детей с признаками предболезненного состояния (71 ребенок). В течение последних 3-6 месяцев дети этой подгруппы периодически ощущали некоторые соматические недомогания и предъявляли жалобы на дискомфорт в области пищеварительного тракта (эпизодические боли в животе, потеря аппетита, запор, диарея, тошнота). Данные явления имели непостоянный характер, и при клиническом, а также лабораторно-инструментальном обследовании у детей данной подгруппы патологических изменений в организме выявлено не было.

Большинство детей (81% детей с расстройствами пищеварения, 90% детей с признаками предболезненного состояния и 85% практически здоровых детей) воспитываются в полных семьях. Всего в исследовании приняли участие 196 родителей (113 матерей и 83 отца).

В исследовании использовалось сочетание клинико-психологического и экспериментально-психологического метода.

Клинико-психологический метод включал в себя анализ медицинских карт, наблюдение и психодиагностическую беседу (полуструктурированное интервью с родителями и ребенком).

Экспериментально-психологический метод представлен комплексом из следующих методик:

- методика для изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга (детский вариант);
- методика «Лесенка» для исследования самооценки;
- цветовой тест М. Люшера;
- методика для оценки детской тревожности «Выбери нужное лицо»;
- методика для исследования подверженности страхам «Боишься ли ты...»;
- опросник для оценки родительских установок PARI (Parental Attitude Research Instrument);
- опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ).

Обработка эмпирических данных осуществлялась с помощью методов математической статистики. В исследовании использовались дескриптивный анализ, а также сравнительный анализ с использованием критерия Хи-квадрат и параметрического t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования

По результатам беседы с родителями было установлено, что группы детей с разным уровнем здоровья не различаются по показателям успешности

адаптации к дошкольному учреждению, общительности, подверженности нарушениям сна и простудным заболеваниям. При этом, однако, дети с нарушениями здоровья характеризуются повышенной (по сравнению со здоровыми детьми) эмоциональной неустойчивостью, отстают от сверстников в познавательном развитии, подвержены нарушениям вегетодистонического характера. Так, например, по отчетам родителей, эмоциональная неустойчивость характерна для 71% детей с нарушениями пищеварения, для 72% детей с признаками предболезненного состояния и лишь для 48% условно здоровых детей ($p < 0,01$). Трудности в освоении нового материала в подготовительной группе детского сада у ребенка отмечают 41% родителей детей с расстройствами пищеварения, 48% родителей детей с признаками предболезненного состояния и 19% родителей здоровых детей ($p = 0,01$).

Полученные данные получили подтверждение и уточнение в результатах экспериментально-психологического исследования с использованием методик, направленных на выявление особенностей эмоционально-волевой сферы детей.

Уровень тревожности у детей оценивался с помощью методики «Выбери нужное лицо» (Р. Тэмбла, М. Дорки и В. Амена). Достоверных различий между средними показателями по этой методике в трех группах выявлено не было ($1,29 \pm 0,50$ – у детей с расстройствами пищеварения, $1,33 \pm 0,60$ – у детей с признаками предболезненного состояния и $1,26 \pm 0,59$ – у здоровых). Вместе с тем анализ страхов детей (методика «Боишься ли ты...») позволил определить специфику эмоционального реагирования в каждой подгруппе. Было установлено, что дети с нарушениями здоровья в значительно большей степени подвержены страхам ($1,00 \pm 0,75$), чем их здоровые сверстники ($0,79 \pm 0,65$), причем наиболее тревожны и боязливы дети с признаками предболезненного состояния ($1,18 \pm 0,77$). У здоровых детей доминируют витальные страхи: страх смерти, войны, животных, стихийных явлений. Эти же страхи преобладают и у детей с нарушениями здоровья, однако наряду с ними у них отмечаются страхи, нетипичные для данного возраста. У детей с расстройствами пищеварения отмечается выраженный страх ровесников, страх замкнутого пространства, при этом относительно мало представлен типичный для здоровых детей страх транспорта, высоты. Среди страхов детей с признаками предболезненного состояния также представлен нехарактерный для данного возраста страх ровесников и страх боли.

О социальной неуверенности и эмоциональной неустойчивости детей с признаками предболезненного состояния свидетельствуют также выявленные достоверные различия в уровне самооценки. При сравнении показателей самооценки в трех исследуемых подгруппах было установлено, что дети с признаками предболезни имеют более низкую самооценку, чем здоровые дети, а также дети с клинически выраженными расстройствами пищеварения ($p < 0,01$). Дети же с расстройствами пищеварения по уровню самооценки не отличаются от здоровых детей.

Выявленные особенности эмоциональной сферы и самооценки детей могут отчетливо проявляться в личностных реакциях на фрустрирующие ситуации. Это предположение подтвердили результаты применения методики

изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга. По результатам исследования были выявлены достоверные различия между преобладающими способами реагирования на фрустрацию у детей с разным уровнем здоровья.

В ситуации фрустрации для здоровых детей в большей степени характерно поведение с преобладанием фиксации на препятствии (OD), при этом уровень агрессивности не повышен. Условно здоровые дети не склонны, в отличие от детей с нарушениями здоровья, отрицать наличие или игнорировать фрустрирующую ситуацию (M'). Таким образом, можно предположить, что при попадании во фрустрирующую или конфликтную ситуацию здоровый ребенок старшего дошкольного возраста заинтересован прежде всего в ее разрешении, преодолении препятствий на пути к достижению цели и при этом не проявляет агрессию по отношению к окружающим людям.

Дети с расстройствами пищеварения по стилю реагирования во фрустрирующих ситуациях незначительно отличаются от здоровых детей, однако более склонны к внешнеагрессивным реакциям. Силь же поведения в ситуации фрустрации у детей с признаками предболезненного состояния имеет специфические особенности: такие дети, с одной стороны, более агрессивны, а с другой стороны, склонны к реакциям самозащиты (ED) и значительно чаще отказываются от обвинений, констатируя лишь проблемный характер ситуации (M'). Такая противоречивость реагирования в ситуациях фрустрации у детей в предболезненном состоянии может быть связана с подверженностью социальным страхам, низкой самооценкой в сочетании с общей эмоциональной неустойчивостью, тенденцией к накоплению эмоционального напряжения.

Полученные данные позволяют заключить, что у детей с нарушениями здоровья снижена фрустрационная толерантность. Характерная для детей с нарушением пищеварения эмоциональная неустойчивость, готовность к действию приводит в ситуации фрустрации к отреагированию эмоционального напряжения вовне. Дети же с признаками предболезненного состояния при общей эмоциональной лабильности, возбудимости, испытывая в ситуации фрустрации эмоциональное напряжение, преимущественно его подавляют, по-видимому, стремясь минимизировать возможность межличностного конфликта в связи с общей неуверенностью и социальной робостью.

Анализ данных, полученных в результате беседы с родителями, а также при использовании методик PARI и АСВ, позволил представить целостную картину семейного воспитания детей с разным уровнем здоровья. Исследование показало, что во всех группах присутствуют в большей или меньшей степени неблагоприятные особенности в системе воспитания. Однако в семьях детей с признаками предболезненного состояния эти особенности выражены несколько ярче, чем в семьях детей с расстройством пищеварения, и значительно сильнее, чем в семьях практически здоровых детей.

По результатам беседы с родителями было установлено, что более чем в трети случаев семейные отношения характеризуются повышенной конфликтностью, связанной с широким спектром межличностным и материально-бытовых трудностей. Примечательно, что достоверных различий по этому параметру в семьях детей с разным уровнем здоровья выявлено не

было. Вместе с тем выявлялись различия по параметру, характеризующему условия проживания семьи: семьи больных детей достоверно чаще (43%), чем семьи здоровых детей (26%) проживают в стесненных жилищных условиях. Указанное различие представляется весьма значимым, поскольку стесненные жилищные условия могут создавать предпосылки для хронического стресса, эмоционального напряжения членов семьи. Кроме того, при отсутствии собственной комнаты ребенок может становиться невольным свидетелем (а порой и участником) родительских конфликтов, имеет ограниченные возможности для уклонения и отвлечения от психотравмирующей ситуации в семье.

Для более глубокого изучения стилей воспитания в семьях детей с разным уровнем здоровья были использованы опросники PARI и ACB.

Результаты исследования свидетельствуют, что родительские установки и воспитательные стратегии матерей детей с разным уровнем здоровья существенно различаются. По сравнению с матерями здоровых детей матери детей с расстройствами пищеварения менее требовательны, ориентированы на формирование тесного эмоционального контакта и уравнительных отношений с ребенком, поощряют у него пассивно-зависимую позицию, лично вовлечены в процесс воспитания и заботы о ребенке, однако значительно чаще оказываются неуверенны в своей воспитательной компетентности. Они более склонны ограничивать себя интересами семьи и в целом более удовлетворены своей ролью в семье, чем матери здоровых детей, однако чаще отмечают недостаточную вовлеченность супруга в процесс воспитания.

Матери же здоровых детей более требовательны, поощряют инициативу и активность ребенка, чаще применяют санкции и более ориентированы на поддержание авторитета родителей.

Матери детей с признаками предболезненного состояния по рассмотренным показателям занимают промежуточное положение между матерями здоровых детей и матерями детей с функциональными расстройствами пищеварения. Они также более склонны к гиперпротекции, ограничивают инициативу ребенка. Вместе с тем указанные тенденции менее выражены, чем у матерей больных детей. Кроме того, матери детей с признаками предболезненного состояния не склонны ограничивать себя интересами семьи, более уверены в своей воспитательной компетентности, реже отмечают недостаточную вовлеченность супруга в процесс воспитания.

Отцы детей с разным уровнем здоровья также достоверно различаются по характеру преобладающих родительских установок и воспитательных стратегий. Отцы детей с расстройствами пищеварения значительно чаще отмечают конфликтность во взаимоотношениях с супругой. Указанная тенденция представляет особый интерес, учитывая то, что матери больных детей достоверно чаще удовлетворены своей ролью в семье и не отмечают повышенной конфликтности. В целом отцы детей с расстройствами пищеварения демонстрируют преимущественно гипоопекающий, потворствующий и неустойчивый стиль воспитания, однако склонны ограничивать активность ребенка, испытывая опасения за его здоровье. Также

отмечается влияние личностных трудностей и трудностей в супружеских взаимоотношениях на процесс воспитания, что позволяет предположить трудности отцов в выполнении родительских функций и неудовлетворенность своей ролью в супружеских отношениях.

Несколько иной стиль воспитания отмечается у отцов детей с признаками предболезненного состояния. Тенденция к гипопротекции, недостаточность требований и санкций сочетается у них с излишней строгостью, игнорирование потребностей ребенка – с потворствованием. Отцы поощряют активность ребенка, но при этом точно уверены в своей воспитательной компетентности, непоследовательны в реализации воспитательной стратегии. Весьма характерными являются неудовлетворенность своей ролью в семье, в том числе доминированием супруги, склонность к вынесению супружеского конфликта в сферу воспитания.

Результаты исследования позволяют заключить, что группа детей с признаками предболезненного состояния нуждается в особом внимании психологов и психотерапевтов, поскольку именно в этой группе наиболее отчетливо проявляется влияние психогенных факторов на соматическое состояние детей.

Заключение

Результаты проведенного исследования показали, что негативные изменения в эмоционально-волевой сфере по мере развития заболевания (расстройств пищеварения) у детей старшего дошкольного возраста проявляются в нарастании эмоциональной напряженности, возбудимости, аффективной лабильности, трудностях взаимодействия со сверстниками. Эти симптомы могут выступать в качестве индикаторов нарушения психофизиологического равновесия и напряженности механизмов адаптации. Именно на этапе предболезни при эпизодических жалобах на соматические недомогания, нарастании вегетативной неустойчивости у детей наиболее отчетливо проявляются признаки эмоционального неблагополучия. Характерным является появление страхов, нетипичных для данного возраста, снижение самооценки и фрустрационной толерантности. Можно предположить, что эмоциональное напряжение ребенка обуславливается, с одной стороны, воздействием психогенных факторов, а с другой стороны – собственно физическим дискомфортом и периодически возникающими симптомами нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта.

Настоящее исследование не позволяет определить, каков риск перехода предболезненного состояния в состояние болезни у каждого из обследованных детей, однако такой переход представляется вполне вероятным, тем более что полученные данные свидетельствуют о тесной связи эмоционального и соматического неблагополучия на начальном этапе нарушения психофизиологической адаптации.

В дальнейшем, уже при развитии клинически выраженных расстройств пищеварения и относительной стабилизации соматического состояния (на уровне болезни) у детей старшего дошкольного возраста отмечается некоторое

снижение эмоционального напряжения, повышение самооценки и фрустрационной толерантности. Однако при этом сохраняются такие негативные тенденции как подверженность страхам и эмоциональная лабильность, которые, по-видимому, обусловлены непосредственным (астенизация) и косвенным (социальная ситуация развития) негативным влиянием болезни на психику ребенка.

Анализ родительских установок и преобладающих стратегий воспитания в семьях детей с разным уровнем здоровья позволяет заключить следующее.

- Родительские установки и стили воспитания в семьях детей с разным уровнем здоровья различаются.
- В семьях детей с расстройствами пищеварения отмечается преобладание гиперпротекции, изнеживания и поощрения пассивно-зависимой позиции ребенка со стороны матери при недостаточной вовлеченности отца в процесс воспитания и его неудовлетворенности семейными взаимоотношениями.
- В семьях детей с признаками предболезненного состояния гиперопекающий стиль матери сочетается с гипоопекающим, неустойчивым, противоречивым стилем воспитания со стороны отца. Кроме того, в семьях детей с признаками предболезненного состояния наиболее выражена противоречивость воспитательных стратегий родителей.
- У родителей детей с нарушениями здоровья (в особенности у родителей детей с признаками предболезненного состояния) более отчетливо проявляется влияние личностных трудностей и трудностей в супружеских взаимоотношениях на стиль воспитания ребенка.

Полученные данные позволяют заключить, что психокоррекция в системе мер по профилактике нарушений здоровья в старшем дошкольном возрасте должна осуществляться при появлении первых признаков соматического неблагополучия у детей. Психокоррекционная работа должна быть направлена на снижение у детей общего эмоционального напряжения, преодоление социальных страхов и формирование навыков адаптивного реагирования во фрустрирующих ситуациях. Важным направлением также представляется консультативно-просветительская (и при необходимости психокоррекционная) работа с родителями ребенка, имеющая своей целью создание благоприятных условий для его психического и физического развития.

Выводы

1. Для детей старшего дошкольного возраста с нарушениями здоровья характерны следующие особенности эмоционально-волевой сферы: повышенная по сравнению со здоровыми сверстниками эмоциональная лабильность и подверженность страхам; наличие страхов, не характерных для данного возраста (страх ровесников, боли); преимущественно пониженная самооценка и преобладание неконструктивных способов преодоления фрустрирующих ситуаций. В наибольшей мере данные особенности выражены на стадии предболезни.
2. При переходе предболезненного состояния в клинически выраженные функциональные расстройства пищеварения на фоне сохранения общей

эмоциональной неустойчивости у детей старшего дошкольного возраста отмечается стабилизация самооценки, повышение уровня активированности, смещение баланса агрессивности на окружающих людей, повышение потребности в общении с родителями.

3. Условия воспитания детей с нарушениями здоровья характеризуются следующими особенностями: недостаточной удовлетворенностью и повышенной конфликтностью во взаимоотношениях родителей, гиперпротекцией и воспитательной неуверенностью со стороны матери, недостаточной вовлеченностью отца в процесс воспитания. Наиболее выражены нарушения семейных взаимоотношений и социальная неудовлетворенность родителей в семьях детей с признаками предболезненного состояния.

4. Психокоррекция в системе мер по профилактике нарушений здоровья в старшем дошкольном возрасте должна осуществляться при появлении первых признаков соматического неблагополучия у детей и должна быть направлена, с одной стороны, на снижение у детей общего эмоционального напряжения, преодоление социальных страхов и формирование навыков адаптивного реагирования во фрустрирующих ситуациях, а с другой стороны – на формирование благоприятных условий воспитания в их семьях: развитие воспитательной компетентности у родителей, коррекцию нарушенных родительских взаимоотношений и дезадаптивных родительских установок.

Список литературы

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб.: Речь, 2002. - 560 с.
2. Баранов А.А., Гринина О.В. Болезни органов пищеварения у детей: Принципы профилактики и медицинского обслуживания. – Горький: Волго-Вятское изд-во, 1981. – 150 с.
3. Билецкая М.П., Силенко Е.А. Клинико-психологические особенности детей и подростков с психосоматическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. 2007. Том 39. №3. С. 62-66.
4. Воронков Б.В., Александрова Н.В., Бельская Л.А., Тульчина Л.И. О роли психосоциальных влияний в возникновении заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей // Материалы 8-ого Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1988. Т. 2. С. 181-183.
5. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.
6. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 448 с.
7. Ефимов Ю.А. Диагностика предболезненных явлений психосоматических расстройств у детей. Дисс... канд. мед. наук. – СПб., 1994. – 125 с.
8. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. Руководство для врачей. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
9. Кулаков С.А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств. – СПб.: Речь, 2007. – 294 с.
10. Ливанова М.Н. Психосоматическая детерминация интеллектуально-личностного развития соматически ослабленных детей. Дисс. ... канд. мед. наук. Казань, 1997. – 202 с.

11. Материалы 9-го Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург-Гастро – 2007» // www.gastro.spb.ru
 12. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина. Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-иноформ, 2006. – 568 с.
 13. Скумин В.А. Пограничные психические расстройства у детей и подростков с хроническими болезнями пищеварительной системы. Автореф. дисс.... докт. мед. наук. М., 1988. – 48 с.
 14. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
- Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. 2-е изд., расшир. и доп. – СПб.: Питер, 2000. – 656 с.

Клинико-семантический анализ структуры и динамики переходных симптомов сенсопатического круга

Е. Н. Давтян

Введение

Проблема психопатологической квалификации рудиментарных, клинически незрелых симптомов в клинической картине психических заболеваний существует давно, однако она никогда не оказывалась в фокусе психиатрических исследований. Между тем по мере патоморфоза психических расстройств, особенно фармакогенной природы, удельный вес малодифференцированной, синдромально неоформленной симптоматики неуклонно возрастает [Авруцкий Г.Я., 1994]. В значительной степени это касается психопатологии телесной чувствительности, характеризующейся отсутствием точных дефиниций для симптоматики сенестетически-коэнстопатического (сенсопатического) ряда [Крылов В.И., 2006].

Цель настоящего исследования заключалась в изучении общих закономерностей симптомообразования у больных с патологическими телесными ощущениями (сенсопатиями).

Материал и методы исследования

В основную группу вошли больные с патологическими телесными ощущениями, соответствовавшими следующим критериям:

- ощущения возникают без какой-либо реальной физической основы: описание, локализация и другие характеристики ощущений не укладываются в клиническую картину известных соматических заболеваний; медицинские обследования не выявляют у больного физических повреждений, соответствующих тяжести его состояния;
- ощущения сопровождаются специфической акцентуацией самосознания на процессах соматической сферы, что клинически проявляется стойким доминированием в сознании необычных, странных, чужеродных, крайне

мучительных, с трудом описываемых ощущений необычной локализации и высокой чувственной насыщенности.

Всего было обследовано 105 больных (47 мужчин и 58 женщин; средний возраст $43,1 \pm 1,36$ года, средняя длительность заболевания – $10,1 \pm 0,9$ года), которые были разделены на три подгруппы: 1) больные с расстройствами шизофренического спектра (58 человек); 2) больные с органическими психическими расстройствами (32 человека); 3) больные с аффективными расстройствами (15 человек). Для анализа высказываний больных был использован комплексный клинико-семантический подход [Микиртумов Б.Е., 1993].

В соответствии с задачами исследования мы не ограничивали больных в описании патологических телесных сенсаций ни временем, ни однонаправленным интересом исключительно к клинически завершенным психопатологическим феноменам. Мы записывали на диктофон высказывания больных обо всех телесных ощущениях, выходящих за рамки нормальной чувствительности и не связанных с соматическим заболеванием. В высказываниях многократно встречались ссылки на ощущения, отчетливая психопатологическая квалификация которых не представлялась возможной, хотя особенности их вербальной репрезентации обнаруживали сходство: 1) с сенестопатиями и соматопсихической деперсонализацией; 2) с висцеральными галлюцинациями; 3) с сенсорными автоматизмами.

В подходе к оценке клинического материала мы действовали в согласии с рядом авторов, рассматривающих психопатологические телесные феномены как этапы постепенного формирования все более глубоких нарушений соматопсихического «Я», как единый спектр постепенного перехода от слабодифференцированного отчуждения телесных ощущений до оформленных психопатологических синдромов, вплоть до формирования висцеральных галлюцинаций и сенсорных автоматизмов [Аствацатуров М.И., 1939; Остроглазов В.Г., 1975; Вертоградова О.П., 1976; Снежневский А.В., 1983; Меграбян А.А., 1984]. Используя термин «сенестопатии» в обозначении переходных форм патологических телесных ощущений, мы хотели подчеркнуть родственность всех патологических телесных феноменов, фактическое размывание границ между сенестопатиями, соматопсихической деперсонализацией, висцеральными галлюцинациями и сенсорными автоматизмами.

Результаты исследования

Соматопсихическая деперсонализация. Чаще всего патологические телесные сенсации сопровождались соматопсихической деперсонализацией различной степени выраженности – от слабого и недифференцированного чувства изменения собственных телесных ощущений до вполне сформированного деперсонализационного синдрома. При сравнительно легких случаях деперсонализации, согласно А.В. Снежневскому [1983], «осознание себя становится блеклым, безжизненным, приглушенным, лишенным реальности». При соматопсихической деперсонализации легкой

степени выраженности мы встречались с недифференцированным чувством изменения собственных телесных ощущений, которое не являлось в отличие от сенестопатий ведущим нарушением соматопсихического «Я». Эти расстройства можно было обнаружить, ведя специальный дополнительный расспрос. В описаниях деперсонализационных расстройств легкой степени выраженности практически полностью отсутствовали дифференцированные определения. Как правило, отсутствовала определенная локализация ощущений (обычно переживание касалось всего тела).

Клинические примеры.

Деперсонализация легкой степени выраженности:

«Тошнота во всем теле... все как-то не так работает»;

«Чувствую внутри себя... физический дискомфорт».

Завершенный синдром соматопсихической деперсонализации:

«Меня пугает странность ощущения, объяснить вам не могу... Я не чувствую своего тела, ничего не чувствую... сжимаю губы - и ничего не чувствую... когда кто-то дотрагивается, я уже чувствую, но ощущение какое-то другое, чем раньше... Вообще у меня такое ощущение, что это тело не мое. Вообще все тело не чувствую... Я пробовала даже босиком по гравию ходить, не чувствовала... Тряпку выжимаю, она у меня даже пополам от отжима разрывается, то есть сила у меня есть, но я эту тряпку не чувствую... для меня это очень мучительно... такого же не должно быть...».

Висцеральные галлюцинации. При переходных расстройствах, промежуточных между патологическими телесными сенсациями и висцеральными галлюцинациями, в высказываниях больных появлялись метафорические сравнения, обозначающие источник телесного страдания. Сравнения производилось с физическими объектами действительности, которые, по мнению больного, могли бы вызывать похожие ощущения. Далее объекты обозначались (чаще существительными) и описывались так, как обычно описываются окружающие предметы. В речи больных появлялась двойственность: с одной стороны, ощущения описывались как произведенные реально существующим в теле объектом, с другой стороны – у больных не было необходимой для сформированных галлюцинаторных расстройств убежденности в реальном существовании инородного тела внутри себя (при прямом вопросе больные это категорически отрицали).

Клинические примеры.

Переходные к висцеральным галлюцинациям феномены.

«Как будто между черепом и кожным покровом какие-то такие пятна чего-то, что имеет какие-то размеры и ползает... такое очень сплющенное, плоское... гадина, амеба какая-то... Не амебы, я понимаю, что это все чушь...».

«В районе печени как будто сидит кто-то... что-то твердое... подпирает меня, иногда шевелится, жжет... как что-то железное там стоит, как подпора».

Сформированные висцеральные галлюцинации:

«Нитка из головы... проходит со рта в голову и выходит с макушки... у нее нет цвета, она натянута».

«Под кожей я ощущаю... какие-то свитки... чувствую, что они поднялись вверх... ощущение под кожей и в мышцах, между мышц даже может быть... ощущаю инородное тело в теле... в сердце, в кишечнике - нет, а только в мышцах. Все свитки организм вытолкнул в мышцы, под кожу».

Сенестопатические автоматизмы. При переходных феноменах, промежуточных между патологическими телесными ощущениями и сенсорными автоматизмами, в описаниях ощущений в форме метафорического сравнения появлялись указания на постороннее воздействие. В отличие от оформленного синдрома сенсорного автоматизма у больных отсутствовала бредовая убежденность в постороннем воздействии.

Клинические примеры.

Переходные к сенестопатическим автоматизмам феномены.

«Чувствую сильное давление с улицы на мозг... Бывает, что на глаз перетекает, просто какие-то болевые ощущения в глазу, очень неприятная, очень сильная боль. Его как будто выкручивает, как кто-то засунул руку и выкручивает».

«Ощущение перебирания в голове, как будто кто-то ощупывает внутренности лучом».

Сформированный синдром психического автоматизма:

«Соседи делают жжение внутри кислотой... дергают током».

«Применили компьютерную приставку: жеганули по голове, кожа была вся красная, волосы вылезали... Потом увеличили мощность воздействия, стали жечь пистолетом, жгли кожу лица (точкой), внутренности, сердце, горло, с силой сжимали руку, сдавливали голову, живот, выжгли зуб».

На следующем этапе работы полученные патологические телесные ощущения соотносились с клинической картиной заболевания, в которой учитывались только проявления сенсопатического круга. Кроме того, учитывался фактор степени клинической завершенности указанных синдромов. При этом отдельно анализировались сенсопатии, выявленные как моносимптом патологической телесной чувствительности, или *изолированные сенестопатии* (сенесто-ипохондрический синдром), и патологические телесные ощущения, оказавшиеся включенными в сложные сенсопатические синдромы, или *переходные сенестопатии*. Сравнительный анализ показал, что *изолированные сенестопатии* встречались реже (в 45% высказываний), чем *переходные формы сенестопатий* (в 55% высказываний).

Среди всех телесных ощущений патологические ощущения в структуре рудиментарных сенсопатических синдромов встречались в 38,6% случаев, в то время как сенсопатии в структуре сформированных синдромов были зарегистрированы только в 16,2% описаний ($\chi^2=30,4$; $p<0,001$).

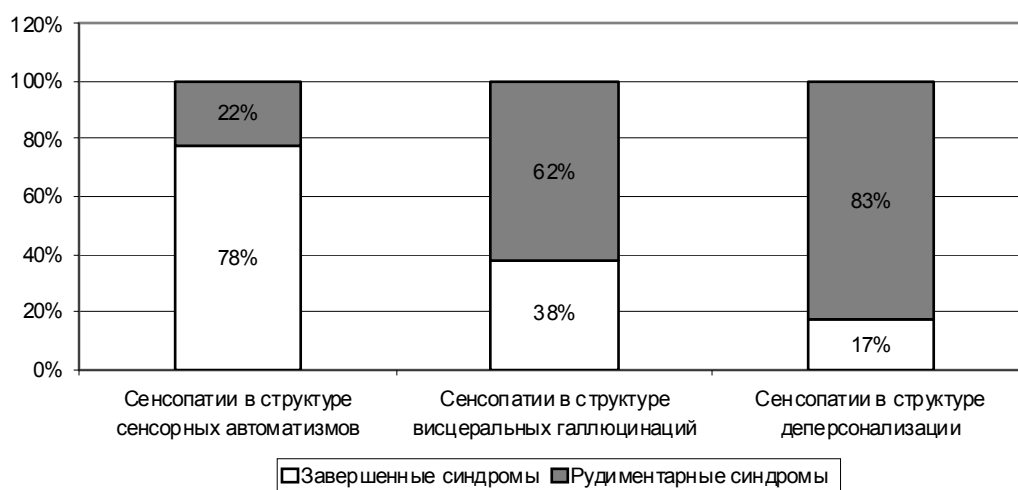
Соотношение сенсопатий в структуре сформированных и рудиментарных сенсопатических синдромов показано на Рисунке.

Деперсонализационные расстройства. Сенестопатии в сопровождении деперсонализационных расстройств незначительной степени выраженности встречались почти в пять раз чаще, чем сенестопатии в структуре оформленного синдрома деперсонализации ($\chi^2=45,6$; $p<0,001$).

Висцеральные галлюцинации. Сенестопатии в структуре рудиментарных форм висцеральных галлюцинаций встречались несколько чаще, чем в структуре сформированного галлюцинаторного синдрома (разница статистически недостоверна и отражает лишь тенденцию).

Сенестопатические автоматизмы. Сенестопатии в структуре сформированного синдрома сенсорного автоматизма встречались в три раза чаще, чем в структуре рудиментарных форм автоматизмов ($\chi^2=5,8$; $p<0,05$).

Соотношение сенестопатий в структуре завершенных и рудиментарных синдромов



Таким образом, удельный вес клинически завершенных синдромов в ряду «деперсонализация – галлюцинации – автоматизмы» закономерно возрастает, что отражает, по-видимому, степень идеаторной составляющей синдрома, в данном случае выраженность его бредового компонента, наибольшего в случае автоматизмов (бред воздействия) и наименьшего при синдроме деперсонализации.

Подгруппа шизофрении. При шизофрении переходные формы сенестопатий встречались в два раза чаще, чем сенестопатии как моносимптом измененного телесного восприятия (69% и 31% высказываний соответственно; $\chi^2=41,1$; $p<0,001$), а рудиментарные сенестопатические синдромы встречались в 2,5 раза чаще, чем сформированные (49,3% и 19,7% соответственно; $\chi^2=27,5$; $p<0,001$).

Подгруппа органических расстройств. В отличие от подгруппы шизофрении в данной подгруппе сенестопатии как моносимптом измененного телесного восприятия встречались чаще, чем переходные формы сенестопатий – 62,7% и 37,3% высказываний соответственно ($\chi^2=8,6$; $p<0,01$). Причем

незавершенные телесные феномены и сформированные сенсопатические синдромы встречались с одинаковой частотой.

Подгруппа аффективных расстройств. При аффективных расстройствах изолированные сенестопатии встречались в 2,5 раза чаще, чем переходные формы сенестопатий – 71,9% и 28,1% высказываний соответственно ($\chi^2=12,2$; $p<0,01$), а рудиментарные сенсопатические синдромы встречались значительно чаще, чем клинически оформленные – в 25% и 3,1% соответственно ($\chi^2=4,6$; $p<0,05$).

При шизофрении преобладают переходные сенестопатии и рудиментарные формы сенсопатических синдромов.

При органических расстройствах преобладают изолированные сенестопатии, а незавершенные и сформированные сенсопатические синдромы встречаются с одинаковой частотой.

При аффективных расстройствах преобладают изолированные сенестопатии и рудиментарные формы сенсопатических синдромов.

Сочетание патологических телесных ощущений с клинически незавершенными сенсопатическими феноменами является отличительным качеством эндогенных расстройств (аффективных и шизофрении).

Таким образом, удельный вес клинически незавершенных синдромов в ряду «органические расстройства – аффективные расстройства – шизофрения» закономерно возрастает, что отражает, по-видимому, возрастание степени отчуждения психических процессов, минимальной в случае органических расстройств и максимальной при шизофрении.

Обсуждение модели

В предлагаемой модели мы рассматриваем сенестопатию как промежуточное звено в развитии психоза от неразвернутых форм соматопсихической деперсонализации в направлении формирования все более глубоких нарушений соматопсихического «Я». Иначе говоря, сенестопатия представляет собой промежуточную форму, с одной стороны, по отношению к соматопсихической деперсонализации (развивающейся в направлении локального изменения телесной чувствительности), а с другой – к элементарным эндосоматическим галлюцинациям и автоматизмам.

В процессе симптомогенеза сенестопатий можно выделить несколько этапов. На начальном этапе изменения соматопсихического «Я» протопатический сдвиг выражает себя как неопределенное ощущение витальной опасности, недоступной для понимания, но идущей изнутри, из собственного тела. Понимание смысла сенестопатии ограничено простой констатацией страдания. На этом этапе субъективно воспринимаемые изменения соматопсихического «Я» сравниваются с уже известными из опыта телесными ощущениями и с физическими свойствами предметов окружающего мира, способными вызывать испытываемые больным ощущения. Этот этап, по Б.Е. Микиртумову [2000], соответствует стадии семантической инкогеренции и клинически выражается в прикованности сознания к измененным сенсорным ощущениям, всегда сопровождающимся

патологическим аффектом (протопатической тревогой) и в ряде случаев (до 36%, по данным нашего исследования) – различной степени выраженности деперсонализационными расстройствами.

На втором этапе симптомогенеза, семантического конституирования, больному открываются причины телесного неблагополучия. Неопределенные по значению переживания собственной измененности трансформируются в специфические представления о причинах страдания. Обычно указание на источник страдания происходит в рамках ипохондрической трактовки. Но возможно также формирование персекуторных идей (сенсорные автоматизмы) и висцеральных галлюцинаций. Механизм симптомогенеза на этом этапе (в общем случае, описанном Б.Е. Микиртумовым) выглядит следующим образом: с одной стороны действует общая направленность психики на раскрытие смысла нового патологического опыта (в нашем случае – измененной телесной чувствительности, или *кайнестопатии*), контекстом которой является скрытая угроза; с другой стороны выступают непрекращающиеся попытки именования патологических ощущений, вне которых раскрытие смысла переживаний невысказуемо.

Вероятно, процесс семантического конституирования движется в рамках привычных представлений больного об угрозе, для полного прояснения смысла которой выстраивается цепь взаимосвязанных звеньев: *объект → воздействие → субъект → результат воздействия*, выступавших на этапе семантической инкогеренции в недифференцированном слиянии. По нашему мнению, в основе дифференциации клинической картины психоза на этом этапе лежит степень отчуждения больным собственных телесных ощущений, зависящая от глубины поражения соматопсихического «Я». При умеренной его степени объект и субъект воздействия в представлении больного остаются слитными, а источником угрозы в таком случае выступает собственное тело («*селезенка выпячивается*», «*желудок скручивается*», «*мозг шевелится*» и т. д.). Клинически в данном случае можно видеть формирование ипохондрических идей – от доминирующих до сверхценных и бредовых, сопровождающих как сенестопатии, так и другие варианты соматопсихической деперсонализации («*жжение в теле... внутри ничего живого не осталось*»).

Развитие персекуторного бреда на основе сенсорных (сенестопатических) автоматизмов, как нам представляется, имеет своей основой полное отчуждение объекта воздействия от субъекта, т.е. от самого больного с акцентуацией сознания не столько на объекте, сколько на самом факте угрожающего воздействия, включая и его результат – страдание, как физическое, так и душевное. Важно подчеркнуть, что процесс симптомогенеза на этом этапе (а следовательно, и клиническая дифференциация симптоматики) может растянуться во времени, в течение которого происходит поиск смысла нового патологического опыта, к которому как бы «примеряются» (разумеется, вне ясно осознаваемых рефлексивных актов) разнообразные варианты возможных вербализаций.

Третьим вариантом развития семантического конституирования может быть углубление отчуждения сенестопатий, при котором патологические

ощущения полностью выносятся за рамки соматопсихического «Я», однако продолжают оставаться внутри тела больного в качестве инородного предмета. Сознание больного при этом концентрируется не столько на факте воздействия, сколько на самом чужеродном объекте. Клинически в этом случае мы видим формирование висцеральных галлюцинаций.

На последнем этапе симптомогенеза на основе сформированных смысловых соотношений в речи больного появляются конкретные описания переживаний, знаменующих собой стадию семантической эксплицитности. Смысл сенсопатических переживаний интерпретируется, исходя из очевидных для больного, т.е. соответствующих его субъективной реальности, смысловых связей.

Список литературы

1. Авруцкий Г.Я. Лекарственный патоморфоз шизофрении (клинико-психопатологические закономерности) // Психиатрия в России вчера и сегодня. Юбилейный конгресс немецкого общества психиатров и невропатологов, посвященный 150-летию его образования (Кельн, 27 сент. - 1 окт. 1992 г.): Материалы рус. симпозиума / Под общ. ред. М. Кабанова, Й. Каркоса. – СПб., 1994. С. 11-16.
2. Аствацатуров М.И. Сборник избранных трудов. – Л.: Изд-во ВМА, 1939. – 436 с.
3. Вертоградова О.П. Общие и частные вопросы учения о галлюцинациях // Вопросы общей психопатологии (иллюзии, галлюцинации, бред) / Под ред. О.П. Вертоградовой / Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1976. С. 9-14.
4. Дубницкая Э.Б. Небредовая ипохондрия при пограничных состояниях (соматоформные расстройства) и вялотекущей шизофрении (клинико-генетические аспекты) // Ипохондрия и соматоформные расстройства / Под. ред. А.Б. Смулевича. – М., 1992. С. 17-39.
5. Крылов В.И. Психопатология телесной перцепции // Психиатрия и психофармакотерапия. 2006. №2. С. 15-20.
6. Меграбян А.А. Очерки по теории психологии и психиатрии. – Ереван: Айастан, 1984. – 192 с.
7. Микиртумов Б.Е. Субъективность как объект изучения: рефлексивные и речевые структуры при деперсонализации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1993. № 1. С. 46-52.
8. Микиртумов Б.Е. Клинико-семантические исследования в психиатрии, о специфичности психопатологической лексики // Педиатрия на рубеже веков. Проблемы, пути развития. Часть 1. – СПб., 2000. С. 223-229.
9. Остроглазов В.Г. Психопатология сенестопатий и галлюцинаций общего чувства. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – М., 1975.
10. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. В 2 т. – М.: Медицина, 1983.

Методы оценки личностных стремлений в диагностике мотивационной сферы наркозависимых

Е. А. Красильщикова

Введение

В последние годы в психологии растет интерес к так называемым целевым теориям личности. Эти теории делают акцент на том, как люди достигают определенных целей, как они создают возможности для достижения этих целей и регулируют свое поведение, стараясь приблизиться к ним. В рамках целевых теорий изучаются такие мотивационные конструкты как личные стремления, личные проекты, личные цели, жизненные задачи [Первин Л., Джон О., 2001; Эммонс Р., 2004]. Д.А. Леонтьев [1998] указывает на то, что в 1990-е годы цели, или стремления, вводятся в психологию как одна из существенных переменных в исследовании личности и мотивации.

Мотивационная сфера занимает центральное место в регуляции поведения и жизнедеятельности человека. С точки зрения Р. Эммонса (автора понятия «личностные стремления»), организующим принципом мотивации служат стремления, которые придают целям согласованность, последовательность и устойчивость. Личностные стремления – это индивидуализированные цели, отражающие типичные или характерные задачи, которые человек стремится выполнять в своем повседневном поведении. Эти цели влияют на ход мышления и эмоциональные реакции, они иерархически организованы и доступны для осознания [Эммонс Р., 2004].

В настоящее время признано, что формирование мотивации к изменению поведения является основой психологической реабилитации наркозависимых [Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2003], поскольку употребление наркотиков оказывает сильнейшее влияние на мотивационную сферу личности. Известно, что аддиктивное поведение связано не только (и, возможно, не столько) с употреблением психоактивного вещества, но и с определенной системой взглядов, мотивов и стремлений человека. Следовательно, для решения проблем, связанных с аддикцией, недостаточно прекратить употребление: необходимо преобразовать мотивацию.

Изучение личностных стремлений наркозависимых полезно в ситуациях мотивационного консультирования и является важным для построения индивидуального реабилитационного плана. Выявление и последующее обсуждение саморазрушительных стремлений способствует усилению противоречия между дезадаптивными паттернами поведения и важными личностными целями и ценностями человека. Совместное обсуждение стремлений помогает выявить адаптационные резервы личности и реализовать потенциал через конкретные действия. Опора на ресурсы способствует преодолению критических жизненных ситуаций, которых на пути отказа от употребления психоактивных веществ встречается немало.

В целях усовершенствования программы оказания помощи наркозависимых нами изучена возможность исследования и коррекции их

мотивационной сферы с помощью выявления и последующего анализа личностных стремлений. Объект исследования – наркозависимые с различными сроками трезвости. Предмет исследования – личностные стремления наркозависимых.

Материалы и методы исследования

Исследование выполнено на 5-м, 6-м и 9-м отделениях Городской наркологической больницы города Санкт-Петербурга.

Были исследованы 205 человек в возрасте от 18 до 47 лет.

Основную группу составили 42 больных героиновой наркоманией со сроком трезвости от 1 до 6 месяцев. Средний стаж употребления «тяжелых» наркотиков – 8 лет. У всех испытуемых на момент поступления в больницу был сформирован абстинентный синдром средней степени тяжести.

Для исследования динамики стремлений наркозависимых в процессе удлинения срока трезвости и сравнения стремлений наркозависимых с людьми, не употреблявшими наркотики, были введены две контрольные группы.

Первую контрольную группу составили 27 наркозависимых со сроком трезвости от 1 года до 10 лет. Средний стаж употребления «тяжелых» наркотиков – 6 лет. У всех испытуемых к моменту прекращения употребления был сформирован абстинентный синдром.

Вторую контрольную группу составили 136 человек, никогда не употреблявших «тяжелые» наркотики.

В исследовании использована модифицированная методика оценки личностных стремлений Р. Эммонса (шкалы оценки личностных стремлений, классификация категорий личностных стремлений, дополнительный анализ дезадаптивных стремлений).

Исследование стремлений начинается с составления их перечня. Испытуемым дается определение личностного стремления как «того, что вы обычно стремитесь или вам свойственно стремиться достичь в своем повседневном поведении».

1. Шкалы оценки личностных стремлений. Испытуемые составляют список из 15 стремлений и оценивают каждое стремление по 5-балльной шкале. Оценка производится по следующим параметрам: радость от реализации стремлений; огорчение при невозможности реализации стремлений; амбивалентность; важность; успешность осуществления; вероятность успешной реализации; влияние обстоятельств; усилия, требуемые для реализации стремления; социальная желательность; прогресс в осуществлении; атрибуция со стороны внешних причин; атрибуция со стороны чувств вины, стыда или беспокойства (интроекция); атрибуция со стороны внутренних причин; влияние значимых людей на каждое из стремлений.

2. Классификация категорий личностных стремлений. Стремления классифицировались в соответствии со следующими категориями мотивов:

- приближение – избегание;
- аффилиация;
- близость;

- самопрезентация;
- самодостаточность / независимость;
- саморазрушение / дезадаптация;
- духовная самотрансценденция.

3. Дополнительный анализ дезадаптивных личностных стремлений.

Статистические расчеты выполнены с использованием пакета прикладных компьютерных программ универсальной обработки табличных данных Microsoft Excel XP и пакета статистического анализа Statistica 6.1.

Результаты исследования

1. Оценка различий по шкалам оценки личностных стремлений

При сравнении результатов основной и первой контрольной групп выявлены значимые различия по уровню радости, которые доставляет реализация стремлений ($p < 0,05$), важности ($p < 0,05$), успешности в течение последнего времени ($p < 0,01$), вероятности успеха в будущем ($p < 0,01$) и прогресса в осуществлении стремлений ($p < 0,01$). Наркозависимым с меньшими сроками трезвости собственные стремления кажутся более важными, их достижение приносит больше радости. Кроме того, они более оптимистично оценивают свою настоящую и будущую успешность в реализации стремлений.

При сравнении результатов основной и второй контрольной групп также выявлены значимые различия по уровню радости ($p < 0,05$), важности ($p < 0,001$), успешности ($p < 0,01$), прогресса в осуществлении стремлений ($p < 0,001$). Представителям второй контрольной группы их стремления доставляют меньше радости, кажутся менее важными, а их оценка успешности и прогресса является более низкой. Кроме того, выявлены значимые различия по степени влияния внешних причин на успешную реализацию стремлений ($p < 0,001$). Наркозависимые полагают, что внешние причины в значительно большей степени определяют их стремления.

Выборка наркозависимых с большими сроками трезвости отличается от выборки лиц, не употреблявших наркотики, по единственному параметру: вероятность успеха ($p < 0,05$). Наркозависимые оценивают общую вероятность достижения успеха в своих стремлениях в будущем ниже, чем представители второй контрольной группы.

2. Оценка различий по классификации категорий личностных стремлений

При сравнении результатов основной и первой контрольной групп выявлены значимые различия по категориям саморазрушение / дезадаптация ($p < 0,01$) и самодостаточность / независимость ($p < 0,001$). Наркозависимые с длительными ремиссиями больше стремятся к независимости и обладают меньшим количеством саморазрушительных стремлений.

При сравнении результатов основной и второй контрольной групп выявлены значимые различия по следующим категориям: приближение – избегание ($p < 0,05$), духовность ($p < 0,001$), саморазрушение / дезадаптация ($p < 0,001$), самопрезентация ($p < 0,001$) и самодостаточность / независимость ($p <$

0,05). Наркозависимые чаще ориентируются на избегание, чем на приближение; качественный анализ категорий показал, что среди целей приближения превалирует категория самопрезентации (стремления, связанные с тем, чтобы произвести на других благоприятное впечатление). У наркозависимых чаще встречаются стремления, отражающие дезадаптивные паттерны поведения, чаще наблюдаются стремления, связанные с самодостаточностью. Стремления, относящиеся к категории «духовная самотрансценденция», обнаруживаются реже, чем у людей, не употреблявших наркотики.

При сравнении результатов первой и второй контрольных групп выявлены значимые различия по уровню дезадаптации ($p < 0,01$), независимости ($p < 0,001$), приближения – избегания ($p < 0,05$), духовности ($p < 0,01$). Наркозависимые, находящиеся в ремиссии, реже ориентируются на приближение, чем люди, не употреблявшие наркотики, и реже проявляют стремления к самотрансценденции. У них больше выражено стремление к независимости.

По классификации категорий личностных стремлений сравнивались результаты всех трех групп. Эти результаты свидетельствуют о том, что саморазрушающие стремления уменьшаются по мере увеличения срока трезвости, но все равно не достигают уровня лиц, не употреблявших наркотики. По категории «духовная трансценденция» выявлены существенные различия ($p < 0,001$) между наркозависимыми (вне зависимости от срока ремиссии) и людьми, не употреблявшими наркотики. Все наркозависимые меньше стремятся к духовной самотрансценденции. У наркозависимых сильнее выражено стремление к самодостаточности / независимости, причем чем больше срок трезвости, тем больше стремление к избеганию зависимости.

Во всех трех группах основная часть стремлений, относящихся к сфере «духовной трансценденции», находится на уровне горизонтальной трансценденции и связана с категорией универсального равенства («больше думать о других людях и чувствовать их», «помогать окружающим чувствовать радость бытия», «заступаться за слабых», «сделать счастливыми окружающих», «отдавать, а не брать», «прощать других людей», «помочь окружающим, если это в моих силах», «поддержать тех, кто нуждается в моральной поддержке», «принимать других людей такими, какие они есть»).

Стремления, относящиеся к категориям «осознание божественного» и «единство / приобщение», представлены единичными ответами («укрепить веру в Бога», «получить радость от красоты природы», «посещать церковь каждый выходной и в некоторые праздники», «не отвлекаться на молитве», «доверять Богу»).

3. Дополнительный анализ дезадаптивных стремлений

Дезадаптивные стремления были проанализированы дополнительно, поскольку высокая степень их выраженности является одной из возможных причин возврата к употреблению наркотиков. Кроме того, выявление саморазрушительных целей может быть первым шагом в разработке эффективного воздействия на мотивационную сферу наркозависимых. В связи

с этим дезадаптивные стремления были проанализированы нами более подробно и разделены на несколько категорий:

- уход от ответственности;
- избегание изменений;
- уход от реальности;
- уход от контактов и близости;
- соответствие ожиданиям;
- перфекционизм;
- изменение окружающих;
- достижение цели любой ценой.

В процессе анализа дезадаптивных стремлений было выявлено, что они крайне похожи на иррациональные убеждения – основные понятия рационально-эмоциональной поведенческой терапии А. Эллиса (РЭПТ) [Александров А.А., 2000]. Согласно теории РЭПТ, иррациональное – то, что препятствует осуществлению целей [Эллис А., Драйден У., 2002]. Ниже представлены примеры дезадаптивных стремлений каждой категории и их соответствие иррациональным убеждениям. Иррациональные убеждения выделены курсивом.

1. Стремления, связанные с уходом от ответственности («переложить ответственность»; «найти виноватых в своих проблемах»; «обвинять других в своих неудачах»; «предоставлять событиям развиваться без моего участия, вмешательства»; «уходить от ответственности»).

2. Стремления избежать возможностей, которые могут привести к позитивному росту или позитивным изменениям («обойти сложную ситуацию»; «уклониться от решения своих личных проблем»; «скрыть остроту проблемы», «одевать маски»; «держат все в себе»; «не показывать настоящего себя в обществе, а ходить с маской»; «уйти от проблемы»; «избежать трудностей, надеясь на чью-то помощь»; «избегать сложных путей»; «не говорить о себе»; «жить по привычной схеме»; «быть не таким, какой я на самом деле»; «избегать неприятных разговоров»; «не открывать своих истинных чувств»; «не отличаться от других»; «подстроиться под внешние обстоятельства»).

3. Стремления, связанные с уходом от реальности («не думать о проблемах»; «не думать о плохом»; «не думать о будущем»; «не думать о прошлом»; «не испытывать негативные чувства»; «принимать желаемое за действительное»; «уйти от проблем в другом измерении (интернет, наркотики)»).

Легче избежать ответственности и трудностей, чем их преодолевать. Плыть по течению и ничего не предпринимать – вот путь к счастью.

4. Стремления, направленные на соответствие ожиданиям окружающих («быть хорошим для всех»; «быть для всех хорошим другом»; «всем понравиться»; «додумывать фразы и мысли людей»; «предполагать, что могут подумать другие»; «быть во всех отношениях положительным, чтобы расположить к себе человека»; «всем угодить»; «всем нравиться»).

Для взрослого человека совершенно необходимо, чтобы каждый его шаг был привлекателен для окружающих.

5. Перфекционистские стремления («делать все на «5», чтобы получить удовлетворение от похвалы»; «сделать все дела в срок, в ущерб своим делам, сну, чтобы не испытывать негативных чувств от критики»; «быть самой-самой во всем»; «быть умницей»; «контролировать все вокруг»; «быть вездесущей»; «знать всё и вся»).

Нужно быть во всех отношениях компетентным, адекватным, разумным и успешным. (Нужно все знать, все уметь, все понимать и во всем добиваться успеха.) Если что-то пугает или вызывает опасение – постоянно будь начеку.

6. Стремления, направленные на обязательную реализацию потребностей («получить больше, чем заслуживаю»; «чтобы все было по-моему»; «ни в чем себе не отказывать»; «делать только то, что мне хочется, и получать как можно больше положительных эмоций»).

Это катастрофа, когда все идет не так, как хотелось бы.

7. Стремления, связанные с избеганием контактов с людьми («не заводить близких отношений»; «ни от кого не зависеть в любой сфере»; «не вступать в близкие отношения с людьми»; «не смотреть в глаза»; «быть выше других»; «причинять боль людям, которые мне противны»; «доказать себе, что дружба небескорыстна»; «проявить агрессию»).

8. Стремления, связанные с намерением изменить окружающих («изменить своего партнера»; «контролировать всех»).

На наше благополучие влияют поступки других людей, поэтому надо сделать все, чтобы эти люди изменялись в желаемом для нас направлении.

Заключение

По мере увеличения срока трезвости оценка наркозависимыми своих стремлений по шкалам личностных стремлений приближается к оценкам, данным нормативной группой. Интересно, что при этом также уменьшается представление о шансах на реализацию своих стремлений. Возможно, такие результаты связаны с тем, что наркозависимые, прекратившие употребление психоактивных веществ, действительно сталкиваются с множеством проблем, а их представления об осуществимости желаемого становятся более адекватными.

Наркозависимые с небольшим сроком трезвости больше склонны к самообману и чаще демонстрируют стремления, отражающие дезадаптивные паттерны поведения и иррациональные установки.

Для наркозависимых с небольшим сроком трезвости характерен более оптимистичный взгляд на реализацию своих стремлений и большая связанность стремлений с внешними причинами.

Действия наркозависимых чаще обусловлены внешней (экстринсивной) мотивацией, они чаще придерживаются противоречащих друг другу убеждений и более оптимистичны в оценке своих перспектив. Возможно, определяющую роль в такой оценке играет избегание негативного аффекта, возникающего при более честной оценке своих возможностей.

Обращает на себя внимание отсутствие различий между группами по уровню влияния внутренних причин, хотя с увеличением внешних причин должно уменьшаться количество внутренних. Подобные результаты связаны с тем, что наркозависимые выбирали максимальные оценки одновременно по нескольким параметрам (так, ответ «стремлюсь исключительно по этой причине» мог быть дан и по параметру «внешняя причина», и по параметру «внутренняя причина»). Такое «нарушение инструкции», возможно, связано с плохой дифференцированностью иерархии стремлений.

Описывая влияние внешней мотивации на поведение, В.И. Чирков [1996] отмечает, что внешнемотивированное поведение прекращается, как только исчезает внешнее подкрепление; при взаимодействии с другими во внешнемотивированной ситуации преобладают отрицательные эмоции, уменьшается спонтанность, растет напряженность. Подобные особенности часто присущи наркозависимым во время прохождения реабилитации. Для того чтобы достичь долговременных результатов, а не просто изменить сиюминутное поведение, необходима активизация внутренних мотивов деятельности. Е. Деци [1975] полагает, что внутренняя мотивация к деятельности тем выше, чем сильнее эта деятельность позволяет человеку чувствовать себя эффективным. Анализ личностных стремлений позволяет найти стремления, активизирующие ресурсы человека, и обсудить конкретные сферы приложения его стремлений.

Выводы

1. У наркозависимых, находящихся в долгосрочной ремиссии, формальные параметры стремлений не отличаются от параметров людей, никогда не употреблявших «тяжелые» наркотики, за исключением вероятности успешной реализации в будущем.
2. Несмотря на то, что по формальным параметрам стремлений не наблюдается различий между наркозависимыми, находящимися в долгосрочной ремиссии, и людьми, не употреблявшими наркотики, между этими группами обнаруживаются существенные различия по мотивационным категориям. Анализ результатов всех трех групп свидетельствует о том, что саморазрушающие стремления уменьшаются по мере увеличения срока трезвости, но все равно не достигают уровня лиц, не употреблявших наркотики. Все наркозависимые меньше стремятся к духовной самотрансценденции. У наркозависимых сильнее выражено стремление к самодостаточности / независимости, причем чем больше срок трезвости, тем больше стремление к избеганию зависимости.
3. Действия наркозависимых вне зависимости от срока трезвости чаще обусловлены внешней (экстринсивной) мотивацией. Наркозависимые чаще придерживаются противоречащих друг другу убеждений и при этом более оптимистичны в оценке своих перспектив. Основанием для подобной парадоксальной оценки является меньшая дифференцированность стремлений и вытеснение из сознания действительных причин поведения с целью регуляции негативного аффекта и защиты собственной самооценки.

4. Мотивационная сфера наркозависимых по сравнению с мотивационной сферой людей, не употреблявших наркотики, больше наполнена саморазрушительными стремлениями, идентичными иррациональным убеждениям.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что восстановление (или изменение) мотивационной сферы наркозависимых, как и восстановление преморбидного уровня при посттравматических расстройствах, требует создания дополнительных ресурсов их «Я», необходимых для того, чтобы справиться с настоящим и будущими стрессами [Ениколопов С.Н., 1998].

Список литературы

1. Александров А.А. Личностно-ориентированные методы психотерапии. – СПб.: Речь, 2000. – 240 с.
2. Леонтьев Д.А. Ценностные представления в индивидуальном и групповом сознании: виды, детерминанты и изменения во времени // Психологическое обозрение. 1998. №1. С. 13-25.
3. Ениколопов С.Н. Психотерапия при психотравматических стрессовых расстройствах // Российский психиатрический журнал. 1998. № 3. С. 50-56.
4. Первин Л., Джон О. Психология личности: теория и исследования. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 607 с.
5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. – М.: Академия, 2003. – 176 с.
6. Чирков В.И. Самодетерминация и внутренняя мотивация поведения человека // Вопросы психологии. 1996. № 3. С. 116-132.
7. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. – СПб.: Речь, 2002. – 352 с.
8. Эммонс Р. Психология высших устремлений: мотивация и духовность личности. – М.: Смысл, 2004. – 416 с.
9. Deci E.L. Intrinsic motivation. N.Y.: Plenum, 1975.

Медико-психологические аспекты невынашивания беременности

С. В. Кудрявцева, А. И. Чижова, К. Ю. Савельева

Введение

В современной России и за рубежом изучению проблем перинатальной психологии уделяется особое внимание [Коваленко Н.П., 1998, Абрамченко В.В., 2001, Айвазян Е.Б. с соавт., 2001, Fries M.E., 1977 и др.]. Необходимость целостного психологического подхода к изучению материнства обусловлена сложившейся демографической ситуацией, когда стремительно происходит старение нации.

Известно, что психологическое состояние женщины во время беременности и в послеродовом периоде оказывает существенное влияние на психосоматическое состояние и последующее развитие ребенка [Аверина Ю.В., 2007] Однако, несмотря на современные достижения в области физиологии,

гинекологии и акушерства, психологические проблемы материнства и раннего детства не уменьшаются.

Невынашиванием беременности считается самопроизвольное прерывание ее в сроки от зачатия до 37-й недели. В настоящее время частота невынашивания составляет около 15-20% от общего числа всех выявляемых беременностей, из них у 45-50% женщин не удается установить истинную причину, из-за которой произошел выкидыш, эти пациентки составляют группу «необъяснимого» невынашивания беременности [Айламазян Э.К., 2003].

Актуальность изучения проблемы продиктована недостаточной разработанностью программ социальной и психологической помощи семье, и в первую очередь женщине, ожидающей ребенка, а также необходимостью своевременного оказания психологической помощи беременным с угрозой самопроизвольно аборта.

Материал и методы исследования

В исследовании принимали участие 138 женщин в возрасте 20-30 лет с угрозой невынашивания первой беременности, в первом триместре беременности. Исследование проводилось в Александровской городской больнице Санкт-Петербурга. В соответствии с диагнозом, все испытуемые были разделены на 3 группы:

- экспериментальная группа 1 – женщины с неизвестной этиологией невынашивания беременности (28 человек);
- экспериментальная группа 2 – женщины с соматической причиной невынашивания беременности (25 человек);
- экспериментальная группа 3 – женщины с привычной угрозой невынашивания беременности (30 человек).

Контрольную группу составили женщины соответствующего возраста с нормальным течением первой беременности, состоящие на учете в женской консультации №8 (55 человек).

В первой и второй экспериментальных группах исследовались индивидуально-психологические особенности: механизмы психологической защиты и особенности совладающего со стрессом поведения, уровень субъективного контроля, невротические состояния и некоторые личностные черты. В третьей группе изучались особенности системы отношений у беременных женщин в ее взаимосвязях.

В рамках исследования были использованы следующие методы и методики:

- психодиагностическое интервью для исследования отношения к материнству;
- цветовой тест отношений (ЦТО),
- тест PARI для исследования родительских установок;
- методика «Незаконченные предложения»;
- методика диагностики межличностных отношений Т. Лири;
- опросник «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) для исследования механизмов психологической защиты;

- проективная методика «Тест руки» Вагнера для исследования агрессивных тенденций;
- опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) для оценки уровня интернальности-экстернальности;
- опросник «Механизмы копинг-поведения» Хайма;
- клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич) (ОНС).

Результаты исследования

Изучение механизмов психологической защиты (тест ИЖС) позволило выявить следующие особенности. Женщины с неустановленной причиной невынашивания беременности обнаружили высокую напряженность психологических защит и вместе с тем достоверно больше использовали *отрицание, вытеснение, проекцию и компенсацию*, чем женщины контрольной группы и беременные с соматическими причинами невынашивания.

По данным автора теста, психологическая защита «отрицание» реализуется при конфликтах любого рода и характеризуется внешне отчетливым искажением восприятия действительности. Информация, которая может привести к конфликту или угрожает самоуважению, социальному престижу, не воспринимается. Отрицаются фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства или внутренние импульсы.

Выявленная обратная корреляционная связь между отрицанием и страхами позволяет предположить, что именно последние воспринимаются искаженно или недостаточно осознаются. У беременных с соматическими причинами невынашивания страхи взаимосвязаны с механизмом *замещения*, а в контрольной группе вообще не имеют связей с психологическими защитами.

Посредством вытеснения неприемлемые для личности импульсы, вызывающие тревогу, становятся бессознательными. По мнению большинства исследователей, этот механизм лежит в основе действия и других защитных механизмов. Вытесненные импульсы, не находя разрешения в поведении, тем не менее сохраняют свои эмоциональные и психовегетативные компоненты. С помощью механизма проекции неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализуются вовне и приписываются другим людям. Выраженность механизма компенсации характерна для лиц мечтательных, ищущих идеалы в различных сферах жизнедеятельности.

Использование теста Вагнера позволило выявить, что для женщин с неустановленной причиной невынашивания беременности характерно достоверно большее, чем у здоровых женщин, чувство превосходства, стремление к доминированию, отсутствие потребности во внешней оценке и поддержке. Вместе с тем они менее коммуникативны и менее склонны воспринимать свое состояние как болезненное, чем беременные второй экспериментальной группы. Следует отметить, что во всех исследуемых группах выявлены относительно высокие показатели личностной агрессивности, однако только у женщин с неизвестной этиологией

невынашивания она прямо связана с *регрессией*, т.е. с импульсивностью и ослаблением эмоционально-волевого контроля.

Уровень субъективного контроля (тест УСК) понижен у всех беременных женщин. Однако только в первой экспериментальной группе *экстернальность* прямо связана с *невротической депрессией* (тест ОНС), т.е. чем больше женщины с неустановленной причиной невынашивания беременности возлагают ответственность на других людей или обстоятельства, тем больше вероятность возникновения у них невротической депрессии. У женщин с соматическими причинами невынашивания выявлена обратная взаимосвязь между *экстернальностью* и *демонстративностью*. Во всех трех группах выявлены обратные связи *интеллектуализации* с *интернальностью* в различных областях, т.е. чем больше женщины пытаются объяснить те или иные обстоятельства в конфликтной ситуации, тем менее склонны брать ответственность на себя. Важно отметить, что только в контрольной группе использование психологических защит обратно связано с перекладыванием ответственности на других людей или обстоятельства.

Большинство женщин всех трех групп чаще использовали *эмоциональные адаптивные* копинг-стратегии (тест Хайма), но женщины с угрозой невынашивания отличались от здоровых беременных женщин достоверно большим обращением к *неадаптивным когнитивным* копингам.

Наличие симптомов невротических расстройств (тест ОНС) было выявлено только у женщин первой и второй экспериментальных групп. Достоверные различия между женщинами с неизвестной этиологией невынашивания и здоровыми женщинами выявлены по всем шкалам, при этом особенно выделялись *тревога*, *невротическая депрессия* и *вегетативные нарушения*.

Особенности системы отношений у женщин с привычным невынашиванием беременности исследовались по следующим параметрам: отношение к себе, к родителям, к мужу, к беременности, к будущему ребенку, к материнской роли и к социальному окружению.

Отношение к себе. Результаты, полученные в группе женщин с привычной угрозой невынашивания, позволили констатировать достоверно более негативное *отношение к себе* (тест «Незаконченные предложения»), а также более критичное описание себя (тест Лири). Отношение к себе прямо связано с *отношением к материнской роли* и описанием себя как *эгоистической* и *агрессивной*. Самооценка тем выше, чем в большей степени мать беременной характеризуется как ориентированная на себя, склонная к соперничеству и менее проявляющая теплоту в отношениях. И вместе с тем *отношение к себе* прямо связано с оценкой мужа как ориентированного на себя.

Отношение к беременности у женщин с привычной угрозой невынашивания более позитивное, чем в контрольной группе, что, очевидно, соответствует данным Ж.В. Завяловой [2000] об эйфорическом либо амбивалентном стиле переживания беременности. Отношение к беременности связано с авторитетом мужа и родительской семьи, их мнением и оценкой. Выявлена взаимосвязь между *отношением к беременности* и *родительским*

авторитетом, в то время как в контрольной группе отношение к беременности взаимосвязано с положительными установками на материнство, позитивным отношением к собственной и родительской семье, а беременность отождествляется с наградой.

Отношение к будущему ребенку противопоставляется ощущению зависимости и несамостоятельности в роли матери, а также позитивному описанию себя и матери, в то время как в группе женщин с нормально протекающей беременностью отношение к ребенку связано с положительными характеристиками себя и матери.

Отношение к материнской роли достоверно различается в исследуемых группах по всем параметрам теста PARI. Можно сказать, что женщины с привычной угрозой невынашивания воспринимают материнскую роль в целом более негативно, как требующую самопожертвования и неудовлетворяющую. Показатель *зависимость и несамостоятельность в роли матери* вовлечен в многочисленные связи, эмоциональная самооценка прямо связана с этой шкалой. Также ощущение зависимости прямо связано с *отношением к ребенку*. Следует отметить, что в данной экспериментальной группе материнство связывается с *обязанностью* женщины, а в контрольной – с *призванием*.

Отношение к матери в группе женщин с привычной угрозой невынашивания достоверно более напряженное. Выявлено противопоставление позитивных характеристик матери и самооценки. Женщины этой группы описывают свою мать более самостоятельной и холодной в общении. Как в экспериментальной, так и в контрольной группе *отношение к матери* связано с фигурой мужа и отношением к материнству. И в той, и в другой группе имеет место некоторое противопоставление материнской фигуры и фигуры мужа.

Отношение к мужу в экспериментальной группе связано с его независимостью и жесткостью, а в контрольной – наоборот, с мягкостью и уступчивостью.

Социальная сфера. С помощью теста ЦТО было выявлено, что женщины с привычной угрозой невынашивания оценивают социальную занятость достоверно более позитивно, чем в контрольной группе.

Заключение

В данной работе была предпринята попытка исследовать медико-психологические аспекты невынашивания беременности. Полученные результаты позволяют заключить следующее.

У женщин с неизвестной этиологией невынашивания беременности есть определенные клинико-психологические особенности, которые не свойственны здоровым беременным женщинам и беременным с соматической патологией:

- искаженное восприятие действительности, которое выражается в отрицании и вытеснении фрустрирующих, вызывающих тревогу и страх событий и импульсов;
- локализация вовне неприемлемых мыслей и чувств;
- заимствование без анализа и критики ценностей и установок, которые не в полной мере ассимилируются личностью;

- достоверно более частое использование неадаптивных и более редкое – адаптивных когнитивных механизмов совладания со стрессом;
- большая директивность и меньшая потребность во внешней оценке сочетается с меньшей коммуникативностью;
- личностная агрессивность прямо связана с напряженностью механизма психологической защиты «регрессия», т.е. с импульсивностью и ослаблением эмоционально-волевого контроля;
- вероятность возникновения невротической депрессии прямо связана с перекладыванием ответственности на других людей или обстоятельства.

Вместе с тем у беременных женщин с неизвестной этиологией невынашивания, как и у женщин с соматическими причинами невынашивания, были выявлены симптомы невротических расстройств, которые не свойственны здоровым беременным. Особо следует отметить тревогу, невротическую депрессию и вегетативные нарушения.

Для женщин с соматическими причинами невынашивания беременности характерно следующее:

- общий уровень напряженности психологических защит ниже, чем у здоровых женщин и женщин с неустановленной причиной невынашивания;
- в отличие от здоровых беременных, отмечается достоверно более выраженное ощущение болезненности, низкая демонстративность и большая, чем в обеих других группах, коммуникативность.

Система отношений женщин с привычной угрозой невынашивания отличается от системы отношений женщин с нормально протекающей беременностью:

- выявлено достоверно более критичное и неустойчивое отношение к себе, связанное с отношением к материнской роли;
- материнская роль воспринимается в целом более негативно, как требующая самопожертвования и неудовлетворяющая;
- отношение к беременности связано с авторитетом мужа и родительской семьи, их мнением и оценкой;
- отношение к будущему ребенку противопоставляется позитивному описанию себя и матери;
- отношение к матери достоверно более напряженное, выявлено противопоставление позитивных характеристик матери и самооценки;
- эйфорический стиль переживания беременности и одновременно высокая значимость социального статуса порождают определенные внутриличностные противоречия.

Факторный анализ позволил определить психологические мишени для психокоррекционной работы и психопрофилактики. Их можно объединить в три блока:

- эмоциональный (аффектация, тревога);
- невротический (астения, нарушения по истерическому типу, обсессивно-фобические нарушения, невротическая депрессия);
- когнитивный (интернальность в области неудач и интернальность в области семейных отношений).

Выводы

1. Женщины с угрозой невынашивания беременности отличаются от женщин с беременностью без осложнений по своим психологическим особенностям.
2. Индивидуально-психологические особенности женщин с неустановленной причиной невынашивания беременности отличаются от таковых у женщин с соматической причиной угрозы самопроизвольного аборта.
3. Достоверные различия системы отношений в изучаемых группах беременных женщин позволяют констатировать наличие определенных личностных особенностей, препятствующих благоприятному течению беременности.

Список литературы

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. – СПб.: Сотис, 2001. – 320 с.
2. Аверина Ю.В., Особенности подготовки к родам женщин, имеющих психотравмирующий опыт рождения первенца [Электронный ресурс] // Перинатальная психология для специалистов, 2007. <http://www.psymama.ru/articles/averina3.html>
3. Айвазян Е. Б., Аронова Л. Е., Урядницкая Н. А. Некоторые аспекты психологического изучения беременности: от анализа практики к проектированию исследования // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. III Всероссийская научно-практическая конференция по пренатальному воспитанию. – М., 2001. – С. 122-127.
4. Айламазян Э.К. Акушерство: Учебник для медицинских вузов. 4-е изд. – СПб.: СпецЛит., 2003. – 528 с.
5. Завялова Ж.В. Психологическая готовность к родам и метод ее формирования. Дисс....канд. психол. наук. – М., 2000.
6. Коваленко Н.П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов. Дисс....канд. психол. наук. – СПб., 1998.
7. Fries M.E. Longitudinal Study: Prenatal Period to Parenthood // Journal of the American Psychoanalytic Association. 1977. V.25. N1. P. 115-132.

Диагностика нарушений когнитивных функций при арахноидальных кистах головного мозга в детском возрасте

Л. П. Лассан

Арахноидальная киста – это врожденное доброкачественное объемное экстрацеребральное образование, содержимым которого является цереброспинальная жидкость, а стенками – арахноидальная оболочка или ее отдельные листки [Мухаметжанов Х., Ивакина Н.И., 1995; Мельников А.В., 2003]. По локализации выделяют две группы кист: а) кисты полушарий мозга, к которым относятся арахноидальные кисты боковой щели мозга, конвекситальной поверхности мозга и парасагиттальные арахноидальные кисты; б) срединно-базальные кисты, к которым относят супраселлярные и интраселлярные арахноидальные кисты, арахноидальные кисты четверохолмной цистерны, охватывающей цистерны, арахноидальные кисты

мостомозжечкового угла [Ивакина Н.И., Ростоцкая В.И., Озерова В.И. с соавт., 1994].

Характерным для кистозного поражения головного мозга у детей является наличие длительного периода бессимптомного течения, поэтому диагностика арахноидальных кист представляет известные сложности. До введения в клиническую практику компьютерной и магнитно-резонансной томографии в большинстве случаев диагноз ставился во время оперативного вмешательства или аутопсии. При появлении новых диагностических возможностей количество верифицированных арахноидальных кист у детей выросло в несколько раз. Зачастую это случайные находки во время комплексного обследования ребенка с жалобами на головную боль, снижение успешности обучения, появление эпилептических приступов после физических или психических нагрузок и т.п. У детей при отсутствии очаговой неврологической симптоматики и симптомов гипертензионно-гидроцефального синдрома в бессимптомный период течения заболевания особую важность приобретает нейропсихологическая диагностика состояния высших психических функций. Такая диагностика позволяет выявить ранние признаки нарушенного цереброгенеза, поскольку наличие арахноидальной кисты в развивающемся мозге приводит к реорганизации систем функционального взаимодействия мозговых структур и к нарушению протекания психических процессов.

Целью настоящей работы явилась разработка нейропсихологических критериев диагностики арахноидальных кист головного мозга по данным исследования когнитивных функций.

Материал и методы исследования

Было обследовано 142 больных с арахноидальными кистами головного мозга, из них у 42 пациентов диагностированы срединно-базальные кисты, у 100 – кисты полушарий мозга (у 35 пациентов киста в правом полушарии, у 65 – в левом). Во всех случаях диагнозы были верифицированы в ходе хирургического лечения, а также результатами компьютерной, магнитно-резонансной и эмиссионно-позитронной томографии головного мозга.

При помощи корреляционного анализа была выявлена выраженная зависимость показателей психических функций от возраста как в норме, так и при патологии головного мозга [Лассан Л.П., 2009], поэтому все больные и здоровые были разделены на четыре возрастные группы: первая 7-9 лет, вторая 10-12 лет, третья 13-15 лет, четвертая 16-18 лет.

В числе больных с кистами головного мозга было 100 мальчиков и 42 девочки (фактор пола не являлся критерием отбора). Распределение пациентов по полу в каждой возрастной группе следующее: в группе 7-9 лет 14 мальчиков и 6 девочек, в группе 10-12 лет – 34 мальчиков и 13 девочек, в группе 13-15 лет – 32 мальчика и 13 девочек, в группе 16-18 лет – 20 мальчиков и 10 девочек. Рассматриваемый вид очагового поражения головного мозга в 2,3 раза наблюдался чаще у мальчиков, причем, эта тенденция присутствовала во всех возрастных группах (коэффициент преобладания лиц мужского пола колебался

от 2,5 в возрасте 10-12 лет до 2 в группе 16-18-летних). Наши результаты согласуются с данными литературы, согласно которым арахноидальные кисты встречаются в 3-5 раз чаще у больных мужского пола [Мухаметжанов Х., Ивакина Н.И., 1995; Galassi E. et al., 1980; Mayr U. et al., 1982].

Нормативные показатели были получены в результате обследования тем же набором нейропсихологических методик контрольной группы 119 здоровых испытуемых, которые являлись учениками 1-10 классов средних школ Санкт-Петербурга. Критерием отбора служила успешность обучения.

Здоровые дети и подростки распределились в возрастных группах следующим образом: младший школьный возраст – 28 детей, предпубертатный возраст – 31 ребенок, пубертатный возраст – 33 подростка, старший школьный возраст – 27 школьников. Соотношение мальчиков и девочек в каждой группе было равное, за исключением группы младших школьников 7 – 9 лет, где девочек оказалось в 2 раза больше (19 девочек и 9 мальчиков), что можно объяснить критерием отбора здоровых испытуемых.

С учетом специфики данного контингента больных были использованы стандартные патопсихологические методики для изучения памяти и внимания (запоминание 10 слов и 9 трудно вербализуемых фигур, таблицы Шульте). Эти методики соответствовали важным и необходимым требованиям: простота и доступность выполнения заданий независимо от возраста, возможность по одной методике получить несколько характеристик психической деятельности, относительно небольшая продолжительность процедуры исследования (с учетом тяжести состояния больных). Особенности памяти изучали в зависимости от модальности запоминаемой информации, ее содержания и способа воспроизведения. Исследовались объем вербальной памяти (зрительной и слуховой) и зрительной пространственной в звене непосредственного (кратковременного) и отсроченного воспроизведения. С целью исследования степени сформированности / нарушения письма, чтения, счета, экспрессивной и импрессивной речи, двигательной сферы (динамического праксиса, реципрокной координации), зрительного и тактильного восприятия использовались пробы из набора нейропсихологических тестов А. Р. Лурия.

Для анализа были взяты 17 показателей когнитивных функций, из них 6 – памяти и внимания: объем краткосрочной слухоречевой памяти (КПсл1), объем воспроизведения после трехкратного повторения (успешность заучивания КПсл3), объем отсроченного воспроизведения (ДПсл), объем краткосрочной зрительной вербальной памяти (КПзр), объем краткосрочной зрительной пространственной памяти (КПо) и объем внимания (ОВ). Объем памяти определяли количеством правильно воспроизведенных слов или фигур. Объем внимания измеряли временем (в секундах) поиска чисел в таблицах Шульте (при дальнейшем анализе использовали не абсолютное значение объема внимания, а его логарифм, чтобы сделать симметричным распределение значений).

Навыки чтения, письма, счета, речевые функции (понимание речи, повторная речь, называние предметов), тактильный гнозис, зрительный

предметный гнозис, зрительный пространственный гнозис, динамический праксис, реципрокную координацию оценивали в баллах: 0 – нет нарушений, 1 – легкие нарушения, 2 – выраженные нарушения. Нарушения корковых функций в большинстве случаев были выражены слабо или, особенно у здоровых, отсутствовали (1 или 0 баллов). Поэтому 11 показателей объединены в четыре группы: чтение, письмо, счет – навыки; понимание речи, повторная речь, называние предметов – речь; зрительный предметный гнозис, зрительный пространственный гнозис, тактильный гнозис – восприятие (гнозис); динамический праксис, реципрокная координация – двигательная сфера (праксис). При дальнейшем анализе сравнения проводили между этими объединенными группами показателей.

Для разработки нейропсихологических критериев диагностики патологии головного мозга по данным исследования когнитивных функций использован математический метод линейного дискриминантного анализа, который рассчитывает формулу (решающее правило), позволяющую отнести каждого исследованного ребенка к определенной группе (1-ая группа – больные с арахноидальными кистами, 2-ая группа - здоровые), когда заранее неизвестно, к какой из групп он принадлежит. В результате применения этого метода получается линейная форма (называемая дискриминантной функцией) вида:

$$Y = C_0 + C_1X_1 + C_2X_2 + \dots + C_kX_k, \text{ где}$$

k – число показателей;

$x_0, x_1, x_2, \dots, x_k$ – значения показателей конкретного обследованного;

$c_0, c_1, c_2, \dots, c_k$ – коэффициенты показателей, которые определяются в результате применения метода дискриминантного анализа.

Если в результате подстановки данных $x_0, x_1, x_2, \dots, x_k$ для конкретного испытуемого в указанную линейную форму получается значение $Y \geq 0$, то его относят к первой группе, если $Y < 0$ – то ко второй.

Результаты исследования

В рамках дискриминантного анализа проведено сравнение средних значений показателей по критерию Wilks' Lambda в каждой возрастной группе между здоровыми и больными.

В возрастных группах 10-12 и 13-15 лет выявлены высокозначимые различия (преимущественно $p \leq 0,001$) между всеми средними показателями больных с кистами и здоровых. В младшей возрастной группе не различаются успешность заучивания и зрительная пространственная память, остальные показатели имеют высокозначимые отличия (на уровне тенденции – сформированность чтения, письма, счета и слухоречевая память по параметру отсроченного воспроизведения). В старшей возрастной группе (16-18 лет) значимо не различаются также средние значения успешности заучивания КПслЗ и выраженность нарушений гнозиса и праксиса.

Обнаружены достаточно высокие канонические корреляции (Canonical correlation - корреляции между рассчитанными значениями дискриминантной

функции и показателем принадлежности к группе): 0,755 в группе 7-9 лет, 0,756 в группе 10-12 лет, 0,653 в группе 13-15 лет, 0,768 в группе 16-18 лет.

Тест на различия средних значений дискриминантной функции (Wilks' Lambda) в обеих группах выявил очень высокие значимые различия между средними значениями дискриминантной функции в группе больных с кистами и у здоровых, то есть очень хорошую классификацию ($p < .001$) в каждой возрастной группе.

Расчет корреляции между значениями дискриминантной функции и каждой из переменных позволил проанализировать информативность показателей психических функций в каждой возрастной группе с точки зрения распознавания и возрастную динамику диагностической приоритетности отдельных функций.

В возрастной группе 7-9 лет наиболее информативными признаками, отличающими больных с кистами от здоровых, являются нарушения праксиса, речи и зрительной вербальной памяти. С увеличением возраста больных информационная значимость нарушений праксиса снижается (в группе 16-18 лет на последнем месте). В возрастной группе 10-12 лет наиболее сильную корреляцию с дискриминантной функцией имеют показатели объема краткосрочной слухоречевой памяти, зрительной вербальной памяти и объема слухоречевой памяти в звене отсроченного воспроизведения ($r = 0,723$, $r = 0,575$ и $r = 0,563$, соответственно). У больных с кистами в возрасте 13-15 лет самым информативным признаком при отграничении патологии от нормы является недостаточность зрительной вербальной памяти ($r = 0,831$). В возрастной группе 16-18 лет наиболее информативным признаком при распознавании патологии является нарушение объема внимания ($r = 0,463$).

Структурные матрицы (значения упорядочены по абсолютной величине корреляций)

7 - 9 лет	r	10 - 12 лет	r	13 - 15 лет	r	16 - 18 лет	r
праксис	,569	КПсл1	,723	КПзр	,831	ln_ОВ	-,467
речь	,565	КПзр	,575	КПсл1	,562	ДПсл	,393
КПзр	-,529	ДПсл	,563	речь	-,556	КПсл1	,355
КПсл1	-,433	праксис	-,556	праксис	-,528	КПзр	,318
гнозис	,391	ln_ОВ	-,444	ДПсл	,508	речь	-,313
ln_ОВ	,375	КПо	,424	навыки	-,493	КПо	,279
навыки	,240	навыки	-,420	ln_ОВ	-,468	навыки	-,239
ДПсл	-,237	речь	-,383	КПсл3	,444	гнозис	-,119
КПсл3	-,114	гнозис	-,364	КПо	,405	КПсл3	-,055
КПо	,053	КПсл3	,326	гнозис	-,273	праксис	-,003

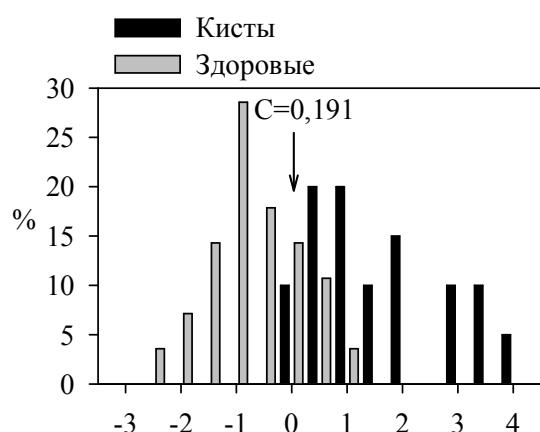
В практической работе задача сводится к тому, что психолог по результатам исследования когнитивных функций должен определить: какой из двух вариантов (норма или патология) наиболее вероятен для индивида. Для решения этой задачи при проведении дискриминантного анализа рассчитаны вероятности правильной и ошибочной классификации для каждой группы, т.е. вероятности ошибочного попадания больного в группу здоровых и наоборот. На основании этих вероятностей можно судить о надежности прогноза (дискриминации).

По формуле Байеса рассчитаны вероятности правильного прогноза в каждой возрастной группе: в 7-9 лет вероятность правильного прогноза 89,6%, во второй возрастной группе – 85,9%, в третьей – 80,8%, в четвертой – 91,2%.

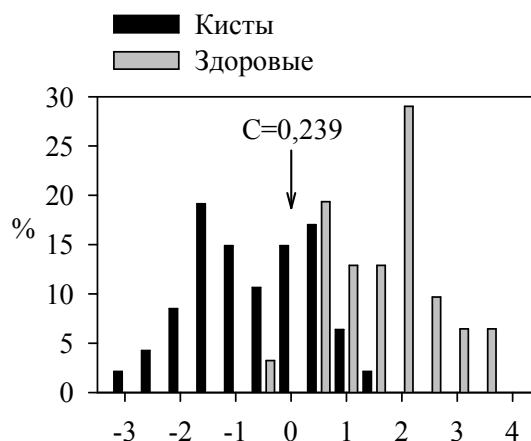
В качестве иллюстрации высокой вероятности правильного прогноза на рисунках представлены распределения дискриминантной функции в группах с кистами и у здоровых и значение дискриминирующей константы.

В рамках дискриминантного анализа получены нестандартизированные коэффициенты дискриминантного уравнения. По этим уравнениям можно рассчитывать значения дискриминантной функции для каждого индивида определенного возраста.

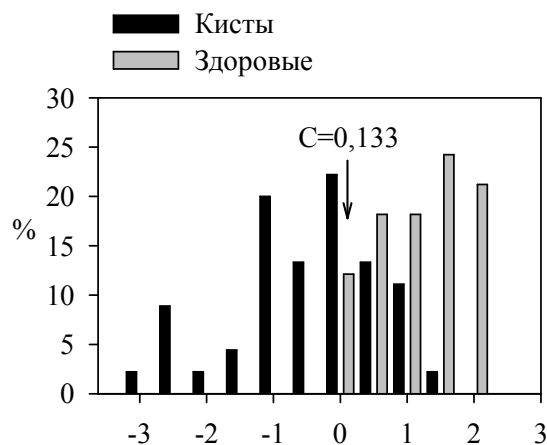
7-9 лет



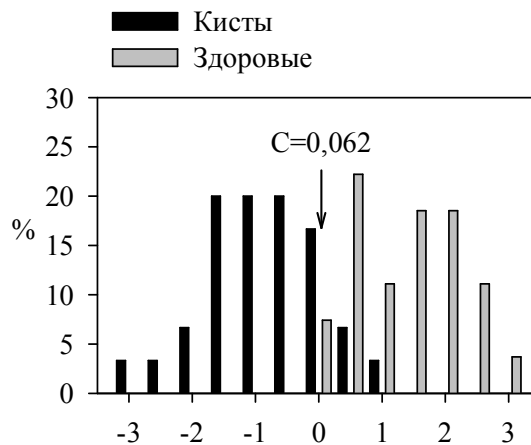
10-12 лет



13-15 лет



16-18 лет



Распределения дискриминантной функции в четырех возрастных группах больных с кистами и здоровых

Диагностические формулы при классификации здоровых и больных с кистами (x_1 – ln_ОВ, x_2 – гнозис, x_3 – ДПсл, x_4 – КПзр, x_5 – КПо, x_6 – КПсл1, x_7 – КПсл3, x_8 – навыки, x_9 – праксис, x_{10} – речь):

7-9 лет.

$$y = 0,673 * x_1 + 0,731 * x_2 + 0,176 * x_3 - 0,441 * x_4 + 0,028 * x_5 - 0,404 * x_6 + 0,353 * x_7 - 1,017 * x_8 + 0,573 * x_9 + 1,357 * x_{10} + -2,750.$$

$C_1 = 0,1905$. Если $y > C_1$, то у ребенка киста, если $y \leq C_1$, то ребенок относится к группе здоровых.

10-12 лет

$$y = 0,006 * x_1 + 0,160 * x_2 + 0,261 * x_3 + 0,194 * x_4 + 0,008 * x_5 + 0,491 * x_6 - 0,132 * x_7 + 0,470 * x_8 - 1,156 * x_9 + 0,445 * x_{10} - 3,822.$$

$C_2 = 0,239$. Если $y < C_2$, то у ребенка киста, если $y \geq C_2$, то ребенок относится к группе здоровых.

13-15 лет

$$y = 0,545 * x_1 + 0,894 * x_2 + 0,058 * x_3 + 0,482 * x_4 + 0,185 * x_5 + 0,211 * x_6 - 0,190 * x_7 + 0,272 * x_8 - 0,907 * x_9 - 0,445 * x_{10} - 5,968.$$

$C_3 = 0,1325$. Если $y \leq C_3$, то у ребенка киста, если $y > C_3$, то ребенок относится к группе здоровых.

16-18 лет

$$y = - 0,827 * x_1 + 2,092 * x_2 + 0,249 * x_3 + 0,257 * x_4 + 0,452 * x_5 + 0,639 * x_6 - 0,749 * x_7 + 1,216 * x_8 - 0,633 * x_9 - 2,133 * x_{10} - 0,428.$$

$C_4 = 0,062$. Если $y \leq C_4$, то у ребенка киста, если $y > C_4$, то ребенок относится к группе здоровых.

Заключение

Во всех возрастных группах выявлены высокозначимые различия между средними значениями показателей когнитивных функций больных с арахноидальными кистами и здоровых.

Наиболее информативными признаками, отличающими больных с арахноидальными кистами от здоровых, являются: нарушения праксиса, речи, кратковременной зрительной памяти в возрастной группе 7-9; нарушения памяти (слухоречевой и зрительной вербальной) и праксиса в возрастной группе 10-12 лет; нарушения памяти (зрительной вербальной и краткосрочной

слухоречевой), речи и праксиса в 13-15 лет; нарушения внимания в возрастной группе 16-18 лет

В каждой возрастной группе обнаружена высокая вероятность правильного прогноза классификации больных и здоровых.

В результате исследования высших психических функций у детей с арахноидальными кистами установлен диагностический алгоритм, позволяющий по данным нейропсихологического исследования дифференцировать патологию от нормы.

Полученные диагностические формулы для четырех возрастных групп при классификации здоровых и больных с арахноидальными кистами головного мозга могут применяться в практической работе клинических психологов.

Список литературы

1. Ивакина Н.И., Ростоцкая В.И., Озерова В.И. с соавт. Классификация интракраниальных арахноидальных кист у детей // Актуальные вопросы военной медицины. – Алматы, 1994. Ч.1. С. 72-75.
2. Лассан Л.П. Возрастная динамика нарушений психических функций у детей и подростков с нейрохирургической патологией // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2009. Вып. 3. Ч. II. С. 206-214.
3. Мельников А.В. Эндоскопический метод в лечении внутричерепных срединно-расположенных ликворных кист. Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 130 с.
4. Мухаметжанов Х., Ивакина Н.И. Врожденные внутричерепные кисты у детей. – Алматы: Гылым, 1995. – 86 с.
5. Galassi E., Piazza G., Gaist H., Frank F. Arachnoid cysts of the middle cranial fossa: A clinical and radiological study of 25 cases treated surgically // Surgical Neurol. 1980. V.14. N3. P. 211-219.
6. Mayr U., Aichner F., Bauer G., Mohsenipour I., Pallua A. Supratentorial extracerebral cysts of the middle cranial fossa. A report of 23 consecutive cases of so-called temporal lobe agenesis syndrome // Neurochirurgia. 1982. V. 25. N2. P. 51-56.

Динамика проявлений тревожности как механизма дезадаптации у школьников при патологии невротического уровня

Е. Е. Малкова

Введение

Результаты ряда клинко-эпидемиологических исследований последних 10 лет убедительно свидетельствуют о возрастающей частоте пограничных нервно-психических расстройств как следствия хронического психоэмоционального перенапряжения и дистрессов. Данные нарушения, проявляясь преимущественно в виде невротоподобных расстройств, нередко обозначают понятием «психическая дезадаптация». К этому следует добавить и

относительно новый класс пограничных нервно-психических расстройств – социально-стрессовые расстройства.

Важное место в структуре пограничной нервно-психической патологии занимают тревожные расстройства. Их распространенность неуклонно возрастает как среди взрослого населения, так и среди детей и подростков. В частности, было установлено, что в любой произвольно взятый момент тревога и связанные с ней симптомы могут быть выявлены у 10-20% несовершеннолетних [Кендалл Ф., 2003]. Исследования, проводившиеся в последнее десятилетие, продемонстрировали растущее стремление осмыслить природу тревожных расстройств в детском возрасте.

В настоящее время преобладает точка зрения, согласно которой тревожность, имея биологическую основу (свойства нервной и эндокринной систем), складывается прижизненно в результате действия социальных и личностных факторов. По мнению С. Strauss et al. [1988], частое переживание в детстве мучительного тревожного возбуждения может иметь долговременные последствия, создавая условия для развития и дальнейшего усугубления психопатологических расстройств. Исходя из этого, своевременная диагностика и лечение тревожных нарушений невротического уровня у детей представляется задачей первостепенной важности.

Специфика тревожных расстройств у детей и подростков делает необходимым онтогенетический подход в оценке данных состояний. Такой подход является традиционным для отечественной психиатрии. Опираясь на биогенетическую теорию этапности индивидуального развития, В.В. Ковалев [1995] высказывает предположение о том, что патогенетическую основу возрастной специфики психических нарушений у детей и подростков составляет механизм сменности качественно различных уровней патологического нервно-психического реагирования на те или иные вредности. Согласно В.В. Ковалеву, онтогенетическому уровню сомато-инстинктивного реагирования, отражающему степень зрелости нервно-психической сферы детей раннего возраста, соответствует выраженная витальность в проявлениях тревожного состояния, т.е. представленность в ее структуре нарушений жизненно важных соматических функций [Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В., 2001].

У дошкольников и младших школьников эмоциональные оттенки тревоги становятся более разнообразными [Лебединский В.В. с соавт., 1990]. Несмотря на то, что в младшем школьном возрасте у детей еще отсутствуют осознанные субъективные переживания тревожного настроения, на фоне утраты свойственного детям этого возраста оптимистического мироощущения отчетливо выступают поведенческие проявления тревоги: пассивность, вялость, замкнутость, потеря интереса к играм, затруднения в школе в связи с нарушениями активного внимания, медленным усвоением учебного материала. Психомоторный уровень нервно-психического реагирования, соответствующий данному возрасту, отражается в типичности системных двигательных расстройств в виде преходящих запинок речи, тикозных гиперкинезов и т.п.

Начиная с предпубертатного возраста (по мере созревания аффективного уровня нервно-психического реагирования), в структуре тревожных состояний у детей проявляется более отчетливый депрессивный аффект в виде подавленного настроения и его тонких, достаточно дифференцированных оттенков, которые отражаются как в невербальном, так и в вербальном поведении [Личко А.Е., Попов Ю.В., 1990]. Депрессивный аффект при этом сочетается с интеллектуальной и моторной заторможенностью и соответствующими идеями малоценности, самообвинения, самоуничужения.

Материал и методы исследования

С целью исследования психологической структуры тревоги (тревожности) у школьников при патологии невротического уровня были обследованы 247 больных детей и подростков школьного возраста, проходящих амбулаторное и стационарное обследование и лечение в различных лечебных, научных и консультативных учреждениях. Клинико-психологическое обследование проводилось при непосредственном участии врачей-клиницистов (психиатров, психоневрологов, психотерапевтов, педиатров и т.п.) на базах Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (детское и подростковое отделение), консультативно-диагностического центра Санкт-Петербургской педиатрической академии, а также Санкт-Петербургского городского кризисного центра для детей и подростков.

В структуре актуального психического состояния всех обследованных больных в качестве доминирующих выделялись тревожные расстройства. В соответствии с МКБ-10 [1994] были диагностированы расстройства, относящиеся к категории невротических и неврозоподобных (F4), а также поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте (F9). Характерной чертой указанных групп расстройств являлась их отчетливо психогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психические нарушения не появились бы.

Таблица 1.
Распределение исследованных школьников, страдающих патологией невротического уровня, по нозологическим и возрастным группам

Возрастные группы	Невротические и неврозоподобные расстройства - F4		Поведенческие и эмоциональные расстройства - F9		Всего	
	абс	%%	Абс	%%	абс	%%
Дети (7-10 лет)	40	22,7	18	25,4	58	23,5
Младшие подростки (11-12 лет)	45	25,6	17	23,9	62	25,1
Подростки (13-14 лет)	49	27,8	20	28,2	69	27,9
Старшие подростки (15-17 лет)	42	23,9	16	22,5	58	23,5
Всего	176	71,3	71	28,7	247	100

Как видно из Таблицы 1, большую часть выборки (71,3%) составили дети и подростки, страдающие невротическими и связанными со стрессом расстройствами (F4).

Включение в данную группу поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте (F9), было обусловлено в первую очередь наличием ярко выраженной тревожной симптоматики. Следует отметить, что их доля составила не более 1/3 обследованных школьников. В клинической картине расстройств у данной группы больных ярко выраженными были признаки переживания психосоциального стресса, часто встречались симптомы, близкие к невротическим, сопровождающиеся разного рода нарушениями социального поведения. Собственно тревожные симптомы варьировались в зависимости от характера и степени тяжести расстройства. Чаще были представлены тревога, беспокойство и напряженность. У исследованных детей (7-10 лет) встречались такие признаки регрессивного поведения, как энурез, сосание пальца, обкусывание ногтей, выдергивание волос. У старших подростков (15-17 лет) невротическая тревожная симптоматика чаще сопровождалась нарушениями социального поведения в виде агрессивных или диссоциальных реакций на психотравмирующую ситуацию. Наполненность групп исследованных больных по четырем ранее заданным возрастным категориям была относительно равномерной.

Характер распределения исследованных школьников, страдающих патологией невротического уровня, в зависимости от пола и нозологической принадлежности можно видеть в Таблице 2.

Большую часть пациентов с невротическими расстройствами составляли дети и подростки, страдающие неврастенией (F48) (42,6%) и расстройствами адаптации с преобладанием расстройств эмоций (F43.23) (18,2%), причем данная тенденция сохранялась вне зависимости от пола. У этих больных были ярко выражены нарушения сна, неспособность расслабиться, раздражительность, признаки мучительной усталости после даже незначительных физических или умственных нагрузок. Собственно тревожная симптоматика была неярко выражена и являлась скорее фоном, чем собственно содержанием актуальной картины невротического расстройства.

Что касается исследованной группы школьников с поведенческими и эмоциональными расстройствами, то в этой нозологической группе основное место заняли дети и подростки с фобическим (F93.1) (22,5%) и социальным (F93.2) (23,9%) тревожным расстройством детского возраста. Тревожные проявления здесь были достаточно разнообразны. Они адресовались как к актуальным обстоятельствам, так и к ожидаемым событиям в будущем (особенно связанным с предполагаемой оценкой компетентности, привлекательности, соответствия ожиданиям окружающих). Наличие высокой мотивации к социальному успеху позволяло добиваться больным удовлетворительного уровня приспособления, однако лишь за счет чрезмерного внутреннего напряжения, сопровождающегося субъективным ощущением страдания.

Таблица 2.

**Распределение исследованных школьников, страдающих патологией
невротического уровня, по полу и нозологической принадлежности**

Диагнозы	Группы	Девочки		Мальчики		Все	
		абс	%%	абс	%%	Абс	%%
Невротические и невротоподобные расстройства		78	74,3	98	69,0	176	71,3
Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) (F41.0)		9	11,5	3	3,1	12	6,8
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)		13	16,7	8	8,2	21	11,9
Обсессивно-компульсивное расстройство (F42)		5	6,4	10	10,2	15	8,5
Смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22)		5	6,4	5	5,1	10	5,7
Расстройство адаптации с преобладанием расстройств эмоций (F43.23)		12	15,3	20	20,4	32	18,2
Расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения (F43.24)		3	3,9	5	5,1	8	4,6
Ипохондрическое расстройство (F45.2)		2	2,6	1	1,0	3	1,7
Неврастения (F48.0)		29	37,2	46	46,9	75	42,6
Поведенческие и эмоциональные расстройства		27	25,7	44	31,0	71	28,7
Фобическое тревожное расстройство детского возраста (F93.1)		9	33,3	7	15,9	16	22,5
Социальное тревожное расстройство детского возраста (F93.2)		5	18,5	12	27,3	17	23,9
Другие эмоциональные расстройства детского возраста (F93.8)		2	7,4	3	6,8	5	7,1
Транзиторное тикозное расстройство (F95.0)		3	11,2	6	13,6	9	12,7
Энурез неорганической природы (F98.0)		4	14,8	11	25,0	15	21,1
Заикание (F98.5)		4	14,8	5	11,4	9	12,7
Тревожные расстройства невротического уровня		105	42,5	142	57,5	247	100

Обращает на себя внимание тот факт, что у исследованных девочек преобладала фобическая симптоматика (33,3%), проявляющаяся стойкой тревогой типичного для соответствующего возраста содержания и вызывающая отчетливое снижение социального приспособления. У мальчиков же тревожная симптоматика оказалась в большей степени обусловленной социальными причинами (27,3%). Чаще всего тревогу вызывали ситуации, связанные со школьным обучением. При этом отмечались преувеличенные опасения относительно приемлемости своего поведения в глазах окружающих; в трудных ситуациях появлялась слезливость, мальчики краснели, переходили на шепотную речь или замыкались.

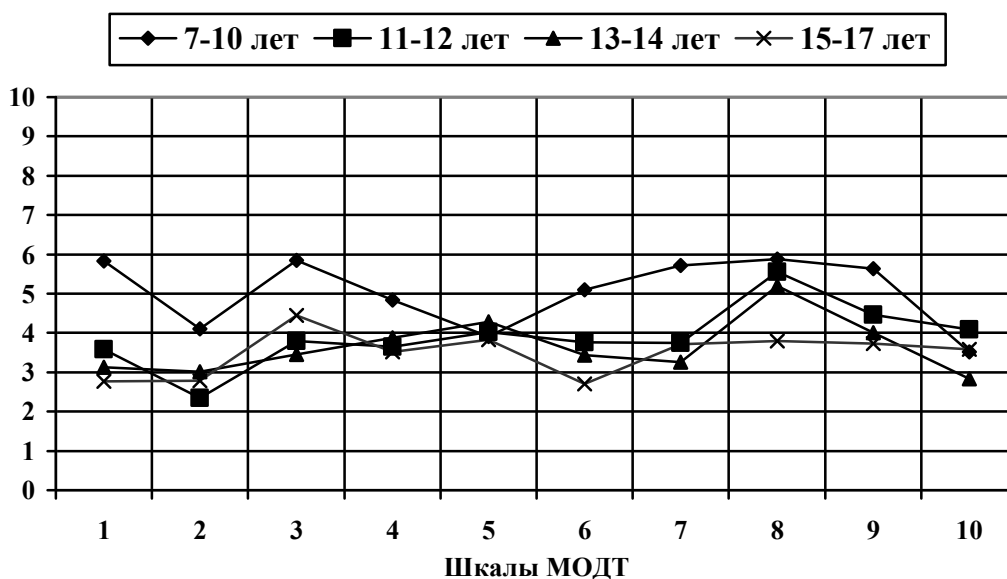
Для изучения возрастной динамики структуры тревоги и тревожности была использована оригинальная «Методика многомерной оценки детской тревожности» (МОДТ) [Ромицына Е.Е., 2006]. Данные экспериментально-психологического исследования были обработаны с использованием математико-статистических методов. Для выявления особенностей проявлений тревоги и тревожности у школьников разных половозрастных групп, а также оценки динамики их различий производилось сопоставление средних величин шкальных оценок опросника МОДТ. Выявлялись те шкалы, для которых различия достигали уровня статистической значимости $p < 0,05$. Такое сопоставление проводилось отдельно для каждой из четырех возрастных групп мальчиков и девочек.

Результаты исследования

Как можно видеть из Рисунка, профиль, отражающий характер и уровень тревожности у детей 7-10 лет, значительно отличается от такового в других возрастных группах. Это прежде всего связано с повышенным уровнем тревоги практически по всем исследуемым параметрам. Данный факт наглядно демонстрирует особенности аффективного уровня нервно-психического реагирования (по В.В. Ковалеву [1985]), соответствующего данному возрасту. Типичными на этом возрастном этапе являются психопатологические проявления с преобладанием аффективной возбудимости, неустойчивости, страхов и т.п. Исключение в нашем случае составляет лишь показатель тревожности в связи с взаимоотношениями родителями, который остается неизменным во всех возрастных группах и соответствует нормативным значениям. Другими словами, показатель тревожности в отношениях с родителями у школьников при патологии невротического уровня, так же как и у здоровых школьников [Малкова Е.Е., 2009], оказывается нечувствительным не только к фактору взросления, сопряженному с изменениями социальной ситуации развития, но и к патологическим проявлениям невротического уровня. Стабильность данной переменной может свидетельствовать о наличии так называемых резервных возможностей адаптации даже в условиях патологии. Фактически, семья для школьника является своего рода оплотом стабильности и необходимым условием компенсации.

Кроме того, обращает на себя внимание тенденция к сопряжению профилей тревожности в группах 11-12 и 13-14 лет. Подобная тенденция согласуется с описанной в работах В.В. Ковалева [1995], Д.Н. Исаева [2004], Н.М. Иовчук с соавт. [2006] и Г.Е. Сухаревой [1998] возрастной спецификой психопатологических проявлений в детском и подростковом возрасте, когда ведущим становится эмоционально-идеаторный уровень нервно-психического реагирования. Этот уровень характеризуется в исследуемой нозологической группе преимущественно психогенными ситуационными реакциями, наличием ипохондрической симптоматики, признаков нервной анорексии.

Динамика проявлений тревожности у школьников при патологии невротического уровня



Примечания: шкалы МОДТ – 1. «Общая тревожность»; 2. «Тревога в отношениях со сверстниками»; 3. «Тревога, связанная с оценкой окружающих»; 4. «Тревога в отношениях с учителями»; 5. «Тревога в отношениях с родителями»; 6. «Тревога, связанная с успешностью в обучении»; 7. «Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения»; 8. «Тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний»; 9. «Снижение психической активности, обусловленное тревогой»; 10. «Повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой».

В то же время наиболее чувствительным к возрастным изменениям является тревожность, связанная с успешностью в обучении (шкала 6), и тревожность в связи с оценкой окружающими (шкала 3): эти показатели имеют стойкую тенденцию к снижению в процессе всего периода школьного обучения. Можно предположить, что на начальных этапах обучения в школе патология невротического уровня у детей чаще возникает на фоне несоответствия предъявляемых требований их реальным возможностям. Ситуации, сопряженные с необходимостью самораскрытия и демонстрации своих способностей вызывают у ребенка положительные эмоции. Он стремится быть на виду, во всем и всегда показывать свои способности, ожидает повышенного внимания, восхищения и сочувствия; стремится хорошо учиться, но не от интереса к предмету, а только ради похвалы и поощрения. Самооценка завышена, что связано с выраженной самоуверенностью. В этой ситуации тревога ребенка может быть обусловлена недостаточной психологической готовностью к школе вообще и к повышенным требованиям в обучении (особенно в гимназиях), либо неоправданно высокими ожиданиями окружающих. Помимо этого, несовместимость разных систем требований, предъявляемых ребенку (например, со стороны учителей и родителей), также является здесь источником эмоциональной напряженности. Противоречия между завышенными притязаниями (например, на роль отличника или «первой красавицы»), нередко внушенными родителями, с одной стороны, и реальными

возможностями ребенка – с другой, приводящие к фрустрации потребности в любви и самостоятельности также провоцируют развитие тревожных реакций. В данном случае, ребенок, незрело воспринимая оценку знаний как оценку собственной личности, испытывает значительные эмоциональные страдания.

По мере взросления и адаптации к школьным условиям данный фактор теряет свою актуальность в развитии патологии невротического уровня и его место занимают другие. Так, тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний (шкала 8), сохраняет свою патогенетическую природу в отношении невротических расстройств вплоть до окончания средних классов школы (до 14 лет), после чего (в выпускных классах) резко теряет свою актуальность. Большую роль здесь, по-видимому, играет фактор ориентированности на знания, соответствующие предполагаемому профессиональному выбору, а не на оценку как таковую. Если и говорить о присутствии тревоги в структуре актуального состояния старших школьников при патологии невротического уровня, то она оказывается в большей степени обусловленной собственно оценкой окружающих, возникающей, как правило, в значимых ситуациях, когда подросток не уверен в правильности своих поступков или реакции на них эмоционально значимых людей. Он сомневается в правильности того, что делает, думает, говорит, постоянно ожидая неудовлетворительной оценки в свой адрес. Отсюда утверждения о собственной физической и умственной неполноценности, бездарности, ненужности близким, виновности перед родителями и учителями, неприятии сверстниками, непривлекательности для лиц противоположного пола, неприспособленности к взрослой жизни, отсутствии смысла существования, предъявление разного рода ипохондрических опасений.

Выводы

1. У девочек школьного возраста при патологии невротического уровня в клинической картине преобладает фобическая симптоматика (33,3%), сопровождающаяся стойкими проявлениями тревоги типичного для соответствующего возраста содержания.
2. У мальчиков при патологии невротического уровня тревожная симптоматика в большей степени обусловлена социальными причинами (27,3%), чаще в связи со школьным обучением.
3. Показатель тревожности в отношениях с родителями у школьников при патологии невротического уровня, так же, как и у здоровых школьников, оказался нечувствительным не только к фактору взросления, но и к патологическим проявлениям невротического уровня. Стабильность данной переменной может свидетельствовать о наличии так называемых резервных возможностей адаптации даже в условиях патологии.
4. На начальных этапах обучения в школе патология невротического уровня у детей чаще возникает на фоне несоответствия предъявляемых требований реальным возможностям ребенка.

5. Содержание тревожной симптоматики при патологии невротического уровня у подростков соответствует актуальным для этого возраста событиям психофизического и социально-психологического существования.

Список литературы

1. Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. – СПб.: Питер, 2006. – 416 с.
2. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. – СПб.: Речь, 2004. – 384 с.
3. Кендалл Ф. (ред.) Психотерапия детей и подростков. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2003. – 432 с.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
5. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М.: Медицина, 1985. – 288 с.
6. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 197 с.
7. Личко А.Е., Попов Ю.В. (ред.) Саморазрушающее поведение у подростков. Сб. науч. тр. – Л.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1991. – 140 с.
8. Малкова Е.Е. Возрастная динамика проявлений тревожности у школьников // Вопросы психологии. 2009. №4. С. 24-32.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина. – СПб.: Оверлайд, 1994. – 287 с.
10. Микиртумов Б.Е., Кощавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.
11. Ромицына Е.Е. Методика «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ). Учебно-методическое пособие. – СПб.: Речь, 2006. – 112 с.
12. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. – М.: Никулин А.Л., 1998. – 320 с.
13. Strauss C., Lease C., Last C., Francis G. Overanxious disorder: An examination of developmental differences // Journal of Abnormal Child Psychology. 1988. V16. P. 433-443.

Особенности системы отношений подростков с девиантным поведением

Ю. В. Мухитова

Введение

Профилактика и коррекция девиантного поведения является одной из важных, общественно значимых проблем современности. Ее актуальность обусловлена не только высокими показателями подростковой преступности, увеличением количества аддикций среди данной возрастной категорией, но и сдвигом показателей злоупотребления психоактивными веществами в младшие возрастные группы, ростом агрессивности настроенных неформальных молодежных объединений [Данные Федеральной службы государственной

статистики РФ, Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков, Генеральной прокуратуры РФ].

Существует множество точек зрения и подходов к рассмотрению проблемы девиантного поведения [Беличева С.А., 1994; Змановская Е.В., 2003; Карсон Р., Батчер Дж., Минека С., 2004; Егоров А.Ю., Игумнов С.А., 2005; Горьковская И.А., 2005]. Многие авторы указывают на доминирующее значение в формировании поведенческих девиаций нарушения адаптации, обусловленного различными причинами, в частности нарушениями психического развития, спецификой процесса социализации, неспособностью подростка адекватно реагировать на предъявляемые ему требования, отсутствием социально приемлемых способов проявления своей активности [Кон И.С., 1990; Соколова Е.В., 2004; Сидоров Н.Р., 2006]; микросоциальным конфликтом, связанным с противоречием самооценки подростка и оценки общества и блокированием потребности в уважении [Реан А.А., 2005]; ориентацией подростка на нормы и ценности асоциальной референтной группы и выбором асоциальных объектов идентификации [Беличева С.А., 1994; Сидоров П.Н., Парняков А.В., 2000; Реан А.А., 2005].

Подростковый период в силу перестройки, происходящей в физическом, эмоционально-волевом, когнитивном, личностном и социальном направлениях, предрасполагает к формированию отклоняющегося поведения. Это также период формирования личности, ядро которой составляет система отношений – к себе, к окружающему миру и окружающим людям [Мясищев В.Н., 1995; Реан А.А., 2005]. На этом кризисном этапе уже сложившаяся к этому времени система отношений претерпевает изменения: происходит перестройка механизмов и способов социализации, становление избирательного оценочного отношения к окружению, формирование самосознания.

Доминирующее влияние на процесс формирования личности оказывает референтная группа с ее нормами и ценностями [Андреева Г.М., 1997]. Учитывая особенности подросткового возраста и доминирующее значение социального окружения, определяющего усваиваемые подростком нормы, его девиантное поведение может рассматриваться как форма адаптации к социуму, главным представителем которого становится референтная группа.

Цель данного исследования состояла в выявлении особенностей системы отношений у подростков с девиантным поведением и связи их индивидуально-психологических характеристик с социально-психологическим статусом в группе для обоснования направлений психологической коррекции нарушений развития личности и поведения.

Материал и методы исследования

Было обследовано 60 подростков – юношей 15-17 лет, из которых 30 человек – учащиеся средне-специального заведения, обнаруживающие девиации в поведении. В качестве показателей девиантного поведения рассматривались следующие: наличие противоправных поступков (28 человек, 5 из которых поставлены на учет в милицию); факты неоднократного употребления психоактивных веществ; плохая успеваемость по учебным

дисциплинам; неудовлетворительное поведение в учебном заведении (отказ подчиняться правилам учебного заведения, систематические прогулы занятий, конфликты с преподавателями, агрессивные действия в отношении сверстников, постановка на внутренний учет – 13 человек). Контрольную группу составили 30 человек – учащиеся 10-х классов ГОУ СОШ №365 г. Санкт-Петербурга Фрунзенского района, у которых не наблюдалось указанных выше показателей девиантного поведения.

В ходе исследования для реализации поставленных задач применялись следующие методики: «Анкета динамического наблюдения» Б.С. Фролова, патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко (ПДО), методика «Диагностика межличностных отношений» Т. Лири, тест интеллекта Кеттела, социометрический метод Я.Л. Морено. Математико-статистическая обработка данных осуществлялась с использованием частотного анализа, параметрических (критерия Стьюдента для независимых выборок) и непараметрических мер сравнения (U-критерия Манна-Уитни и углового преобразования Фишера).

Результаты исследования

При анализе личностных особенностей подростков с девиантным поведением было обнаружено, что в этой группе ведущими типами акцентуации характера являются гипертимный (53%), ($\varphi = 1,6124$; $p < 0,05$) и эпилептоидный (27%) ($\varphi = 2,1826$; $p < 0,01$). В контрольной группе достоверно чаще обнаруживается лабильный тип акцентуации (23%) ($\varphi = 1,8846$; $p < 0,05$).

При проведении сравнительного анализа стилей межличностного взаимодействия выявились следующие значимые различия между группами. Для подростков с девиантным поведением ведущими ориентациями в стиле межличностного взаимодействия являются доминирование (100%) и дружелюбие (67%) ($U = 109,5$, $p < 0,05$). Преобладающие стили – властно-лидирующий ($U = 25$; $p < 0,001$) и ответственно-великодушный (альтруистический) ($U = 07$; $p < 0,05$), при этом покорно-застенчивый тип отношений встречается достоверно реже ($U = 13,5$; $p < 0,001$), так же как и сотрудничающий-конвенциональный ($U = 16$; $p < 0,05$). Полученные данные позволяют предположить, что в межличностных отношениях у подростков с девиантным поведением преобладает склонность к доминированию, энергичность, требовательность, неуступчивость и упорство, склонность к соперничеству, нередко проявление навязчивости в оказании своей помощи и покровительстве.

При исследовании интеллекта было выявлено, что у подростков с девиантным поведением он достоверно ниже, чем в контрольной группе ($U = 192$; $p < 0,001$). В экспериментальной группе большая часть подростков (70%) обнаруживает средний уровень интеллекта, тогда как в контрольной группе преобладает интеллект выше среднего (79%). В обеих группах снижения интеллектуальных способностей (интеллектуальной недостаточности) не выявлено. Полученные данные могут свидетельствовать о снижении способностей к прогнозированию и абстрагированию у подростков с

девиациями поведения, неорганизованности и трудностях в оценке эффективности своей деятельности, в особенности в условиях быстро меняющейся обстановки, требующей быстрого приспособления и ломки стереотипов деятельности и решения задач.

На основании проведенного частотного анализа выборов утверждений патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко (ПДО) были обнаружены различия ($p \leq 0,05$), которые можно охарактеризовать следующим образом.

Отношение к себе в экспериментальной группе характеризуется выраженной зависимостью от настроения, внешних факторов, референтной группы («Мое настроение легко меняется от незначительных причин», «В хорошие минуты я вполне доволен собой, в минуты дурного настроения мне кажется, что мне не хватает то одного, то другого качества»).

Отношение к окружающим у подростков с девиантным поведением характеризуется неустойчивостью, аффективностью и импульсивностью («Я легко ссорюсь, но быстро мирюсь» среди принимаемых выборов – 16%; «Я часто и подолгу размышляю, правильно или неправильно я что-нибудь сказал или сделал в отношении окружающих» среди отвергаемых вариантов – 20%). Типичным является подчеркивание роли коллектива и дружеских отношений («Для меня важен не один друг, а дружный хороший коллектив» среди принимаемых выборов – 19%; «У меня нет никакого желания иметь друга» среди отвергаемых выборов – 15%).

Несформированность границ дозволенного и социально приемлемого, негативное отношение к общественным нормам и правилам способствуют появлению стенических и агрессивных реакций («Ужасно не люблю всякие правила, которые меня стесняют», «Всегда считаю, что для интересного и заманчивого дела всякие правила и законы можно обойти», «Когда правила и законы мне мешают, это вызывает у меня раздражение» среди принимаемых выборов – 21%, 21 % и 16% соответственно). В отношении к учебе подростки чаще отмечали предпочтение ей досуга («Любил вместо школьных занятий отправиться с товарищами погулять или сходить в кино», «Любил школу, потому что там была веселая компания» среди принимаемых выборов – 26% и 17% соответственно). Выявляется положительное отношение к употреблению алкоголя и поведению, сопряженному с риском («Люблю выпить в веселой и хорошей компании», «Мое желание выпить зависит от настроения», «Люблю всякие приключения, даже опасные, охотно иду на риск», «Бывает, что риск и азарт меня совершенно опьяняют» среди принимаемых выборов – 32 % и 33%, 26% и 12% соответственно).

Будущее представляется подросткам весьма неопределенным («Я живу своими мыслями и меня мало волнует, каким в действительности окажется мое будущее», «Не люблю много раздумывать о своем будущем» среди принимаемых выборов – 15% и 17% соответственно).

При анализе личностных особенностей и их взаимосвязи с социально-психологическим статусом в референтной группе мы исходили из того, что социальный статус будет являться показателем принятия группой подростка,

отражать степень его адаптации к группе. Среди подростков с девиантным поведением высокий социальный статус обнаруживается у подростков с эпилептоидной (31%), ($U = 2,5128, p < 0,01$), гипертимной (25%), ($U = 3,3333, p < 0,001$), неустойчивой (18%) ($U = 2,5138, p < 0,05$) акцентуациями характера, тогда как в контрольной группе высокий социальный статус в группе чаще отмечается у подростков с истероидным (38%), гипертимным (22%), лабильным и неустойчивым (13%) типом акцентуации характера. Это позволяет предполагать, что в группе подростков с девиантным поведением адаптационные стратегии гипертимного, эпилептоидного и неустойчивого типов акцентуаций позволяют лучше адаптироваться в референтной группе.

Низким социальным статусом в группе подростков с девиантным поведением чаще обладают подростки с лабильным (33%) и сенситивным (25%) ($U = 2,4872, p < 0,01$) типами акцентуации характера, тогда как в контрольной группе – подростки с истероидной (27%), эпилептоидной (23%), неустойчивой (15%) типами акцентуаций.

Выводы

1. Среди подростков с девиантным поведением преобладают гипертимный и эпилептоидный типы акцентуаций с высокой вероятностью формирования психопатий. Указанные акцентуации, черты характера, встречающиеся при органических психопатиях, реакции эмансипации прямо связаны с риском социальной дезадаптации, склонностью к делинквентному поведению и злоупотреблению психоактивными веществами.
2. Преобладающим стилем межличностного взаимодействия у подростков с девиантным поведением является властно-лидирующий и ответственно-великодушный, ведущими ориентациями межличностного взаимодействия являются доминирование и дружелюбие.
3. Отношение к себе у подростков с девиантным поведением является неустойчивым и зависит от настроения, внешних условий и референтной группы. Отношение к окружающим характеризуется неустойчивостью, аффективностью и импульсивностью, что обуславливает конфликтность в отношениях. Несформированность границ дозволенного и социально приемлемого, негативное отношение к общественным нормам и правилам способствуют появлению стенических и агрессивных реакций. Подростков характеризует неопределенность отношения к будущему, а также положительное отношение к употреблению алкоголя и поведению, сопряженному с риском.
4. В группе подростков с девиантным поведением при высоком социальном статусе чаще встречаются эпилептоидный, гипертимный, а также неустойчивый тип акцентуаций характера. С низким социальным статусом – подростки с лабильным, сенситивным типом акцентуаций характера.
5. Социальный статус подростка обусловлен демонстрируемым им в силу существующей акцентуации характера поведением и принимаемыми в этой референтной группе формами поведения. Выбор подростком в качестве способа адаптации к девиантной группе различных форм девиантного

поведения будет способствовать патохарактерологическому развитию личности.

6. Выявленные клинико-психологические особенности: патохарактерологическое формирование по гипертимному и эпилептоидному типам, средний уровень интеллекта и снижение его показателей, ведущие ориентации доминирования и дружелюбия в стиле межличностного взаимодействия при властно-лидирующем и ответственно-великодушном стилях межличностных отношений могут выступать в качестве психосоциальных факторов риска девиантного поведения у подростков.

Список литературы

1. Андреева Г.М. Социальная психология. Учебник для высших учебных заведений. – М.: Аспект Пресс, 1997. – 363 с.
2. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. – М.: Социальное здоровье России, 1994. – 224 с.
3. Горьковая И.А. Личность подростка-правонарушителя. – СПб.: СПбГУ, 2005. – 236 с.
4. Змановская Е.В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения). – М.: Академия, 2003. – 288 с.
5. Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология. 11-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 1167 с.
6. Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. – СПб.: Речь, 2005. – 436 с.
7. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. Изд. 2-е. – СПб.: СпецЛит, 2006. – 463 с.
8. Кон И.С. Психология ранней юности. – М.: Просвещение, 1989. – 255 с.
9. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1983. – 256 с.
10. Мясичев В.Н. Психология отношений: Избр. психол. тр. – М.: Ин-т практич. Психологии; Воронеж: НПО МОДЭК, 1995. – 356 с.
11. Реан А.А. Личность и деформация ее «ядра» при делинквентном поведении // Вестник практической психологии образования. 2005. №4(5) С. 23-27.
12. Сидоров Н.Р. Проблема социальной дезадаптации несовершеннолетних // Вестник практической психологии образования. 2006. №1. С. 89-96; №2. С. 86-94; №3. С.101-111.
13. Сидоров П.Н., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. Т.2. – М.: Академический проект, Деловая книга, 2000. – 382 с.
14. Соколова Е.В. Хорошие «плохие» дети. Психологическое сопровождение детей с трудностями в обучении и адаптации. Новосибирск: Сова, 2004. – 604 с.
15. Официальный сайт Федеральной служба государственной статистики <http://www.gks.ru>
16. Официальный сайт Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков <http://www.fskn.gov.ru>
17. Официальный сайт Генеральной прокуратуры РФ: <http://genproc.gov.ru/>

Личностные особенности матерей, воспитывающих детей с ювенильным ревматоидным артритом

Г. В. Пятакова

Введение

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) является тяжелым заболеванием, приводящим к инвалидности из-за поражения опорно-двигательного аппарата. Заболеваемость ЮРА составляет от 6 до 19 человек на 100 тыс. детей. Пик заболеваемости падает на возраст 2-6 лет и пубертатный период (10-15 лет). В последние десятилетия наблюдается тенденция к увеличению случаев заболевания ЮРА как в нашей стране, так и за рубежом [Лукиянова Е.М., Омельченко Л.И., 2002].

По современным представлениям, ЮРА – системное заболевание, связанное с развитием аутоиммунного процесса в результате иммунной дисрегуляции. Итогом такого процесса является разрушения костной ткани и инвалидизация. Характерными проявлениями ЮРА являются боль, снижение функциональных способностей, изменения внешности, в том числе деформация суставов [Лукиянова Е.М., Омельченко Л.И., 2002]. Вопрос об этиологических факторах заболевания до настоящего времени не выходит за рамки научных предположений. К причинным агентам заболевания относят генетическую предрасположенность, инфекции, гормональный статус человека, травматизацию.

Современные исследования [Николаева В.В., 1987; Мамайчук И.И., 2000; Исаев Д.Н., 2001; Ананьев В.А., 2007] указывают на роль психологических факторов в генезе ЮРА и их негативное влияние на течение заболевания. Особенное значение придается контексту внутрисемейных взаимоотношений и личностным особенностям родителей больных детей. В работах отечественных и зарубежных авторов описаны личностные особенности так называемой «психосоматической матери» (авторитарной, доминирующей, открыто тревожной и латентно враждебной, требовательной и навязчивой) [Исаев Д.Н., 2001; Ананьев В.А., 2007]. Данные особенности матерей рассматриваются как факторы риска для возникновения и поддержания психосоматических расстройств у ребенка.

Кроме того, сама болезнь ребенка может изменить социальную ситуацию развития взрослых членов семьи, прежде всего матери больного ребенка. В работах отечественных исследователей отмечается, что изменения социальной ситуации могут спровоцировать кризис развития взрослого человека, привести к появлению психологических новообразований как расширяющих, так и ограничивающих его адаптационные возможности. В последнем случае речь идет о сужении круга социальных контактов, формировании черт невротического либо патохарактерологического регистра [Зейгарник Б.В., Братусь Б.С., 1980; Николаева В.В., 1987; Мамайчук И.И., 2000; Гуслова М.Н., Стуре Т.К., 2003].

Зарубежные и отечественные исследователи отмечают, что матери, воспитывающие детей с ЮРА, имеют множество неразрешенных психологических проблем и невротические расстройства [Гуслова М.Н., Стуре Т.К., 2003; Рамси Н. Харкорт Д., 2009]. Искажения социальной ситуации развития матерей, имеющих детей с ЮРА, проявляются в изменении социально-психологических условий жизни семьи, снижении качества жизни, что может стать источником формирования негативных личностных черт, дезадаптационных срывов и кризов.

Личностные особенности матерей, воспитывающих детей с ЮРА, в настоящее время исследованы недостаточно. В то же время эффективная реабилитация детей с ЮРА невозможна без участия родителей, главным образом матерей.

Цель данной работы – исследование личностных особенностей матерей, воспитывающих детей с ЮРА. Объект исследования составили матери детей с ЮРА в возрасте от 9 до 15 лет (42 человека). Контрольную группу составили матери (30 человек), воспитывающие здоровых детей того же возраста.

Материал и методы исследования.

Исследование проводилось на базе НИДОИ им. Г.И. Турнера. При обследовании матерей использовались следующие психодиагностические методики: анкета, опросник для определения качества жизни (SF-36), многофакторный личностный опросник Р. Кэттелла 16PF (версия А); опросник «Анализ семейных взаимоотношений»; методика изучения копинг-поведения Э. Хайма. Проводился сбор анамнестических данных, изучение историй болезни детей. Статистический метод обработки данных включал вычисление средних статистик, достоверность различий по критериям Стюдента, Фишера, корреляционный анализ.

Результаты исследования.

Сравнительный анализ социальной ситуации развития матерей, воспитывающих детей с ЮРА, и матерей здоровых детей показал, что социальные условия жизни семьи, имеющей ребенка с ЮРА, имеют особенности, которые проявляются в более низком уровне материальной обеспеченности и жилищных условий. В 1/3 случаев матери детей и подростков с ЮРА воспитывают их одни. В матерей детей/подростков с ЮРА ведущими стилями воспитания (по результатам методики АСВ) являются гиперпротекция с минимальным применением санкций, а также неустойчивое и неуверенное по отношению к детям поведение. У матерей детей с ЮРА наблюдается расширение сферы родительских чувств, что проявляется в преобладании потребности в исключительной привязанности, стремлении к чрезмерному контролю и приводит к изменению роли ребенка в семье. Отношение матерей к больным девочкам характеризуется меньшей эмоциональной вовлеченностью вплоть до полного эмоционального отвержения. Матери мальчиков в большей степени, чем родители больных девочек, испытывают фобию утраты, боязнь за здоровье ребенка, стремятся опекать его, удовлетворять все его желания.

Сравнительный анализ показателей качества жизни (по методике SF-36), выявил достоверные различия между группами матерей по шкале «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» ($p < 0,05$), по шкале «психическое здоровье» ($p < 0,05$), а также по шкале «социальное функционирование» ($p < 0,05$), что свидетельствует о значительном ограничении повседневной деятельности из-за субъективного ощущения ухудшения физического состояния у матерей детей/подростков с ЮРА. При этом была выявлена тенденция к понижению показателя по шкале «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» у матерей, воспитывающих детей/подростков с ЮРА. То есть у матерей больных детей чаще встречались депрессивные переживания, тревога, негативные эмоции преобладали над положительными.

Усредненный профиль личности матерей детей с ЮРА (по тесту Кеттелла) показал тенденцию к повышению показателей по факторам «В», «L» и «O». Полученные результаты свидетельствуют о достаточно высоких интеллектуальных возможностях, образованности матерей изучаемой группы. Повышение показателей по фактору «O» свидетельствует о преобладании у матерей, воспитывающих детей с ЮРА, тревожно-депрессивного фона настроения, склонности к гипотимии, чувству вины. Повышение профиля по шкале «L» указывает на склонность матерей, имеющих детей с ЮРА, к подозрительности, острому переживанию неудач, снижению настроения, тревожности, подозрительности и высокомерию. Выявленные личностные качества могут быть интерпретированы как предпочитаемый стиль защиты, разновидность компенсирующего поведения в условиях хронической психотравмирующей ситуации. Выявлена тенденция к снижению показателей по фактору «F», что может свидетельствовать о сдержанности, озабоченности, пессимистической оценке перспектив. Выявлена слабая тенденция к повышению оценок по факторам доминантности «E» и самоконтроля «Q3». При этом повышенный самоконтроль поведения и эмоциональных проявлений, склонность к доминантности в наибольшей степени способствуют формированию непоследовательности стилей воспитания, неадекватных родительских установок по отношению к больным детям.

Изучение поведенческих, когнитивных и эмоциональных копинг-стратегий матерей в условиях психотравмирующей ситуации проводилось с использованием методики Э. Хайма. Анализ полученных результатов показал, что наиболее предпочитаемой стратегией в стрессовых ситуациях среди матерей больных и здоровых детей является поведенческий копинг «отступление» (21% и 26% соответственно). Матери больных и здоровых детей также часто используют копинг-стратегию «отвлечение» (14% и 13%). Полученные результаты свидетельствуют о том, что в психотравмирующих ситуациях как у матерей больных, так и у матерей здоровых детей имеется широкий набор поведенческих стратегий. Самым популярной среди когнитивных стратегий совладания у матерей, воспитывающих детей с ЮРА, оказалась стратегия «сохранение самообладания», что является адаптивным вариантом реагирования (17%). Матери больных детей чаще используют

относительно адаптивные когнитивные копинги: «религиозность» (14%) и «придание смысла» (13%) – типы совладания, связанные с самосовершенствованием и проверкой стойкости духа. Матери детей с ЮРА реже, чем матери здоровых детей, используют адаптивную стратегию «эмоциональная разрядка» ($p < 0,05$) и чаще неадаптивную стратегию «самообвинение» ($p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о трудностях в отреагировании эмоционального напряжения, сниженной способности открыто выражать свои чувства у матерей детей с ЮРА, об их склонности испытывать чувство вины в связи с наличием тяжелого заболевания у ребенка, требующего сложного лечения, эмоциональных и физических затрат от членов их семей. При этом репертуар защитных стратегий шире у матерей, имеющих детей с ЮРА. Выбор поведенческих стратегий матерей, имеющих детей с ЮРА, указывает на их доминирующую позицию в психотравмирующей ситуации, направленную на избегание неуспеха, подавление негативных эмоциональных переживаний.

Заключение

Болезнь ребенка является мощным стрессором, может изменить социальную ситуацию развития его матери. Искажения социальной ситуации развития матерей, имеющих детей с ЮРА, проявляются в изменении социально-психологических условий жизни семьи, снижении качества жизни, формировании дисгармоничных стилей воспитания и родительских установок. В этих условиях возможно формирование психологических новообразований, представляющих собой негативные личностные черты, проявляющиеся в склонности к острому переживанию неудач, тревожности, пессимистической оценке перспектив и представляющие собой факторы риска по развитию дезадаптивных расстройств в условиях хронической психотравмирующей ситуации.

Репертуар стратегий совладания со стрессом у матерей, имеющих детей с ЮРА, включает в себя стратегии, направленные на когнитивную переработку имеющихся проблем, а также избегание неуспеха, подавление негативных эмоциональных переживаний. Выявленные эмоциональные особенности, сочетающиеся с защитными поведенческими стратегиями по типу избегания неуспеха и подавления эмоций, могут являться фактором риска для возникновения дезадаптивных расстройств и представлять собой цель для психокоррекционного вмешательства.

Выводы

1. Искажения социальной ситуации развития матерей, имеющих детей с ЮРА, проявляются в негативных социально-психологических характеристиках, снижении удовлетворенности различными аспектами жизни, дисгармоничных семейных взаимоотношениях.
2. Специфика личностных характеристик матерей, воспитывающих детей с ЮРА, проявляется в остром переживании неудач, пессимистической оценке перспектив, сниженном настроении, тревожности, а также в защитном

поведении в условиях хронической психотравмирующей ситуации в связи с болезнью ребенка.

3. Матери, имеющие детей с ЮРА, в психотравмирующей ситуации используют широкий репертуар адаптивных и неадаптивных копинг-стратегий, ориентированных преимущественно на избегание неуспеха, подавление негативных эмоциональных переживаний.

4. Эмоциональные особенности матерей, воспитывающих детей с ЮРА, сочетающиеся с защитными поведенческими стратегиями по типу избегания неуспеха и подавления эмоций, могут являться фактором риска для возникновения дезадаптивных расстройств и представлять собой цель для психокоррекционного вмешательства.

Список литературы

1. Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья. – СПб.: Речь, 2007. –307 с.
2. Гиллберг К., Хеллгрэн Л. (ред.) Психиатрия детского и подросткового возраста. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 524 с.
3. Гуслова М.Н., Стуре Т.К. Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей-инвалидов // Дефектология. 2003. №3. С. 28-31.
4. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. – М.: Изд-во МГУ, 1980. – 169 с.
5. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста: Учебник для вузов. – СПб.: СпецЛит, 2001. – 463 с.
6. Лукьянова Е.М., Омельченко Л.И. (ред.) Ревматоидный артрит у детей. Современные аспекты патогенеза, клиники, диагностики и лечения. – Киев: Книга-плюс, 2002. – 176 с.
7. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. – СПб.: СПбГУ, 2000. – 168 с.
8. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: МГУ, 1987. – 167 с.
9. Рамси Н. Харкорт Д. Психология внешности. – СПб.: Питер, 2009. – 265 с.

Формирование отношения к болезни при алкогольной зависимости

Е. А. Трифонова, А. В. Яровинская

Введение

В настоящее время исследования, посвященные изучению медико-психологического аспекта проблемы алкогольной зависимости, становятся особенно актуальными. В России алкоголь является наиболее популярным и распространенным психоактивным веществом, а алкоголизм остается доминирующим наркологическим заболеванием [Кошкина Е.А. с соавт., 2008]. В возникновении и развитии хронического алкоголизма важная роль отводится многим биологическим, психологическим и социальным факторам [Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д., 2002]. При этом личностные особенности пациентов, отношение к болезни в системе личностных отношений, остаются значимыми на любом этапе течения болезни, оказывают существенное влияние на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий [Дунаев А.Г.,

2006]. Отношение к болезни играет весьма важную роль в клинической динамике алкоголизма, во многом определяя прогноз заболевания. Большинство исследователей сходятся во мнении, что центральной задачей патогенетической психотерапии при алкоголизме является коррекция неадекватного отношения больного к своему состоянию – тенденции к отрицанию или недооценке значимости заболевания, определяющей трудности формирования мотивации к трезвости, повышенный риск рецидивов и общую резистентность к противоалкогольному лечению [Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б., 1993; Ключкова Л.В., 1993; Поляк О.Б., 2009].

В настоящее время патогенетические механизмы формирования и поддержания неадекватного отношения к болезни при алкоголизме остаются недостаточно изученными. Некоторые авторы считают анозогностические тенденции в структуре отношения к болезни проявлением психоорганического синдрома [Rinn W. et al., 2002], развивающегося в динамике алкогольной болезни, другие связывают их с центральными психопатологическими образованиями в рамках аддиктивного расстройства, с аффективными нарушениями, личностными изменениями и сопутствующей психической патологией [Чирко В.В., Демина М.В., 2002].

Значительное внимание к отношению к болезни при алкоголизме уделяется в медико-психологических исследованиях, где подчеркивается роль в ее формировании особенностей самосознания больного, его мотивационной сферы, социальных факторов, преморбидных личностных особенностей, механизмов психологической защиты и неадаптивных способов совладания со стрессом [Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б., 1993; Ключкова Л.В., 1993; Трусова А.В., 2005; Дунаев А.Г., 2006; Поляк О.Б., 2009].

Вместе с тем следует подчеркнуть, что в современной литературе все же преобладает клиническая точка зрения на отношение к болезни при алкоголизме, предполагающая интерпретацию анозогнозии у больных как относительно простого клинического феномена (наличие / отсутствие критики, наличие / отсутствие мотивации к трезвости). Такое «одномерное» понимание алкогольной анозогнозии значительно ограничивает возможности выявления психологических механизмов и психологического содержания этого феномена.

Кроме того, недостаточно изучены закономерности изменения отношения к болезни в клинической динамике алкогольной зависимости, роль психологических факторов в формировании неадекватного отношения к болезни на разных этапах болезни.

Вышеизложенное свидетельствует о необходимости рассмотрения отношения к болезни при алкогольной зависимости в широком контексте системы отношений личности, с учетом особенностей личностного реагирования на различные аспекты заболевания в его клинической динамике.

Такое исследование позволило бы обосновать дифференцированный подход к психологической коррекции на разных этапах болезни с целью повышения эффективности профилактики рецидивов и формирования стойкой ремиссии.

Материал и методы исследования

В рамках комплексного медико-психологического исследования было обследовано 68 человек в возрасте 24-60 лет, больные хроническим алкоголизмом 1 и 2 стадии (по критериям МКБ-10).

Группу больных с алкогольной зависимостью 1 стадии составили 25 человек (15 мужчин и 10 женщин в возрасте от 24 до 60 лет). Алкогольная зависимость была выявлена в ходе скринингового обследования. Стаж активного употребления составил от 2 до 8 лет при общем стаже употребления от 3 до 24 лет, форма алкоголизации – преимущественно систематическая и периодическая.

В группу больных с алкогольной зависимостью 2 стадии вошли 43 человека (10 женщин и 33 мужчины в возрасте от 26 до 59 лет), проходившие детоксикационное лечение в медицинском центре «Бехтерев». 49% обследованных госпитализировались впервые, 51% имели от одной до 14 госпитализаций в анамнезе. Стаж активного употребления алкоголя у обследованных составил от 5 до 40 лет, форма алкоголизации – преимущественно запойно-периодическая и систематическая. Психологическое обследование проводилось на четвертый-пятый день пребывания в клинике, после снятия симптомов интоксикации.

Больные обследованных групп достоверно не различались по уровню образования. В обеих группах преобладали лица со средним и средне-специальным образованием (64% больных с первой стадией алкоголизма и 57% больных с алкоголизмом второй стадии).

Группы также достоверно не различались по семейному положению и характеру профессиональной занятости. В первой группе 32% больных не состояли в браке, 24% состояли в браке, 24% были в разводе. Во 2 группе 46% состояли в браке, 25% были разведены и 16% холосты. По характеру трудовой деятельности в 1 и 2 группе преобладали лица, занимающиеся физическим трудом (48% и 35%, соответственно), и служащие (25% и 23%). Средний возраст и уровень дохода во второй группе был несколько выше ($p < 0,05$). Различия в уровне дохода, по-видимому, объясняются особенностями контингента больных, обращающихся в коммерческие наркологические центры.

Для оценки ведущих тенденций в структуре отношения к болезни при алкогольной зависимости была использована оригинальная методика. Методика разрабатывалась специалистами – клиническими психологами, врачами-наркологами и врачами-психиатрами, которым предлагалось смоделировать утверждения лиц с алкогольной зависимостью, в разной степени осознающих болезненность своего состояния (отдельных проявлений зависимости) и тяжесть его последствий. Для раскрытия понятия алкогольной зависимости были проанализированы диагностические критерии этого расстройства (F10.2) по МКБ-10, которые были дополнены различными аспектами социальных последствий алкоголизма. Основу для рассмотрения отношения к болезни составили следующие 12 шкал:

1. Отношение к болезни в целом
2. Отношение к непреодолимой тяге к алкоголю
3. Отношение к невозможности контролировать дозу алкоголя и рецидивам
4. Отношение к абстинентному синдрому
5. Отношение к изменению толерантности
6. Отношение к соматическим последствиям алкоголизма
7. Отношение к социальным последствиям алкоголизма
8. Отношение к трезвости и отказу от алкоголя
9. Отношение к лечению
10. Отношение к врачам
11. Отношение к семье
12. Отношение к будущему

Для каждой из шкал экспертами были разработаны по девять утверждений, отражающих определенное отношение к соответствующему аспекту заболевания, разную степень осознания алкогольной зависимости и разную модальность аффективной реакции на нее.

Выделялись следующие категории утверждений:

- Анозогностические (например, «Я не считаю себя больным», «Я могу сам контролировать, когда пить, а когда нет», «Алкоголь не мешает мне работать, общаться, добиваться в жизни того, что для меня важно»).
- Адекватные, отражающие правильное понимание больным своей зависимости (например, «Я считаю себя больным алкоголизмом», «Мое будущее во многом зависит от того, смогу ли я отказаться от алкоголя», «Мне крайне сложно сопротивляться желанию выпить»).
- Аффективно окрашенные, отражающие интенсивную эмоциональную реакцию больного на проявления аддикции и невозможности противостоять ей (например, «Меня злит, что я почти полностью потерял независимость из-за алкоголя», «Я уже потерял/а надежду вылечиться», «Меня пугает, что при всей моей решимости не пить, я срываюсь»).

Испытуемому предлагается выбрать из каждой таблицы-шкалы по два утверждения, наиболее точно характеризующих его представления, переживания, актуальное состояние, установки и т.п.

Для уточнения психологических и социально-психологических механизмов формирования отношения к болезни в клинической динамике алкогольной зависимости использовались также:

- Беседа
- Стандартизированные опросники:
 - Торонтская алекситимическая шкала (ТАШ) [Ересько Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. с соавт, 2005] для оценки уровня алекситимии, отражающей способность к саморефлексии, осознанию и вербализации эмоциональных состояний.
 - Опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) [Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткин А.М. 1984] для оценки субъективных представлений о возможности результативного влияния на различные сферы жизнедеятельности.

Математико-статистический анализ данных осуществлялся с использованием частотного анализа, непараметрического U-критерия Манна-Уитни, критерия Хи-квадрат.

Результаты исследования

В ходе беседы большинство обследованных указывали на свое понимание того, что они неумеренны в употреблении алкоголя. При этом больные с алкоголизмом 1 стадии нередко стремились подчеркнуть ситуативный характер употребления, объяснить его сложными жизненными условиями, влиянием группы (необходимостью поддерживать компанию), конфликтами в семье или на работе. Мотивом употребления алкоголя у этих больных выступали желание улучшить эмоциональное состояние («поднять настроение»), достичь большего раскрепощения и непринужденности. Большинство больных признавали проблемность своего состояния и поведения, влияние его на взаимоотношения с окружающими, однако только один человек признал его болезненным. Негативные переживания больных концентрировались преимущественно вокруг трудностей в межличностных отношениях, неудовлетворенности условиями труда и уровнем дохода. Самостоятельно жалобы на зависимость не предъявлялись. Большинство больных были убеждены в своей способности контролировать условия употребления и дозу алкоголя.

В отличие от больных первой группы, больные с алкогольной зависимостью 2 стадии существенно чаще определяли проблемы с употреблением алкоголя как наиболее значимые, обуславливающие остальные трудности в их жизни. Большинство больных соглашались с тем, что зашли в употреблении алкоголя слишком далеко и что последствия этого неблагоприятны. Признанию проблематичности употребления, безусловно, способствовали обстоятельства, в которых проводилось исследование (детоксикационное лечение), у больных с повторной госпитализацией – сама ситуация рецидива. При активном расспросе больные были готовы признать трудности в контроле дозы алкоголя, однако высказывания относительно болезни и лечения концентрировались вокруг собственно их самочувствия с частичным признанием его болезненности, в основном за счет тяжелых симптомов пережитой интоксикации.

Результаты использования разработанной методики для исследования отношения к болезни подтвердили данные наблюдений и беседы. В сравнительный анализ были включены те утверждения, частота выбора которых составляла не менее 5 хотя бы в одной из групп.

При сравнительном анализе частот выбора было установлено, что больные из 1 группы достоверно чаще выбирают анозогностические утверждения, характеризующие отношение к:

- болезни в целом,
- тяге к алкоголю,
- невозможности контролировать дозу алкоголя,
- абстинентному синдрому,
- соматическим последствиям алкоголя,

- социальным последствиям алкоголизма,
- врачам.

Больные со второй стадией алкоголизма достоверно чаще выбирают адекватные утверждения, однако этот выбор, как правило, сочетается с выбором анозогностических утверждений, формируя картину противоречивого отношения к различным аспектам болезни.

По отношению к болезни в целом наибольшее сходство отмечается в тенденции оправдывать болезненное поведение («Употребление алкоголя – просто одна из моих слабостей»: 32% больных 1 стадии и 28% больных 2 стадии). При этом 80% больных первой группы подчеркивают, что не больны («Я не считаю себя больным»), а у 48% отмечается рационализация («Я бы бросил пить, если бы было ради чего»). Больные 2 группы, однако, достоверно чаще выбирают утверждения, свидетельствующие об осознании своего болезненного состояния («Я чувствую свою зависимость от алкоголя» – 49%, «Я считаю себя больным алкоголизмом» – 23 %).

Лишь треть больных в обеих группах признают наличие тяги к алкоголю, которую они не способны контролировать. Само по себе влечение к алкоголю плохо осознается больными, идентифицируется преимущественно через эмоциональное напряжение. При этом большинство больных 1 группы уверены, что их выбор в пользу алкоголя является сознательным и контролируемым («В основном я пью только тогда, когда считаю необходимым» 72% по сравнению с 23% больных 2 группы). Больные же 2 группы в большей степени признают невозможность контролировать свое поведение при употреблении алкоголя («Я понимаю, что поскольку я не умею вовремя останавливаться, мне противопоказаны даже небольшие дозы алкоголя» 46% в группе 2 и 12% в группе 1). Осознание неподконтрольности отчасти распространяется у больных и на оценку абстинентного состояния («Я всегда помню, что у меня опохмеление – это начало запоя» 37%), однако сочетается с попытками «нормализации»: 30% больных 2 группы отмечают, что «Потребность в опохмелении – это нормально и характерно для многих людей». Еще в меньшей степени осознают болезненность абстинентного синдрома больные 1 группы – 92% утверждают, что потребность в опохмелении характерна и для здоровых людей.

Больные обеих групп преимущественно не следят за дозой употребляемого алкоголя, однако больные со 2 стадией алкоголизма готовы признать ее чрезмерность («Меня самого пугает, как много я пью» – 32,5%). Треть больных в обеих группах отмечают снижение удовольствия от опьянения.

Большинство больных с 1 стадией алкоголизма не ощущает разрушительного влияния алкоголя на организм («Алкоголь – не самое большое зло для организма, есть вещи намного более вредные» – 84%). Это отличает их от больных со 2 стадией, которые признают ухудшение здоровья и наличие соматических заболеваний именно в связи с чрезмерным употреблением алкоголя.

Для больных со 2 стадией также более очевидны социальные последствия алкоголизации («Алкоголь ставит под угрозу мое материальное положение, социальный статус, отношения с окружающими» 58% по сравнению с 24 % в группе 1, «Я могу понять тех, кому из-за моей выпивки трудно испытывать ко мне расположение» – 46% по сравнению с 12%). Большинство же больных 1 группы не считают свое поведение проблемой для окружающих и склонны к конфликтному реагированию на реакцию социального окружения (утверждение «Я не обязан приспособляться к тем, кому не нравится, что я пью» выбрали 68% в первой группе в сравнении с 19% – во второй).

Необходимость полной трезвости и отказа от алкоголя неприемлема для 76% в первой группе («Полный отказ от алкоголя – это для меня слишком»). Во второй группе осознают необходимость полной трезвости только 39% («Единственный выход для меня – полная трезвость»), треть отмечает невыполнимость для себя этой меры.

Характерно, что при этом больные формально признают свою ответственность в лечебном процессе («Врачи делают все от них зависящее, чтобы помочь мне, все остальное в моей власти» – 63%). Даже на 2 стадии алкоголизма, находясь на детоксикационном лечении, 28% утверждают, что не нуждаются во врачебной помощи; категорически отказываются от нее 80% больных с 1 стадией алкогольной зависимости. Нереалистичность и недооценку серьезности ситуации больными иллюстрирует их предпочтение утверждения «У меня на будущее большие планы» (50% 1 группы и 35% 2 группы) в блоке отношения к будущему. Особенно противоречиво восприятие будущего у больных с 2 стадией алкоголизма, строящих большие планы при признании неспособности к трезвому образу жизни.

Полученные результаты позволяют предположить, что отношение к болезни изменяется в клинической динамике алкогольной зависимости. Особенно это проявляется в отношении к абстинентному синдрому, отношению к соматическим последствиям алкоголизма, отношению к врачам и к болезни в целом. Если у больных с 1 стадией алкоголизма отмечается отрицание болезненности своего состояния, то для больных алкоголизмом 2 стадии характерна выраженная противоречивость отношения к своему состоянию и поведению, что проявляется в игнорировании отдельных проявлений болезни при заостренно аффективных реакциях на свою неспособность контроля употребления алкоголя, в признании влияния алкоголя на свою жизнь при несформированности мотивации к изменению образа жизни.

Для уточнения психологических факторов формирования отношения к болезни у обследованных групп использовались методики оценки алекситимии и уровня субъективного контроля.

При сравнении групп по результатам опросника ТАШ статистически значимых различий в уровне алекситимии не выявлено, однако у больных обеих групп были получены повышенные показатели. Это позволяет предположить, что больные испытывают трудности в саморефлексии, осознании и вербализации своих переживаний. Выявленные особенности могут частично объяснять не критичность к своему состоянию, непонимание

действительных мотивов употребления алкоголя, искажения в представлениях о заболевании. Алекситимия, по-видимому, может рассматриваться как общий фактор, определяющий неадекватное отношение больных к своему состоянию и поведению.

К специфическим факторам, участвующим в формировании неадекватного отношения к болезни у больных с 1 и 2 стадией алкоголизма, можно отнести установки в отношении контролируемости различных аспектов жизни – уровень субъективного контроля. Как показал сравнительный анализ результатов применения опросника УСК, больные с 1 стадией алкоголизма характеризуются достоверно более низким уровнем субъективного контроля в области достижений и неудач, производственных, семейных и межличностных отношений, в отношении здоровья и болезни ($p < 0,05$).

По-видимому, у больных 1 стадии низкий уровень субъективного контроля ведет к снижению эффективности в преодолении проблем и в конечном итоге снижению самоуважения и самооценки. Перенос ответственности на судьбу и ближайшее окружение позволяет избежать чувства вины и признания необходимости изменить свое поведение. Можно предположить, что низкий уровень субъективного контроля выступает как один из аспектов защитного отрицания у больных на первой стадии.

Роль установок в отношении контролируемости-неконтролируемости событий собственной жизни на второй стадии алкоголизма оказывается менее значимой. Сформировавшиеся стереотипы поведения и физическая зависимость больных затрудняют отказ от алкоголя даже при высоком уровне интернальности. Привычное восприятие событий как подконтрольных сталкивается у больных на 2 стадии с объективными фактами неспособности к самообладанию, что формирует внутренне противоречивое отношение к болезни.

Выводы

- У больных на 1 стадии алкоголизма преобладает отношение к болезни по типу полного отрицания, которое поддерживается когнитивными установками о неконтролируемости событий собственной жизни, имеющими характер психологической защиты.
- У больных алкоголизмом 2 стадии нарушенное осознание болезни проявляется в противоречивости, несогласованности и искаженности представлений о заболевании, его отдельных проявлениях и последствиях, что определяет недостаточную сформированность и неустойчивость мотивации к трезвости.
- В обеих группах важную роль в формировании неадекватного отношения к болезни играет ограниченная способность к саморефлексии, пониманию и вербализации эмоционального состояния, мотивов и побуждений.

Список литературы

1. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Методы исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал. 1984. Т.5. № 3. С. 152-161.

2. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Отношение к болезни, алкогольная анозогнозия и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 1993. №2. С. 13-21.
3. Дунаев А.Г. Индивидуально-психологические особенности личности больных хроническим алкоголизмом с различной длительностью психотерапевтической ремиссии. Дисс...канд. психол. наук. – Ростов-на-Дону, 2006. – 151 с.
4. Ерьсько Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д., Карпова Э.Б., Корепанова Т.Г., Крылова Г.С., Тархан А.У., Чехлатый Е.И., Шифрин В.Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: пособие для психологов и врачей. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 25 с.
5. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость. Формирование, течение, противорецидивная терапия. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. – 192 с.
6. Клочкова Л.В. Клинико-психологические особенности самосознания больных алкоголизмом. Автореф...канд. психол. наук. – СПб., 1993. – 24 с.
7. Кошкина Е.А., Спектор Ш.И., Сенцов В.Г., Богданов С.И. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма. – М.: ПЕР СЭ., 2008. – 287 с.
8. Поляк О.Б. Критика к заболеванию и терапевтическая мотивация в структуре отношения к болезни при опиоидных наркоманиях. Автореф... канд. психол. наук. – СПб., 2009. – 23 с.
9. Трусова А.В. Применение техники репертуарных решеток в психодиагностике больных с алкогольной зависимостью // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2005. №2. С. 12-16.
10. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии (наркомания и токсикомания: клиника, течение, терапия). – М: Медпрактика-М, 2002. – 240 с.
11. Rinn W., Desai N., Rosenblatt H., Gastfriend D.R. Addiction Denial and Cognitive Dysfunction A Preliminary Investigation // *J. Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2002. V.14. P. 52-57.

Психологические ресурсы в профилактике рецидивов при онкологических заболеваниях¹⁴

Н. В. Финагентова

Введение

Изучение психологических особенностей онкологических больных является составляющей нового направления психосоматики – психоонкологии, начавшей развиваться во второй половине 20 века [Давыдов М.И., 2007; Levin T., Kissan W., 2007]. К настоящему времени накоплен значительный объем данных о факторах, связанных с повышенным риском и неблагоприятным течением онкологических заболеваний. Исследовались особенности влияния болезни на психическую деятельность человека, характер личностного реагирования на болезнь, специфика совладающего со стрессом поведения у больных [Тхостов А.Ш., 1980; Гнездилов А.В., 2001; Чулкова В.А., Моисеенко В.М., 2009; Greer S. et al., 1994; Petticrew M. et al, 2002].

¹⁴ Материалы диссертационного исследования Н.В. Финагентовой «Психологические ресурсы в профилактике рецидивов при онкологических заболеваниях» (2010). Научный руководитель проф. С.А. Кулаков.

Вместе с тем сохраняют свою актуальность проблемы, связанные с социально-психологическими аспектами адаптации к болезни, поскольку именно от характера адаптации во многом зависит качество жизни больных и медицинский прогноз. Изучение психологических факторов адаптации позволило бы научно обосновать методы психологического сопровождения больных в системе лечебных и реабилитационных мероприятий.

Вышеизложенное определило цель настоящего исследования, которая заключается в выявлении психологических факторов, способствующих психологической адаптации к ситуации болезни у больных онкологическими заболеваниями. Для достижения указанной цели были изучены: актуальная жизненная ситуация больных, эмоциональное состояние, особенности личностной реакции на заболевание, стратегии совладания, социальная поддержка, а также социально-личностные компетенции (СЛК), которые определяются как совокупность способностей, знаний, умений и навыков, сформированных в течение жизни и отвечающих за отношение человека к актуальным жизненным ситуациям [Ананьев В.А., 2006; Васильев М.А., 2007].

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 75 онкологических больных, проходивших лечение в Российской национальной центре радиологии и хирургических технологий в 2007-2008 годах. Были обследованы 51 больной с раком предстательной железы, 15 больных с раком мочевого пузыря, 8 больных – с другой локализацией опухолевого процесса. Средний возраст больных составил 62,7 лет (от 49 до 70 лет). Пациенты с ранними (1-2) стадиями заболевания составили 38,6%, с поздними (3-4) – 61,3%. Почти у половины принявших участие в исследовании пациентов (48 %) заболевание было диагностировано до полугода назад, у 12% – более 5 лет, у 40% – от полугода до 5 лет.

Методы исследования включали клинико-биографический метод, изучение медицинских карт, социально-психологическую анкету, комплекс экспериментально-психологических методик: шкалу личностной тревожности Спилбергера, опросник депрессивности Бека, методику диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана, опросник социальной поддержки (F-SOZU-22), опросник «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» [Крюкова Т.Л., 2005], мультимодальный интегративный опросник (МИО) [Ананьев В.А., 2006; Васильев М.А., 2007; Кулаков С.А., 2008, 2009]. В ходе исследования также анализировались результаты включенного наблюдения эмоционального фона и тонуса больных, жалобы, особенности взаимодействия больных с окружающими и медицинским персоналом.

Аналитический этап включал выделение, описание и сравнение четырех групп пациентов с разным отношением к болезни (на основе наблюдений, интервью и экспертных оценок врачей) и двух групп пациентов с благоприятным и неблагоприятным сочетанием клинических показателей (на основе факторного анализа). Математико-статистические методы включали анализ различий с использованием непараметрических критериев (критерия

Фишера ϕ^* , и U-критерия Манна-Уитни), корреляционный анализ с применением коэффициента ранговой корреляции Спирмена, факторный анализ (метод главных компонент с Varimax – вращением).

Результаты исследования

Результаты наблюдений и психометрического исследования эмоционального состояния пациентов показали у значительной части пациентов выраженное снижение настроения и активности, проявления раздражительности, выразившиеся в жалобах на условия больницы, соседей по палате и др. Многие больные выказывали озабоченность возможными последствиями заболевания и лечения, влиянием заболевания на сферу интимных отношений. Повышенный уровень личностной тревожности выявлялся у 41%, а повышенный уровень депрессивных проявлений – у 12% обследованных больных. Из всех обследованных 35% считали, что стресс оказал влияние на состояние здоровья. Прослеживалась взаимосвязь эмоционального состояния и жизненной ситуации пациентов: у больных, отмечавших стрессовые события до болезни, настроение чаще оказывалось сниженным, достоверно выше были показатели по шкале депрессии Бека.

Вместе с тем более трети пациентов при помещении в клинику и прохождении лечения испытывали чувство удовлетворения и надежды на улучшение, что, возможно, связано с преодолением трудностей диагностического этапа, поскольку у 48% больных заболевание было диагностировано не более полугода назад и они проходили лечение впервые.

На основе эмоциональных, интеллектуальных и поведенческих проявлений личностного реагирования на заболевание были выделены четыре варианта отношения к заболеванию:

- тревожно-пассивное отношение (18,7% больных), связанное с колебаниями и зависимостью настроения от соматического состояния и поведения окружающих, переживанием беспомощности и незащитности в связи с болезнью;
- тревожно-активное (16% больных), характеризующееся эмоциональной напряженностью, активным поиском информации о заболевании и методах лечения, избирательным выполнением медицинских рекомендаций, сложностями в отношениях с окружающими;
- пассивно-пессимистическое (12% больных), связанное с подавленным настроением, восприятием заболевания как непреодолимого, отсрочиванием начала лечения и ограничением сферы социальных контактов;
- рациональное (53,3% больных), наиболее благоприятное, с адекватными представлениями о характере и причинах заболевания, умеренно выраженным беспокойством в связи с болезнью, надеждой на благоприятный исход, посильным сохранением физической и социальной активности. Среди больных этой группы оказалось 25% пациентов с недавно диагностированным на раннем сроке заболеванием, что больше, чем в других группах, и 15% пациентов с наиболее длительными сроками заболевания (в среднем 6,5 лет).

Анализ адаптационных стратегий и ресурсов преодоления стресса болезни показал, что в целом больные характеризуются сниженным уровнем активности, ограниченным репертуаром стратегий совладания, недостаточной сформированностью социально-личностных компетенций (преимущественно «телесного», «творческого», «духовного» и «социального» потенциалов), неудовлетворенностью социальной поддержкой. При этом пациенты в большей мере были фрустрированы социально-экономическими обстоятельствами жизни по сравнению со сферой межличностных отношений (с супругой, коллегами и т.д.). У больных с рецидивами и высоким уровнем депрессивности определялся более ограниченный репертуар совладающего поведения. Более благоприятным оказалось эмоциональное состояние больных, считавших, что они могут влиять на течение заболевания. Выявилась взаимосвязь длительности заболевания и установки на сохранение здоровья: длительно болеющие пациенты чаще делали утреннюю гимнастику, активно проводили свободное время и выше оценивали социальную поддержку.

Для систематизации данных, сокращения количества переменных и выделения факторов, связанных с течением болезни, данные анамнеза, факторов риска и образа жизни, а также медицинские показатели были подвергнуты процедуре факторного анализа с использованием Varimax-вращения. В результате были получены 6 факторов: «клинические характеристики болезни» (вес фактора 6,29, % дисп. 10,32), «характеристики образа жизни» (вес фактора 4,88, % дисп. 8,01), «локализации процесса» (вес 4,6 % дисп. 7,54), «возраст и насыщенность жизни стрессовыми событиями» (вес 4,0; % дисп. 6,56), «сопутствующие заболевания» (вес 4,0; % дисп. 6,55), «социальные характеристики» (3,86; % дисп. 6,32).

На основании первого фактора были выделены две клинические группы: с неблагоприятным течением болезни ($n = 23$) и с преимущественно благоприятным течением и прогнозом ($n = 33$), проанализировано соотношение психологических ресурсов при разном течении болезни. В группу с благоприятными клиническими показателями вошли 66,7% пациентов с недавно диагностированным заболеванием и 9% – длительно болеющих, тогда как в группе с неблагоприятным течением у 43% заболевание было выявлено недавно, а длительно болеющих оказалось 30 %. При этом средняя длительность заболевания в группе с благоприятным течением составила 9 лет, а с неблагоприятным – 3,6 года. У больных с благоприятным течением болезни достоверно чаще отмечался рациональный тип отношения к заболеванию, среди них оказалось больше пациентов с отсутствием симптомов депрессии ($p \leq 0,05$).

Между группами с различными клиническими показателями обнаружались также статистически значимые различия в уровне социально-личностных компетенций (СЛК) по шкале ответственности (Д4) и по отдельным смысловым компонентам (О2, Ч1, Ч2, Ч3, Т1, Д3 при $p \leq 0,05$), что свидетельствует о более высоком уровне самооценки СЛК пациентами с благоприятными клиническими показателями. Корреляционный анализ выявил,

что пациенты с благоприятными клиническими показателями используют более широкий спектр стратегий совладания со стрессом.

Анализ адаптационных стратегий и ресурсов показал, что статистически значимые различия в совладающем поведении, уровне социальной фрустрированности (УСФ) и социальной поддержки обнаруживаются преимущественно в группах пациентов с разным отношением к болезни и немногочисленны в группах с различными клиническими показателями. Это подчеркивает связь оценки пациентами своих социальных и личностных ресурсов с характером отношения к болезни.

Самые низкие показатели всех видов социальной поддержки и уровня включенности в социальные взаимодействия оказались у пациентов с пассивно-пессимистическим отношением. Самый высокий итоговый показатель социальной поддержки определялся у пациентов с тревожно-пассивным отношением. Результаты сравнения уровня социальной фрустрированности показали, что отношениями с окружающими в наименьшей степени удовлетворены пациенты с тревожно-активным отношением, тогда как больные с тревожно-пассивным отношением чаще высоко оценивали удовлетворенность межличностными отношениями. Уровень копинг-стратегий оказался ниже всего в группе с пассивно-пессимистическим отношением, а наиболее высокие показатели проблемно-ориентированного копинга выявлялись у больных с рациональным отношением.

Заключение

Проведенное исследование показало, что наиболее благоприятным для преодоления стресса заболевания является сочетание активной жизненной позиции, в том числе в отношении к здоровью, и ранней диагностики заболевания. Опираясь на синергетическую схему развития онкологического заболевания, предложенную С.А. Кулаковым [2009], и учитывая полученные в результате исследования данные, можно определить содержание психологических ресурсов на этапе развернутой клинической картины. По мере прогрессирования заболевания и снижения функциональных возможностей организма растет влияние соматического состояния на психологическую и социальную сферы, что проявляется в эмоциональных изменениях, снижении активности во всех сферах жизни, уменьшении чувства контроля над ситуацией. Это способствует развитию чувства беспомощности, что характеризует снижение психологических ресурсов.

Прогноз при своевременно обнаруженном заболевании во многом зависит от исходных ресурсов пациента, сформировавшихся в процессе жизни способов поведения в проблемных ситуациях. Как показало исследование, убежденность в возможности влиять на свое здоровье, признание необходимости изменяться и самосовершенствоваться проявляется на поведенческом уровне в активном совладающем поведении. Такая установка способствует сохранению физической и социальной активности и включенности в социальные взаимодействия. Выявилось также, что по мере снижения уровня ресурсов пациента (например, в случаях поздно

диагностированного заболевания) возрастает значение такого фактора, как уровень образования, а также уровень развития СЛК.

Таким образом, в исследовании подтвердилась отмечавшаяся отечественными и зарубежными авторами связь активной жизненной позиции пациента с характером течения онкологического заболевания. Обобщение полученных результатов показывает, что неблагоприятной является стратегия адаптации, проявляющаяся в замкнутости психологического контура регуляции, снижении интереса к внешнему миру и эгоцентризме. И наоборот, наличие и создание социальных связей, проявление активности, направленной к окружающему миру, свидетельствует о том, что система открыта и продолжает развиваться.

Таким образом, гипотеза о том, что качество психологической адаптации личности к ситуации онкологического заболевания определяется актуальным уровнем социально-психологических компетенций и особенностями совладающего со стрессом поведения, подтвердилась.

Выводы

1. Психическое состояние больных с онкологической патологией характеризуется снижением настроения и активности в сочетании с тревожным напряжением, связанным с низким контролем над болезнью, ее рецидивирующим характером и неопределенностью прогноза. При неблагоприятном течении болезни отмечается преимущественно угнетенное настроение, сопряженное с переживанием безнадежности. Характер эмоционального реагирования на заболевание (диагноз, рецидив) определяется как клиническими характеристиками болезни, так и особенностями сформировавшейся системы отношений личности больного.
2. Для больных онкологическими заболеваниями характерен ограниченный репертуар совладающего со стрессом поведения, пониженный уровень социально-личностных компетенций, особенно в сфере телесности, социальной активности, креативности и ценностного (духовного) осмысления действительности, а также низкий уровень удовлетворенности социальной поддержкой, что затрудняет психологическую адаптацию к ситуации жизнеугрожающего заболевания. Уровень развития социально-личностных компетенций связан со способностью больного пользоваться социальной поддержкой в преодолении болезни.
3. Социальная активность и активность больного в совладании со стрессом, более высокий уровень образования и удовлетворенность профессиональной деятельностью связаны с более благоприятным вариантом течения заболевания даже при его диагностировании на поздних стадиях. Указанные характеристики, определяемые как результат сочетания личностных установок и поведения, могут участвовать в формировании отношения к здоровью и к заболеванию, а также выступать в качестве ресурса в преодолении его рецидивов.

4. Характер личностного реагирования больных на заболевание (диагноз, рецидив болезни) зависит от преобладающих представлений, эмоциональных переживаний и поведенческих установок и может принимать форму адекватного (рационального), тревожно-активного, тревожно-пассивного, пассивно-пессимистического отношения.

5. Наиболее выраженные нарушения психической и социальной адаптации в связи с болезнью выявляются у больных с пассивно-пессимистическим отношением к болезни, для которых характерны низкая фрустрационная толерантность (актуально и в анамнезе), трудности в обращении к социальным ресурсам для преодоления стресса болезни, ее более тяжелое течение, установление диагноза онкологического заболевания на более поздних стадиях. Психологические ресурсы больных существенно ограничены, что обуславливает необходимость их целенаправленного формирования в процессе психологического сопровождения лечебного процесса.

6. Наиболее высокий уровень психологических ресурсов в преодолении болезни выявляется у больных с рациональным типом личностного реагирования на заболевание. Опорой в психологическом сопровождении лечебного процесса могут выступать высокий уровень эмоциональной устойчивости, сформированные социально-личностные компетенции, широкий репертуар стратегий совладания со стрессом.

7. Уровень ресурсов больных с тревожно-активным отношением к болезни оказывается ниже, что связано с общей эмоциональной напряженностью и неудовлетворенностью межличностными отношениями. Психологическим ресурсом для них может служить активная позиция в преодолении болезни, высокий уровень социально-личностных компетенций.

8. У больных с тревожно-пассивным отношением к болезни трудности в ее преодолении связаны с эмоциональной неустойчивостью, пассивной позицией в совладании с заболеванием, переживанием беспомощности и зависимости от поддержки окружающих. Опорой может быть ориентированность на поиск социальной поддержки, контактность и готовность принимать помощь.

Список литературы

1. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
2. Васильев М.А. Методика оценки социально-личностных компетенций в контексте изучения психосоматического здоровья (Мультимодальный Интегративный Опросник МИО-1) // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. Аспирантские тетради. 2007. №8 (27). С. 109-112.
3. Тхостов А. Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях. Дис. ... канд. психол. наук. – М., 1980. – 215 с.
4. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. 2001. №1. С. 3-11.
5. Давыдов М.И. Психонкология // Психические расстройства в общей медицине. 2007. Т.2. №3.
6. Крюкова Т.Л. Методология исследования и адаптация опросника диагностики совладающего (копинг) поведения // Психологическая диагностика. 2005. № 2. С. 65-71.

7. Кулаков С.А. Многомерная диагностика «цветок потенциалов» в терапии психосоматических расстройств / Актуальные аспекты психосоматики в общемедицинской практике: конференция VII, Санкт-Петербург, 11 ноября 2008 г. – СПб., 2008. С. 37-39.
8. Кулаков С.А. Синергетическая модель формирования онкологического заболевания // Саногенетические механизмы при психогенных и эндогенных расстройствах: материалы ежегод. науч.-практ. симп. / под ред. В.И.Курпатова; – СПб.: СПбМАПО, 2009. С. 22-25.
9. Психоонкология: состояние на 2006 г. (расширенный реферат) / Levin T., Kissan W.D. // Психические расстройства в общей медицине. 2007. Том 2. №3. (<http://old.consilium-medicum.com/media/prom/index.shtml>)
10. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. 2009. Т.10. №3. С. 151-157.
11. Greer S. Psycho-oncology: its aims, achievements and future tasks // Psycho-oncology. 1994. N3. P. 87-102.
12. Petticrew M., Bell R., Hunter D. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review // BMJ 2002. V.325. P. 1066.

Отношение родителей к ночному энурезу у ребенка (обзор зарубежных исследований)

В. В. Храмов

Ночной энурез (НЭ) – одно из распространенных психосоматических расстройств детского возраста. Им страдает ок. 20% детей младших дошкольников, что сопряжено с широким спектром психологических проблем. К сожалению, отечественные исследования, посвященные изучению психологических особенностей детей с НЭ, а также отношению к этому расстройству их родителей, немногочисленны, что препятствует разработке эффективных программ психологической помощи. В то же время за рубежом проведено и опубликовано достаточно много интересных работ по данной тематике.

В научном плане рассмотрение результатов, полученных за рубежом, могло бы быть полезным для формирования новых направлений и проведения дополнительных исследований на российской выборке детей, страдающих НЭ, а также их родителей. И, конечно, в практическом плане – для создания эффективных профилактических программ, выработки научно обоснованных рекомендаций родителям, психологам и врачам, сталкивающимся с данной проблемой.

В настоящем обзоре рассматриваются исследования детей с НЭ, не имеющих явную соматическую этиологию, то есть с так называемым неорганическим НЭ, который в МКБ-10 выделен подрубрикой F98.0. Именно этот вид энуреза представляет наибольшие трудности в плане определения адекватных «мишеней» для клинико-психологического вмешательства. Пытаясь выработать научно обоснованные рекомендации по психологической коррекции и психотерапии при НЭ, ученые-исследователи анализируют ряд вопросов. Один из ключевых – дистресс ребенка вызывает НЭ, или проблемы в

поведении и психике ребенка являются следствием НЭ? Кроме того, важно понимать, в чем специфика эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с НЭ; как влияет на эти нарушения традиционное лечение НЭ; в чем различие клинико-психологических характеристик детей с первичным (ПНЭ) и вторичным ночным энурезом (ВНЭ); у каких возрастных и половых групп данные отклонения выражены наиболее сильно и др.

Данные, касающиеся наличия дополнительных психологических проблем у детей с НЭ по сравнению со здоровыми детьми, достаточно противоречивы. С одной стороны, в ряде исследований [Collier J. et al., 2002; Joinson C. et al., 2006] не было обнаружено различий в показателях самооценки у больных с НЭ и здоровых детей. Не обнаружено отличий у детей с НЭ и в представленности поведенческих нарушений [Wille S., 1994].

С другой стороны, результаты многих исследований показывают, что НЭ вызывает дистресс и снижение самооценки у ребенка [Warzak W., 1993], а также создает значительные социально-бытовые сложности для семьи, которые увеличиваются с возрастом ребенка [Schulpen T., 1997].

В целом большее эмпирическое подтверждение получает предположение о более выраженных психологических проблемах у детей с НЭ. Установлено, что у детей с НЭ (20-40% от всего числа детей с энурезом) в 2-4 раза чаще наблюдаются проявления психологических расстройств по сравнению со здоровыми детьми. Разброс данных, по-видимому, обусловлен различием в условиях проведения исследования (клинические и неклинические) [von Gontard A., 2004]. Было показано, что мальчики с НЭ имеют более низкую самооценку, чем девочки, и психологическая уязвимость детей с НЭ тем выше, чем выше частота ночных мочеиспусканий [Collier J. et al, 2002].

В ряде исследований также показано отсутствие различий по показателям наличия психологических расстройств у детей с ПНЭ и здоровых детей из контрольной группы. Так, например, в исследовании R. Butler [2001] сравнение детей с ПНЭ проводилось по параметрам социальной адаптивности, эмоционально-психологического состояния, самооценки и поведенческим проявлениям. Было выяснено, что у детей с ПНЭ нет никаких статистически значимых психологических отличий от здоровых сверстников. При этом интересно, что сравнение детей с ПНЭ и детей, обратившихся в центры психического здоровья (бразильские исследования на больших выборках), показало, что по многим показателям дети с НЭ имеют явно меньше нарушений по таким показателям как внимание, социальная компетентность, показатели успешности в учебе, социальные контакты и др. [Santos E., Silveras E., 2006].

Исследования показали значительное улучшение самооценки только через полгода после успешного лечения НЭ [Alon U., 1995]. При этом лечение проводилось без применения специальных психотерапевтических методик, направленных на изменение самооценки, а лишь методами «аларм-терапии (пробуждение помощью специального будильника, реагирующего на первые капли мочи) и с помощью широко применяемого в лечении НЭ фармакологического препарата десмопрессина [Hagglof B. et al., 1997].

То есть совершенно неочевидно, что традиционная терапия (например, аларм-терапия или лечение десмопрессином) помогает повышению самооценки детей. Но если связь между психологическими проблемами и НЭ и есть, то большинство исследователей приходят к выводу, что **не дистресс вызывает НЭ, а психологические и поведенческие проблемы являются следствием НЭ**. А выраженность психологических проблем связана с возрастом пациентов - чем старше пациент, тем выше выраженность психологических проблем (особенно у девочек в период 14-18 лет) [Wolańczyk T. et al., 1992].

Большинство родители считают, что ребенок должен спать сухим с 3,18 лет [Naque M. et al, 1981], в некоторых исследованиях родителями указывается еще меньший возраста – с 2,75 лет [Shelov S. et al., 1981]. Опросы же врачей выявили установку на необходимость начала лечения с 5,13 лет, что согласуется с нормой, отраженной в документах американской классификаций болезней (5 лет в DSM-4). Как показывают многие исследования, такое разделение немаловажно. Дело в том, что дети с ВНЭ имеют гораздо больше поведенческих и эмоциональных проблем по сравнению с детьми с ПНЭ [Redsell S. Collier J., 2001]. Напомним, что вторичный НЭ отличается от первичного НЭ наличием в анамнезе у пациентов как минимум полугодового «сухого» перерыва.

В работе A. von Gontard [1998] у 75% детей с ВНЭ выявлены признаки психологических нарушений. Кроме показателей самооценки изучались и другие психологические параметры пациентов. Самые большие различия выявлены в степени выраженности поведенческих нарушений. Кроме того, значимыми оказались различия по параметрам внимания и реакции оппозиции [Berg I., Fielding D., Meadow R., 1977; Theunis M. et al, 2002; Van Hoescke E. et al., 2005].

В исследовании W. Wagner, J. Johnson [1988] не было выявлено достоверных различий между отношением к болезни в подгруппах пациентов с ПНЭ и ВНЭ. У детей, родители которых в детстве тоже страдали НЭ, не выявлено значимых отличий по показателям отношения к болезни по сравнению с детьми, родители которых такой проблемы не имели. Не было выявлено значимых связей между показателями отношения к болезни у детей и частотой НЭ, числом терапевтических неудач, демографическими показателями.

Что касается гендерной специфики, то только у девочек с НЭ в возрастном диапазоне 14-18 лет показатели отношения к болезни отличались в худшую сторону по сравнению с мальчиками. Сравнение отношения к болезни у детей с НЭ, у детей с хроническими кардиологическими заболеваниями, и детей, страдающих бронхиальной астмой, показало, что у детей с НЭ наиболее негативное отношение к болезни [Wolańczyk T. et al., 1992].

Значительная роль в преодолении неорганического НЭ и психической адаптации детей отводится отношению к заболеванию их родителей. В работе R. Butler [1986] выявлено, что наибольшее беспокойство матери дете с НЭ испытывают по поводу эмоциональных проблем у их ребенка (5,66%), социальных взаимоотношений ребенка (5,02%), запаха (3,70%), необходимости

дополнительной стирки (2,92%) и финансовых затрат в связи с лечением (2,70%). Только 17% матерей сильно обеспокоены наличием НЭ у их детей, 46% – незначительно переживают по этому поводу, остальные – индифферентны к данной проблеме [Foxman B., 1986].

Исследовались и причины, которые, по мнению родителей, обуславливают НЭ у детей. В работе М. Наке [1981] показано, что главными причинами родители считают крепкий сон и эмоционально-психологический фактор. Соматические причины крайне редко считаются важными. Аналогичные результаты получены и в исследованиях S. Shelov et al. [1981] и В. Фохман [1986]. В последнем исследовании мнения родителей распределялись следующим образом: эмоциональные проблемы (35,5%), крепкий сон (38,2%), соматические проблемы (21,4%), семейные проблемы (28,9%), маленький мочевого пузырь (10,7%). Кроме того, показано, что родители считают НЭ проблемой возрастного созревания. Это единственный пункт, по которому мнение родителей и врачей совпадает. А опрошенные врачи, конечно, в своих оценках приоритетное значение отдают соматическому фактору.

При исследовании методов коррекции НЭ, которые родители применяют в неклинических условиях, было установлено, что наиболее популярными являются следующие способы: будить ребенка для посещения туалета, успокоение и разговоры с ребенком по поводу НЭ, ограничение в питье вечером, наказание [Shelov S. et al., 1981]. По данным W. Wagner, J. Johnson [1988], родителями применялись вечернее ограничение в приеме жидкости, различные вознаграждения, наказания детей и прием медицинских препаратов. В исследовании Т. Dahm, А. Hansen, В. Hansen [1997], в котором было опрошено 8269 родителей, удалось выявить 11 видов реакций родителей. Как и в указанных выше работах, наиболее популярными приемами оказались ограничение в приеме жидкости вечером и ночные высаживания детей. Кроме этого, часто родителями применяется демонстрация недовольства. М. Наке et al. [1981] на выборке из 1379 родителей выявили в качестве самых популярных разговоры родителей с детьми на тему НЭ и опять-таки ночные высаживания детей. В этом же исследовании показано, что наказание в качестве метода воздействия на детей с НЭ в два раза чаще применяют родители с более низким образовательным уровнем.

В работе Т. Dahm, А. Hansen, В. Hansen [1997] показано, что родители, дети которых не страдают НЭ, гораздо регулярнее поощряли детей ходить в туалет днем по сравнению с родителями детей больных НЭ. W. Wagner, J. Johnson [1988] получены доказательства того, что родительская терпимость и неотстраненность от проблем ребенка, разнообразие и гибкость реакций на проблему ребенка (НЭ) связаны с более быстрым выздоровлением.

Можно выделить группу исследований, где оценивалось отношение родителей к приему медикаментов и привлечению врачей к решению проблемы НЭ. Так, в исследовании S. Shelov et al. [1981] показано, что только 6,6% родителей думают, что прием медикаментов – очень хороший способ лечения НЭ. Тогда как среди врачей-терапевтов такого мнения придерживаются 87%. Т.

е. налицо явное различие в установках по отношению к применению медикаментозного лечения.

Следует, однако, отметить, что хотя многие матери и имеют достаточно толерантную установку по отношению к НЭ, но две трети из них консультируются по этой проблеме у врачей, главным образом у педиатров или терапевтов [Hjalmas K. et al., 2004]. По данным опросов, 46% родителей детей с НЭ консультировались у своего врача по поводу НЭ у их ребенка, и 44% из них получили то или иное лечение; 33% применяли десмопрессин и 10% аларм-терапию [Butler R., Golding J., Heron J., 2005]. В другом исследовании пропорции в применении методов лечения отличаются: аларм-терапией воспользовались 19,2% родителей пациентов, а медикаментозным лечением – 13,1% [Dahm T.L., Hansen A., Hansen B., 1997]. С нашей точки зрения, это может говорить скорее не об отношении родителей к данным методам, а о подходе врачей к решению данной проблемы в разное время в разных регионах.

Если говорить об отношении родителей к подходу врачей, то выяснилось, что большинство врачей предлагали «подождать и посмотреть». K. Hjalmas et al. [2004], S. Redsell, J. Collier [2001] показали что около 50% матерей считают, что врачи «не проявляют достаточного внимания к проблеме НЭ у детей».

Подводя итоги обзора, можно сказать, что по ряду положений были получены тождественные или близкие результаты. Те же противоречия и несоответствия, которые обнаруживают данные приведенных нами исследований, обусловлены, по нашему мнению, рядом причин.

В одну группу зачастую объединяются дети с разными типами НЭ. Кроме того, критерии включения в группу различаются. Так, например, для некоторых исследований применяются критерии американской классификации болезней, а для других – европейской (которая имеет некоторые отличия). Более того, в некоторых работах в группу НЭ включаются дети, у которых НЭ редок – один-два раз в месяц. В ряде исследований в группы включаются дети слишком широкого возрастного диапазона. Некоторые исследования проводились на клинических базах, где выборка находящихся на лечении детей была специфической и, следовательно, недостаточно репрезентативной.

Полученные данные показывают, что родители недостаточно информированы как об этиологии, так и о методах лечения НЭ, нередко применяют неадекватные методы коррекции, зачастую создавая себе и, главное, ребенку дополнительные психологические проблемы.

Большую практическую значимость имеют результаты исследований, которые показывают психологически различия у больных с ВНЭ и ПНЭ.

Результаты исследований позволяют более конкретно сформулировать критерии (демографические, возрастные, половые и в зависимости от типа НЭ) для выделения группы детей, нуждающихся в дополнительной психотерапевтической помощи, более точно описать психотерапевтические мишени.

На основании сделанного обзора зарубежных работ можно сделать вывод о том, что предстоит еще большая работа по уяснению и устранению тех противоречий, которые получены в результатах исследований. Появились

новые возможности для уточнения перспективных направлений будущих исследований. Так, например, недостаточно изученными остаются представления врачей об установках родителей в отношении методов лечения НЭ.

Недостатком большинства исследований, на наш взгляд, является и то, что исследователи ограничивались только опросом родителей, не опрашивали и не анализировали отношение к болезни у детей. Видимо, это обусловлено методическими и организационными причинами. Их устранение позволит более глубоко исследовать внутреннюю картину болезни детей с НЭ, их возрастную специфику, а также те социально-психологические проблемы, с которыми сталкиваются дети.

Список литературы

1. Alon U.S. Nocturnal enuresis // *Pediatr. Nephrol.* 1995. V.9. suppl.3. P. 94-103.
2. Berg I., Fielding D., Meadow R. Psychiatric disturbance, urgency, and bacteriuria in children with day and night wetting // *Archives of Disease in Childhood.* 1977. V.52. P. 651-657.
3. Butler R.J. Impact of nocturnal enuresis on children and young people // *Scand J Urol Nephrol.* 2001. V.35. N3. P. 169-176.
4. Butler R.J., Golding J., Heron J. Nocturnal enuresis *Child: Care, Health and Development.* 2005. V. 31. Issue 6. P. 659-667.
5. Collier J., Butler R.J., Redsell S.A. An investigation of the impact of nocturnal enuresis on children's self-concept // *Scand J Urol Nephrol.* 2002. V.36. N3. P. 204-208.
6. Dahm T.L., Hansen A., Hansen B. Enuresis nocturna-parents' and therapists' attitudes // *Ugeskr Læger.* 1997. V.159. N2. P.164-165.
7. de Oliveira Lino dos Santos E., de Mattos Silveiras E.F. Enuretical children and referred children for university mental health services. A comparative study of their parents' perception // *Psicologia: Reflexao e Critica.* 2006. V.19, Issue 2. P. 277-282 .
8. Foxman B. Childhood Enuresis: Prevalence, Perceived Impact, and Prescribed Treatments // *Pediatrics.* 1986. V.77. N4. P. 482-487.
9. Hagglof B., Andren O., Bergstrom E., Marklund L, Wendelius M. Self-esteem before and after treatment in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence // *Scand J Nephrol.* 1997. V.31. suppl 183. P. 79-82.
10. Haque M., Ellerstein N.S., Gundy J.H. Parental perceptions of enuresis. A collaborative study // *American Journal of Diseases of Children.* 1981. V.135. Issue 9. P. 809-811.
11. Hjalmas K., Arnold T., Bower W., Caione P., Chiozza L., von Gontard A., Han S.W., Husman D.A., Kawauchi A., Lackgren G. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy // *J Urol.* 2004. V.171. P. 2545-2561.
12. Joinson C., Heron J., Emond A., Butler R. Psychological problems in children with bedwetting and combined (day and night) wetting: A UK population-based study // *J Pediatr Psychol.* 2007. V.32. N5. P. 605-616.
13. Redsell S.A. Collier J. Bedwetting, behaviour and self-esteem: a review of the literature // *Child Care Health Dev.* 2001. V.27. N2. P. 149-162.
14. Schulpen T.W. The burden of nocturnal enuresis // *Acta Paediatr.* 1997. V.86. N9. P. 981-984.
15. Shelov S.P., Gundy J., Weiss J.C. Enuresis: A contrast of attitudes of parents and physicians. Ambulatory pediatric association collaborative research workshop // *Pediatrics.* 1981. V.67. Issue 5. P. 707-710.
16. Theunis M., Van Hoecke E., Paesbrugge S., Hoebeke P., Vande Walle J. Self-image and performance in children with nocturnal enuresis // *European Urology.* 2002. V.41. N6. P. 660-667.

17. Van Hoecke E., Hoebeke P., Braet C., Walle J.V. Assessment of internalizing problems in children with enuresis // *Journal of Urology*. 2004. V.171. P. 2580-2583.
 18. von Gontard A. Annotation: day and night wetting in children – a pediatric and child psychiatric perspective // *J Child Psychol Psychiatry*. 1998. V.39. N4. P. 439-451.
 19. von Gontard A. Psychological and psychiatric aspects of nocturnal enuresis and functional urinary incontinence // *Urologe A*. 2004. V.43. N7. P. 787-794.
 20. von Gontard A., Mauer-Mucke K., Pluck J., Berner W., Lehmkuhl G. Clinical behavioral problems in day- and night-wetting children // *Pediatr Nephrol*. 1999. V.13. N8. P. 662-667.
 21. Wagner W.G., Johnson J.T. Childhood nocturnal enuresis: The prediction of premature withdrawal from behavioral conditioning // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1988. V.16. Issue 6. P. 687-692.
 22. Warzak W.J. Psychosocial implications of nocturnal enuresis // *Clin. Pediatr*. 1993. Spec No. P. 38-40.
 23. Wille S. Primary nocturnal enuresis in children. Background and treatment // *Scand. J. Urol. Nephrol. Suppl*. 1994. V.156. P. 1-48.
- Wolańczyk T., Banasikowska I., Złotkowski P., Wiśniewski A., Paruszkiewicz G. Attitudes of enuretic children towards their illness // *Acta Paediatr*. 2002. V.91. N7. P. 844-848.

РАЗДЕЛ 3.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Опыт работы медицинского психолога в детском многопрофильном стационаре

И. А. Аринцина

Введение

В данной статье представлено описание опыта восьмилетней работы (с 2002 по 2010 г.г.) психолога в детском соматическом стационаре г. Санкт-Петербурга – Государственном учреждении здравоохранения «Детская городская больница №1» (ГУЗ ДГБ №1). Необходимость данной работы обусловлена утверждением в современной медицине, и в педиатрии в частности, целостного подхода к личности пациента, учитывающего взаимодействие биологических, психологических, социальных и духовных факторов. Прогресс в оказании медицинской помощи новорожденным детям, (при лечении врожденных заболеваний и пороков развития), детям с тяжелой соматической патологией и хроническими заболеваниями различной этиологии приводит к возрастанию количества ситуаций, когда больной ребенок и его семья нуждаются в квалифицированной психологической помощи. Такие ситуации возникают как при выявлении у ребенка заболевания и его госпитализации, так и на последующих этапах – в связи с задачами адаптации и реабилитации.

Это обстоятельство определяет возрастающую потребность в специалистах – медицинских психологах в общесоматических учреждениях детского здравоохранения. При этом весьма актуальным становится вопрос об упорядочении их профессиональной деятельности, уточнении должностных обязанностей и нормативов работы. Нам представляется, что анализ опыта практической, научной и преподавательской психологической работы в детской больнице может послужить **цели** создания программы психологической помощи больным детям и их семьям в процессе лечения в стационаре.

Общая характеристика лечебного учреждения

ДГБ №1 является многопрофильным детским стационаром на 600 коек. В стационаре лечатся дети в возрастном диапазоне от новорожденности до 18 лет. В структуре больницы функционируют хирургические и терапевтические отделения разного профиля: общепедиатрическое отделение с дополнительными койками для больных гастроэнтерологического и нефрологического профиля, отделения аллергологии, общей гематологии и

химиотерапии лейкозов, гемодиализа, эндокринологии, неврологии, травматологии, ожоговое отделение, отделения плановой и экстренной хирургии, кардиохирургии, отделение патологии новорожденных, реанимационные отделения. Основная направленность медицинской службы – оказание неотложной медицинской помощи. Наряду с экстренной, производится и плановая госпитализация пациентов для обследования и лечения. Детская больница – это учреждение со строго регламентированной организационной структурой, которая определяется санитарно-эпидемиологическими и иными лечебными правилами. Такая структура и содержание работы детского многопрофильного стационара существенно влияет на особенности и основополагающие принципы деятельности в нем медицинского психолога. Среди них можно выделить следующие.

- Ребенок – это не маленький взрослый: как заболевания детского организма и их течение, так и психическое развитие ребенка имеет свою специфику в разные возрастные периоды (период новорожденности, младенчества, раннего детства, дошкольного, школьного и подросткового возраста). Имеются особенности и психосоматических связей, определяющиеся возрастом ребенка.
- Многие проблемы развития (и соматического, и психического плана) хорошо поддаются коррекции при адекватном поведении близких ребенку людей или при помощи профессионалов. Даже патологические психологические симптомы детского развития не всегда носят фатальный характер при своевременном распознавании и вмешательстве [Фрейд А., 2000].
- Детский психолог, так же как и педиатр, при работе с ребенком вступает в тесное взаимодействие с его родителями и другими близкими взрослыми. При решении тех или иных медицинских и психологических проблем ребенка нередко приходится работать с семьей, необходимостью изменения семейной ситуации и стилей воспитания [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 2002; Кулаков С. А., 2007].
- Для решения целого ряда проблем детского развития (особенно при наличии тяжелого заболевания и/или его последствий) необходимы совместные усилия целого ряда специалистов: педиатров, неврологов, реабилитологов, психологов, логопедов, педагогов. Это делает необходимой осведомленность специалистов в возможностях методов лечения или коррекции своих коллег [Шабалов Н. П., 2003].

Основные результаты

Обнаружение у ребенка тяжелого заболевания и его госпитализация создают стрессовую ситуацию для всей семьи [Исаев Д. Н., 2000; Шабалов Н. П., 2003].

При нахождении ребенка в больнице, нередко в течение нескольких недель и месяцев, мы можем непосредственно наблюдать сам процесс формирования психосоматических взаимосвязей и психосоматических реакций – как свойственного детской психике механизма нормального функционирования или защиты. И далеко не всегда мы можем говорить о формировании психосоматического пути в детском возрасте как неизбежно

приводящем к заболеванию. Даже в подростковом возрасте, когда многие конфликты детства обостряются и окончательно оформляются в способы психосоматического функционирования, возможно эффективное психокоррекционное и психотерапевтическое вмешательство при активном участии самого подростка, осознающего свои особенности и трудности (как психологического, так и физиологического характера). Поэтому целесообразным представляется **основной принцип работы медицинского психолога в больнице**, а именно принцип психосоматического подхода [Аммон Г., 2000; Исаев Д.Н., 2000; Любан-Плоцца Б., Пельдингер В. и др., 2000; Александер Ф., 2003; Кулаков С.А., 2003; Ананьев В.А., 2007]. Этот принцип предполагает рассмотрение причин заболевания с точки зрения сочетания и взаимовлияния ряда факторов: биологических особенностей индивида, особенностей психического реагирования, условий социального окружения, психофизиологических особенностей конкретного возрастного этапа.

В рамках настоящей статьи невозможно достаточно полно отразить восьмилетний опыт психологической работы на всех отделениях больницы. Поэтому нам представляется возможным остановиться на наиболее общих психологических проблемах, являющихся причиной назначения консультации психолога и встречающихся на всех отделениях. Следует предварительно заметить, что опыт психологической консультационной работы не был бы столь объемным без совмещения его с преподавательской деятельностью и участием в работе студентов кафедры клинической психологии Психолого-педагогического факультета РГПУ им. А. И. Герцена в процессе семинарских занятий, прохождения практики и подготовки дипломных работ на базе отделений больницы. Такое совмещение позволило проконсультировать большее количество больных детей и более глубоко и всесторонне изучить их проблемы. Обсуждение полученной психологами информации с лечащими врачами позволило продемонстрировать медицинскому персоналу возможности психологической работы в клинике, что привело к формированию рабочей модели взаимодействия врач-пациент-психолог. Наиболее общими для разных отделений больницы и часто встречающимися ситуациями, в которых врач привлекает психолога для консультации, можно считать следующие.

Медицинский психолог, работающий в соматической детской клинике, выполняет, как правило, задачу психокоррекционной работы с детьми с целью снятия напряжения и страха по поводу различных медицинских процедур. Сама ситуация госпитализации, когда ребенок находится в незнакомой обстановке и ему проводят различные неприятные процедуры, является психотравмирующей. Если у ребенка нет возможности в приемлемой форме выразить свои страхи и справиться с ними, могут возникать новые эмоциональные проблемы. У детей дошкольного и младшего школьного возраста для снижения эмоционального напряжения можно использовать приемы и методы игровой психотерапии. В игровых комнатах или непосредственно в палате, используя детские наборы медицинских инструментов (стетоскоп, шприц, марлевые повязки и т.п.), а также кукол и

игрушечных зверей, психолог или родители знакомят детей с медицинскими манипуляциями. Такая игра приводит к снижению беспокойства у ребенка. Кроме того, в процессе игры дети часто отыгрывают те переживания, которые им уже довелось испытывать. Как у маленьких, так и у старших детей применимы также рисуночные методики (рисунок болезни, рисунок больницы и др.), вербальные методы психологической работы.

Перечислим некоторые другие аспекты задачи адаптации ребенка к условиям стационара и физическому дискомфорту: болезнь причиняет боль, с которой ребенок учится справляться; изменяется прежний образ тела, к которому надо привыкнуть; возникают дополнительные ограничения в жизни (диета, изменение образа жизни, занятий и др.), которые надо принять, чтобы уменьшить проявления болезни, самому влиять на ее течение. Нередко опыт переживания болезни и лечения расширяет представления ребенка о жизни. Совместное пребывание в больнице с другими детьми обогащает опыт совладания с болью, помогает в преодолении страха перед медицинскими процедурами, способствует формированию дружеских привязанностей, сопереживания, влияет на отношение ребенка к близким людям [Егоркина Т.В и др., 2006; Федорова Е.Е., 2007; Герасимова Л.А., 2010; Терентьева А.С., 2010].

Другую сторону работы медицинского психолога в детской соматической клинике составляет его участие в обследовании и составлении и/или проведении психокоррекционных программ при выявлении у детей психосоматических заболеваний или реакций. Склонность к соматическому реагированию при возникновении психологических трудностей является характерной для детей в силу недостаточного арсенала психологических средств выражения своих переживаний. При нормальном развитии мы ожидаем, что с возрастом соматические реакции уменьшаются, уступая место психологическим способам выражения эмоциональных переживаний [Аммон Г., 2000]. Психосоматические нарушения у детей могут быть связаны (при наличии предрасположенности к развитию того или иного соматического заболевания) с особенностями воспитания в семье (запрет на выражение негативных эмоций, гипер- или гипопека, психологические особенности близких взрослых и др.) или сложностями семейной ситуации (развод родителей, потеря близкого человека и др.). Риск психосоматических нарушений также повышается при трудностях адаптации ребенка к требованиям среды вторичной социализации (детский сад, школа) и при прохождении ребенком нормативных кризисов развития [Кулаков С.А., 2003]. Заболевания, имеющие психосоматическую природу, требуют комплексного подхода с применением психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий, а также специальных воспитательных стратегий, которые могут осуществлять родители и педагоги с учетом рекомендаций психолога [Ананьев В.А., 2007; Кулаков С.А., 2007].

Психологическая диагностика оказывается в этих случаях полезной для получения информации о психогенных факторах нарушения здоровья у ребенка. Своевременная диагностика психосоматического характера расстройств функционирования организма ребенка является базисом для

профилактики серьезных соматических заболеваний с необратимыми органическими изменениями во взрослом возрасте (язвенной болезни, неспецифического колита, бронхиальной астмы, сердечно-сосудистых заболеваний, артритов), а также различных вариантов психического неблагополучия. За прошедшие годы было проведено несколько дипломных исследований студентов о детях с бронхиальной астмой, гастроэнтерологической патологией, почечной недостаточностью, геморрагическими заболеваниями, нейроциркуляторной дистонией. Результаты этих работ были доведены до сведения врачей и администрации больницы и послужили также совершенствованию практической психологической работы [Егоркина Т.В. и др., 2006; Лашманов Б., 2006; Федорова Е.Е., 2007; Попова А.В., 2008; Богородская С.О., 2010; Герасимова Л.А., 2010; Жарких В.И., 2010; Пятковская О.Н., 2010; Сысоева М.А., 2010; Терентьева А.С., 2010].

Перед медицинским психологом, работающим с детьми и подростками, нередко ставится задача определения уровня развития ребенка. В условиях стационарного лечения эта задача имеет свои особенности. Во-первых, в детской больнице, имеющей до трети пациентов младенческого и раннего возраста, чаще возникают вопросы диагностики развития новорожденных детей после неонатальной реанимации и хирургического лечения, а также детей раннего возраста после тяжелых соматических заболеваний. Во-вторых, учитывая, что вопрос об ожидаемом нарушении развития ребенка возникает в таких случаях в стенах больницы впервые, основной акцент в психологической работе необходим на оказании помощи матери в понимании сложной медицинской информации и принятии своего особого ребенка. Также возникает необходимость в установлении рационального соотношения между собственно психологическими (педагогическими, логопедическими и другими немедикаментозными средствами помощи) и лечебными мерами компенсации выявившихся особенностей развития, в разработке программы психологического сопровождения ребенка и его семьи после выписки из стационара [Мухамедрахимов Р.Ж., 1999; Аринцина И.А., 2009].

В ряде случаев перед психологом стационара может стоять задача выбора путей обучения ребенка с особенностями развития или заболевания, однако более целесообразным представляется адресовать эти вопросы медико-психолого-педагогической комиссии. В условиях пребывания такого ребенка в больнице психолог может внести ясность в понимание специфики лечебного процесса у таких детей, помочь персоналу выстроить взаимоотношения с ними [Исаев Д.Н., 2000; Карвасарский Б.Д., 2004].

В условиях соматического стационара чаще встает задача диагностики нарушений не интеллектуального, а личностного развития, психологической (эмоционально-волевой) зрелости ребенка, особенностей его социального окружения. Важным аспектом работы детского психолога при решении этой задачи является работа с родителями или замещающими их взрослыми. Необходимо дать взрослым информацию об имеющихся психологических нарушениях или особенностях ребенка и их причинах и предложить возможные пути решения проблемы [Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 2002; Кулаков С.А.,

2007].

Самостоятельное значение работа психолога с родителями имеет в ситуациях тяжелой болезни ребенка, когда близкие взрослые переживают острый стресс и сами нуждаются в психологической помощи. В больнице такая работа регулярно требуется и проводится среди матерей новорожденных детей, поступающих на отделение патологии новорожденных, или детей раннего возраста, проходящих лечение на других отделениях больницы. Рождение больного ребенка всегда является большим стрессом для родителей и может приводить к тяжелому кризису семьи. Неопределенность медицинского прогноза, которая почти всегда существует в ситуациях неонатального риска, может способствовать хронизации стрессовой ситуации. Повышается риск тревожных и депрессивных расстройств у матерей, обострения конфликтных семейных ситуаций. Нередко темой психологической консультации становится вопрос о возможном отказе от больного новорожденного ребенка. В таких ситуациях возникает необходимость исследования ресурса семьи по воспитанию ребенка с особыми потребностями. Известно, что степень принятия родителями ребенка будет оказывать существенное влияние на развитие взаимодействия в паре мать-ребенок и на развитие малыша [Мухамедрахимов Р.Ж., 1999; Аринцина И.А., 2009]. Ситуации, когда необходима психологическая помощь родителям, возникают и при выявлении у детей любого возраста тяжелых заболеваний, таких как сахарный диабет, онкологические заболевания, тяжелая травма, попадание на отделение реанимации и другие [Гнездилов А.В., 2004].

Заключение

Для более глубокого исследования динамики психологического состояния и нарушений у детей при различных заболеваниях, возможности прогнозирования их влияния на развитие ребенка и профилактики негативных последствий, а также с целью развития представлений о задачах медицинского психолога в детском многопрофильном стационаре необходимо использование научно-методического потенциала психологических факультетов высших учебных заведений г. Санкт-Петербурга. Это сотрудничество может идти в нескольких направлениях:

- в развитии психодиагностической, консультативной и психокоррекционной практики на отделениях [Федорова Е.Е., 2007; Герасимова Л.А., 2010; Пятковская О.Н., 2010; Терентьева А.С., 2010 и др.];
- в проведении научно-исследовательских проектов по изучению развития детей в ситуациях медицинского риска развития [Аринцина И.А., 2009];
- в разработке и организации мероприятий по психопрофилактике широкого круга психологических проблем детей и подростков, а также пропаганде здорового образа жизни [Ананьев В.А., 2007];
- в создании общей концепции психологической службы детской больницы, определении структуры и содержания работы службы в зависимости от профиля отделения [Федорова Е.Е., 2007];
- в проведении исследований и мероприятий по профилактике синдрома

эмоционального выгорания у медицинских работников [Науменко Л.В., 2008; Ткачева И.А., 2008].

Детальное описание возможных программ и мероприятий, формы их организации и проведения, а также этические правила их осуществления должны быть представлены в методических рекомендациях по работе медицинского психолога в детском соматическом стационаре.

Выводы

Конкретное содержание работы медицинского психолога в детском многопрофильном стационаре может широко варьировать в зависимости от специфики заболевания (отделения), возраста больного ребенка, особенностей его семьи (близких взрослых). Основные направления работы медицинского психолога в детской больнице определяются его участием в:

- оценке эмоционального состояния ребенка и его динамики в процессе адаптации к условиям стационара, психологическом сопровождении этого процесса;
- психологической помощи семье в преодолении стресса, связанного с выявлением тяжелого заболевания (дефекта развития) у ребенка, его госпитализацией;
- определении роли психогенных факторов нарушений здоровья у ребенка, их коррекции;
- диагностике психического развития ребенка, оценке структуры и степени нервно-психических расстройств, определении необходимости специализированной помощи невропатолога, психиатра, логопеда, дефектолога и др.;
- консультировании родителей ребенка по вопросам, связанным с разрешением психологических (психосоматических) проблем ребенка;
- улучшении психологического климата отделений больницы и проведении образовательных программ по медицинской психологии, детской психологии, психологии поведения человека в стрессовых ситуациях, психологии взаимоотношений врач-пациент.

Список литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. – М.: Геррус, 2003. – 350 с.
2. Аммон Г. Психосоматическая терапия. – СПб.: Речь, 2000. – 238 с.
3. Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья. Методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике. – СПб.: Речь, 2007. – 320 с.
4. Аринцина И. А. Психическое развитие детей раннего возраста после оперативного вмешательства в период новорожденности в системе взаимодействия с близким взрослым // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. 2009. №116. С. 255-260.
5. Богородская С.О. Динамика функционального состояния подростков с гастродуоденитом в процессе лечения в стационаре. Дипломная работа выпускницы-специалиста РГПУ им. А. И. Герцена. – СПб., 2010.
6. Герасимова Л.А. Клинико-психологические аспекты адаптации к условиям стационара у детей младшего школьного возраста. Дипломная работа выпускницы-специалиста РГПУ им. А. И. Герцена. – СПб., 2010.

7. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. СПб., 2004. – 162 с.
8. Егоркина Т.В., Думова Н.Б. и др. Внутренняя картина болезни у детей с синдромом рецидивирующей абдоминальной боли // Сборник тезисов I международного конгресса «Психосоматическая медицина – 2006», 8-9 июня 2006 г. – СПб., 2006. С. 93-94.
9. Жарких В.И. Влияние индивидуально-психологических особенностей на отношение к болезни у подростков. Дипломная работа выпускницы-специалиста РГПУ им. А. И. Герцена. – СПб., 2010.
10. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: Руководство для врачей. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
11. Карвасарский Б.Д. (ред.) Клиническая психология. Гл.14. – СПб.: Питер, 2004. С. 476-511.
12. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003. – 288 с.
13. Кулаков С.А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств. – СПб.: Речь, 2007. – 294 с.
14. Лашманов Б. Особенности эмоционального реагирования подростков, страдающих бронхиальной астмой. Дипломная работа выпускника-специалиста РГПУ им. А. И. Герцена. – СПб., 2006.
15. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крeгер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2000. – 287 с.
16. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: Издательство СПбГУ, 1999. – 288 с.
17. Науменко Л.В. Влияние личностных и организационных аспектов на процесс формирования синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер реанимационных отделений. Дипломная работа выпускницы-специалиста РГПУ им. А. И. Герцена. – СПб., 2008.
18. Попова А.В. Адаптационный потенциал подростков с бронхиальной астмой. Магистерская диссертация, РГПУ им. А. И. Герцена. – СПб., 2008.
19. Пятковская О.Н. Стратегии совладающего поведения у подростков с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы. Дипломная работа выпускницы-специалиста РГПУ им. А. И. Герцена. – СПб., 2010.
20. Сысоева М.А. Формирование отношения к болезни у подростков с геморрагическими заболеваниями. Дипломная работа выпускницы-специалиста РГПУ им. А. И. Герцена. – СПб., 2010.
21. Терентьева А.С. Отношение к болезни у детей младшего школьного возраста, страдающих бронхиальной астмой. Дипломная работа выпускницы-специалиста РГПУ им. А. И. Герцена. – СПб., 2010.
22. Ткачева И.А. Субъект – объектные ориентации, как фактор профилактики формирования у врачей синдрома эмоционального выгорания. Дипломная работа выпускницы-специалиста РГПУ им. А. И. Герцена. – СПб., 2008.
23. Федорова Е.Е. Модель психологической помощи детям в клинике соматических расстройств. Дипломная работа выпускницы-специалиста РГПУ им. А. И. Герцена. – СПб., 2007.
24. Фрейд А. Психопатологии детства / Пер. с нем. Я. Обухова. – М.: Издательский дом NOTA BENE, 2000. – 224 с.
25. Шабалов Н. П. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов. 2-е изд., испр. – СПб.: СпецЛит, 2003. – 893 с.
26. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2002. – 656 с.

Задачи клинической психологии в социальной работе (на модели психосоциального сопровождения ВИЧ-инфицированных матерей)

Е. Д. Афанасьева

Эффективность научного знания можно оценить главным образом по возможности его использования для решения практических задач, возникающих в жизни общества. При таком рассмотрении клиническая психология, предметом которой является адаптация человека к условиям изменяющейся жизнедеятельности, является наиболее практически ориентированной областью психологических знаний. Убедительной иллюстрацией такому утверждению является применение клинко-психологических знаний в практике социальной работы с населением.

Цель социальной работы заключается в развитии оптимальной социализации, адаптации и реабилитации человека, в улучшении его социального положения [Маршинин Б.А., 2002; Кулебякин Е.В., 2004]. В качестве объектов социальной работы выступают три основные группы населения: социально малозащищенные группы (сироты, инвалиды, матери одиночки и др.), маргинальные слои общества (бродяги, «бомжи» и др.), лица с отклоняющимся (девиантным) поведением (осужденные, больные алкоголизмом и наркоманией и др.) [Кулебякин Е.В., 2004].

Клиническая психология составляет существенную часть содержания теории и практики социальной работы. Наиболее значимые клинко-психологические задачи в рамках социальной работы связаны с диагностикой, коррекцией, прогнозом и профилактикой нарушений адаптации людей в социально сложных условиях. Клинко-психологическая диагностика подразумевает исследование трудностей адаптации, препятствующих ей социальных и психологических факторов. Коррекция в широком смысле подразумевает психологическое вмешательство в интересах изменения качества адаптации человека в существующих жизненных обстоятельствах. Задачи прогноза поведения человека непосредственно связаны с задачами профилактики нарушений адаптации.

Так, например, социальная работа в учреждениях кризисной помощи (кабинеты социально-психологической помощи, телефоны экстренной психологической помощи и кризисные отделения) предполагает использование клинко-психологических знаний практически во всех направлениях деятельности. Психодиагностическая работа предполагает в дополнение к общим специальные знания для проведения экспресс-дифференциальной диагностики степени риска суицидального поведения, личностных особенностей, выбора мишеней для проведения кризисного вмешательства. Психокоррекционная деятельность требует наличия специальных навыков для установления контакта с пациентами в кризисных состояниях, специальной подготовки для проведения различных форм кризисной интервенции [Карвасарский Б.Д., 2006].

Не менее специфична социальная работа, связанная с патронажем семей из групп социального риска, имеющих детей. В этой деятельности работнику социальной сферы приходится сталкиваться с самими разнообразными проявлениями закономерных нарушений психического развития детей в результате сенсорной и эмоциональной депривации, пренебрежения, жестокого обращения, безнадзорности и беспризорности.

Возможные нарушения психического развития детей, характеризующие и определяющие процесс адаптации семьи, можно рассмотреть в возрастном аспекте [Лебединский В.В., 1985]. Из психопатологических и психосоматических расстройств, характерных для периода новорожденности, младенчества и раннего детства, выделяют [Ковалев В.В., 1985] такие синдромы, как синдром невропатии, синдром раннего детского аутизма, гипердинамический синдром, синдромы страха. Характерными для детей в период новорожденности, младенчества и раннего детства являются такие психосоматические расстройства, как [Исаев Д.Н., 2000] младенческая колика, аэрофагия, отсутствие или извращение аппетита, энкопрез и др. Распространенными проявлениями нарушений психической адаптации ребенка дошкольного и школьного возраста являются синдром ухода и бродяжничества, синдромы патологического фантазирования. Из психосоматических расстройств типичными являются цефалгии (головные боли), боли в животе, лихорадка неясного генеза, психогенная рвота и др. Среди психологических особенностей и психосоматических расстройств у подростков особое значение приобретают некоторые формы типичных поведенческих реакций, еще не являющиеся патологическими, но свидетельствующие о риске патохарактерологического формирования личности. К таким реакциям принято относить реакции оппозиции, имитации, компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, группирования и некоторые другие реакции, обусловленные формирующимся половым влечением [Менделевич В.Д., 2008].

Таким образом, клиническая психология выступает надежной теоретической базой для реализации задач социальной работы с семьями группы риска, имеющими детей.

Некоторые клиничко-психологические аспекты социальной работы можно проиллюстрировать на примере работы с ВИЧ-инфицированными женщинами, воспитывающими детей раннего возраста. Объект социальной помощи выбран не случайно. Такие семьи характеризуются целым комплексом психологических проблем: риск отказа от детей ВИЧ-инфицированными матерями, психотравма диагноза ВИЧ-инфекция, сложность в принятии и реализации роли матери, нарушение материнского отношения, сопутствующие психические нарушения (преморбидные особенности, аддиктивные расстройства), отсутствие внутренних и внешних ресурсов адаптации, риск нарушения развития у детей [Tompkins T.L., Wyatt G.E., 2008].

ВИЧ-инфицированные матери представляют собой специфическую группу риска и нуждаются в психологической помощи. Разработка программ целенаправленной психологической профилактики и коррекции в системе мероприятий медико-психосоциального сопровождения ВИЧ-инфицированных

матерей с целью оптимизации процесса адаптации к ситуации материнства [Филиппова Г.Г., 2002], предупреждения и коррекции неблагоприятных последствий болезни [Гранитов В.М., 2003], а также сохранения соматического и психического здоровья ребенка является важной практической задачей, требующей научного обоснования.

Материал и методы исследования

В проведенном исследовании наблюдалась 31 ВИЧ-инфицированная женщина после родов. Возраст обследованных женщин – от 21 года до 32 лет.

В 15 случаях фиксируется половой путь инфицирования, в 15 случаях – инъекционный, в 1 случае путь заражения не установлен, 22 женщины узнали диагноз в процессе беременности, 5 наблюдаемых матерей принимают АРВ-терапию. Об опыте употребления наркотических веществ говорят 16 матерей, из них в настоящий момент активно употребляют ПАВ 6 женщин. 25 женщин проживают совместно с людьми, имеющими аддиктивные расстройства (алкогольная, наркотическая зависимость).

11 обследованных женщин имеют среднее образование, 12 средне-специальное образование, 8 высшее образование; 22 женщины так и не закончили учебное заведение. Долгое время не работали 6 женщин. В 12 наблюдаемых случаях женщины состоят в зарегистрированном браке, остальные – матери-одиночки.

Женщины воспитывают детей в возрасте от 1 до 12 месяцев. Лишь в трех из наблюдаемых случаев рождение ребенка планировалось, в других случаях беременность была случайной. У большинства женщин в анамнезе аборт, у всех женщин не первая беременность по счету, у 23 женщин это первый ребенок в семье. Во время беременности 4 женщины не принимали АРВ-терапию, предназначенную для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. Впоследствии трех женщин ограничили в родительских правах на полгода с последующим лишением, детей перевели в детский дом.

Наряду с традиционным клинико-психологическим методом (наблюдение, анализ анамнестических сведений, клиническое интервью) в исследовании использовались психодиагностические методики, направленные на оценку признаков нарушений психической адаптации:

- Методики для оценки выраженности тревожной и депрессивной симптоматики: интегративный тест тревожности [Вассерман Л.И. с соавт., 2003], шкала депрессивности Бека.
- Методики для оценки особенностей личности: структуры личности СМОЛ [Зайцев В.П., 1981], стратегий совладающего поведения ССП [Вассерман Л.И. с соавт., 2009], уровня субъективного контроля УСК [Бажин Е. Ф.]
- Модифицированная методика «Незаконченные предложения» для исследования особенностей системы отношения личности.
- Методика для оценки родительских установок и отношения к ребенку PARI Е.Шефера [адаптирована Т.В. Нещерет]; тест-опросник, оценивающий отношение матери к ребенку первых двух лет жизни [Верещагина Н.В., Николаева Е.И., 2009].

- Методика для определения типа отношения к болезни ТОБОЛ [Вассерман Л.И. с соавт., 2005]
- Методики для исследования качества жизни и уровня социальной фрустрированности: SF-36 и УСФ [Вассерман Л.И. с соавт., 2004].

Результаты исследования

По результатам наблюдения и психологического обследования повышенный уровень ситуативной тревожности был установлен у 25 матерей. В 16 случаях у ВИЧ-инфицированных женщин высок риск развития депрессивного состояния. Таким образом, более чем у половины обследованных женщин выявляются признаки эмоционального неблагополучия: психическое напряжение, пониженное настроение с сопутствующей вегетативной неустойчивостью.

Индивидуально-психологические особенности наблюдаемых женщин могут быть квалифицированы в рамках аномально-личностного патопсихологического симптомокомплекса: у 16 женщин повышенные показатели по шкалам гипомания, психопатия.

Семейные отношения обследованных женщин характеризуются высокой конфликтностью, при этом типично болезненное переживание зависимости и несамостоятельность в роли матери, ощущение самопожертвования.

Признаки оптимального эмоционального контакта с ребенком выявлены у 10 женщин, у 8 матерей отчетливо проявляется раздражение по отношению к ребенку, уклонение от контактов с ним. У 13 матерей выявлены признаки чрезмерные концентрации на ребенке и постоянные опасения за состояние его здоровья. Степень привязанности к ребенку у 9 женщин низкая, в 20 случаях средняя и лишь у 2 женщин высокая.

Отношение к материнству у обследованных женщин преимущественно напряженное, насыщено конфликтами и противоречиями. Хотя многие высказывания определяют материнство как счастье, отношение к роли матери переживается как вынужденное: «быть матерью – это сложно», «это тяжело», «это усердный труд». У 30 ВИЧ-инфицированных женщин отчетливо выявляются переживания чувства вины, связанной в основном с событиями прошлого. Так, например, женщины указывают: «моей самой большой ошибкой было употреблять наркотики», «...первая любовь». Чувство вины связано преимущественно с употреблением наркотиков, выбором партнера и отношениями с близким людьми.

Для подавляющего большинства женщин (в 28 рассмотренных случаях) характерны интенсивные страхи и опасения в связи с будущим, прежде всего болезнью. Весьма типичными являются высказывания: «знаю что глупо, но боюсь смерти», «большинство моих подруг не знаю, что я боюсь того, что они узнают о моей болезни», «я чувствую, что моя болезнь будет прогрессировать». Характерны высказывания: «если бы я была моложе, прожила бы жизнь по-другому», «...больше времени уделяла близким людям», «...не употребляла наркотики».

Таким образом, система отношения личности у большинства женщин характеризуется высокой конфликтностью, выраженностью негативно-эмоционального компонента, который представлен страхом, тревогой, чувством вины и гнева, окрашивающими отношения к прошлому и будущему.

Указанные тенденции проявляются и в отношении женщин к своему заболеванию. В 9 наблюдаемых случаях у женщин диагностированы дезадаптивные варианты отношения к болезни, среди которых преобладают типы с интерпсихической направленностью (сенситивный, дисфорический). Тревога женщин в связи с болезнью проявляется преимущественно в нарушении межличностных отношений, тенденции к обвинению окружающих, страхе осуждения, склонности использовать болезнь для привлечения внимания к себе и снятия с себя ответственности за решения актуальных жизненных проблем. В 15 случаях проявляется анозогнозический тип отношения к болезни. Такое отношение, характеризующееся недооценкой серьезности заболевания, приводит к сложностям формирования приверженности лечению. Высокую физическую активность, отсутствие влияния физических проблем на жизнедеятельность, высокую социальную активность отмечают 17 женщин. Нарушение здоровья, высокая роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности и снижение общего самочувствия в динамике, отмечается у 14 матерей. Выраженная социальная фрустрированность (неудовлетворенность) выявлена только в 3 случаях.

Анализ результатов клинико-психологического обследования ВИЧ-инфицированных женщин позволяет сделать заключение о значительной представленности в этой группе нарушений психической адаптации различной степени выраженности. Группу высокого риска по признаку склонности к нарушению адаптации составляют 18 наблюдаемых женщин. У этих женщин выявляется высокий уровень тревожности и депрессивности, наличие напряженных внутриличностных конфликтов, связанных с ситуацией материнства и болезни, с неспособностью справляться с ролью матери, дезадаптивное отношение к болезни и низкое качество жизни. В половине рассмотренных случаев отношение матери к ребенку характеризуется несамостоятельностью матери, раздражением по отношению к ребенку и сложившейся семейной ситуации. Эти женщины обладают такими индивидуально-психологическими особенностями, как низкий уровень самоконтроля поведения и эмоциональных реакций, использование неэффективных стратегий преодоления трудных жизненных ситуаций. В эту группу вошли женщины, продолжающие употреблять наркотики.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о распространенности нарушений психической адаптации среди ВИЧ-инфицированных матерей, что определяет необходимость клинико-психологической составляющей социальной работы с такими женщинами. Реализация программ психологического сопровождения возможна на базе районных центров социальной помощи семье и детям [Жукова М.В., 2009]. Под сопровождением при этом понимается система мероприятий, обеспечивающая создание условий для нормально развития диады мать-ребенок.

Целью психологического сопровождения является обеспечение условий для сохранения физического и психического здоровья детей раннего возраста путем коррекции и профилактики психической и социальной дезадаптации ВИЧ-инфицированных матерей.

Задачи программы сопровождения:

1. Обеспечение благоприятных условий для физического и психического развития ребенка в биологической семье.
2. Повышение качества жизни ВИЧ-положительных матерей за счет оптимизация процесса адаптации к заболеванию и материнству.

Общая технология работы соответствует стандарту междисциплинарного ведения случая. Социально-психологическое сопровождение осуществляется в комплексе с медицинским сопровождением единой командой специалистов различных дисциплин для достижения цели улучшения качества жизни как самой ВИЧ-положительной женщины и ее ребенка, так и семьи в целом. Принципы междисциплинарного ведения случая: приоритет интересов клиентки и добровольность получения услуг, формирование запроса на получение помощи, конфиденциальность информации о семье, комплексный подход к случаю, координация работы разных специалистов, постоянная оценка качества и эффективности междисциплинарной помощи [Руководство по сохранению семейного жизнеустройства детей, затронутых ВИЧ-инфекцией, 2008].

В соответствии с содержанием типичной проблематики ВИЧ-положительных матерей их психологическое сопровождение имеет следующие приоритетные направления и собственную специфику:

- Оптимизация процесса адаптации к болезни: психологическая коррекция неадекватных эмоционально-личностных реакций на диагноз ВИЧ (психологическое сопровождение процесса принятия болезни), формирование адекватного отношения к болезни, формирование приверженности лечению (антиретровирусной терапии).
- Расширение адаптационных ресурсов личности: реконструкция нарушенных отношений личности, развитие навыков стресс-преодолевающего поведения и повышение уровня социальной компетентности, стимулирование мотивации к лечению при наличии психических и поведенческих расстройств, актуализация ресурсов социальной поддержки.
- Формирование адекватного отношения к ребенку и материнству: повышение уровня информированности о принципах ухода за ребенком, выявление позитивного личностного смысла материнства, повышение уровня общей родительской компетентности.
- Коррекция семейных взаимоотношений: коррекция неадекватного отношения членов семьи к заболеванию ВИЧ-инфекцией, выявление внутренних ресурсов семьи и позитивных аспектов семейных взаимоотношений, коррекция межличностной коммуникации в семье.

К специфическим методам работы относятся: длительное психологическое сопровождение, которое проводится по индивидуальному плану, кризисное консультирование, связанное с проблемой ВИЧ, тренинговые

занятия по развитию родительской компетентности, образовательные мероприятия для ВИЧ-положительных матерей и членов их семей, а также группы взаимной поддержки как для ВИЧ-положительных матерей, так и для их родственников.

Заключение

На примере психосоциального сопровождения ВИЧ-положительных матерей мы попытались подчеркнуть важную роль клинической психологии в социальной работе. Значимость клинической психологии как науки, изучающей психологические особенности людей, страдающих различными заболеваниями, методы и способы диагностики психических отклонений, дифференциации психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов, психопрофилактические, психокоррекционные и психотерапевтические способы помощи, а также теоретические аспекты психосоматических и соматопсихических взаимовлияний [В.Д.Менделевич, 2008], растет, а знания, умения и навыки клинического психолога требуются во многих человекоориентированных науках, в то числе в социальной работе.

Список литературы

1. Гранитов В.М. ВИЧ-инфекция/СПИД, СПИД-ассоциированные инфекции и инвазии. – М., 2003. – 124 с.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие. 6-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 439 с.
3. Карвасарский Б.Д. (ред.) Клиническая психология. – СПб.: Питер, 2006. – 959 с.
4. Маршанин Б.А. (ред.) Клиническая психология в социальной работе: Учебное пособие. – М.: Академия, 2002. – 219 с.
5. Кулебякин Е.В. Психология социальной работы: Учебное пособие. Владивосток: ТИДОТ ДВГУ, 2004. - 86 с.
6. Жукова М.В. (ред.) Методические рекомендации по организации социального сопровождения ВИЧ-инфицированных женщин с детьми в государственных учреждениях социального обслуживания населения. – СПб, 2009. – 112 с.
7. Руководство по сохранению семейного жизнеустройства детей, затронутых ВИЧ-инфекцией. – СПб., 2008. - 174 с.
8. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 240с.
9. Tompkins T.L., Wyatt G.E. Child Psychosocial Adjustment and Parenting in Families Affected by Maternal HIV/AIDS // [Journal of Child and Family Studies](#). 2008. V.17. N6. P. 823-838.

Формирование эмоциональной готовности здоровых дошкольников к диалогическому взаимодействию со сверстниками, имеющими отклонения в физическом и психическом развитии

Е. Е. Белан

Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями – одна из многочисленных тем, ставших открытыми для российского общества на стыке тысячелетий. Актуальность ее очевидна, поскольку растет число «особых» детей – детей, физическое и психическое развитие которых протекает по иному пути, чем у их здоровых сверстников. В сфере образования в качестве одного из перспективных методов преодоления сегрегации инвалидов рассматривается интеграционный подход к обучению и воспитанию детей с отклонениями в физическом и психическом развитии и их здоровых сверстников. При этом необходимой предпосылкой социальной интеграции здоровых и «особых» детей является установление между ними диалогического взаимодействия. Одним из свидетельств возможности такого взаимодействия оказывается эмоциональная готовность и тех и других к диалогу друг с другом [Гадамер Г.-Г., 1988; Посохова С.Т., 1996; Шипицына Л.М., ван Рейсвейк К., 1998; Фуряева Т.В., 1999; Шматко Н.Д., 1999; Смирнова Е.О., Холмогорова В.М., 2005; Пасторова А.Ю., 2006].

Настоящее исследование было посвящено изучению динамики эмоциональной готовности здоровых дошкольников к диалогу со сверстниками, имеющими отклонения в физическом и психическом развитии. В работе был применен методологический подход, который базировался на основных положениях общекультурной концепции диалога, учения о философской герменевтике, культурно-исторической теории развития высших психических функций и психологической теории отношений [Панферов В.Н., 1971; Выготский Л.С., 1983; Бахтин М.М., 1986; Бубер М., 1995; Гадамер Г.-Г., 1988; Махлин В.Л., 1995; Мясищев В.Н., 1995; Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999; Ухтомский А.А., 2002].

Объектом исследования стали 44 здоровых дошкольника в возрасте 6-7 лет (21 ребенок составил экспериментальную группу, 23 составили контрольную) и 9 детей с отклонениями в физическом и психическом развитии в возрасте от 3 до 8 лет. В анамнезе последних отмечалась выраженная патология пренатального, натального или раннего постнатального периодов развития. У шести детей имели место те или иные формы ДЦП различных степеней тяжести; у одного ребенка – синдром Дауна. Некоторые дети страдали хроническими соматическими заболеваниями: нарушениями функций желудочно-кишечного тракта, сердца, почек; у большинства детей отмечалась склонность к аллергическим реакциям, а также снижение слуха и зрения. У всех детей была диагностирована задержка интеллектуального развития от легкой до глубокой степени.

В процессе исследования дошкольники экспериментальной группы принимали участие в серии коррекционно-развивающих занятий, проводимых в

соответствии с разработанной нами «Программой социально-перцептивного тренинга». Цель данной программы состояла в развитии диалогического взаимодействия между здоровыми и «особыми» дошкольниками. Дети контрольной группы в подобных занятиях не участвовали.

Для изучения эмоциональной готовности здоровых дошкольников к диалогическому взаимодействию со сверстниками, имеющими отклонения в физическом и психическом развитии, в исследовании были применены модифицированный нами вариант цветового теста отношений А.М. Эткинда и восьмицветовой тест М. Люшера [Тимофеев В.И., Филимоненко Ю.И., 1990; Люшер М., 1993; Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М., 1999].

Стимульным материалом ЦТО были пять образов. Три из них предъявлялись испытуемым в виде графических изображений: образ здорового ребенка, образ ребенка с костылем и образ ребенка, сидящего в инвалидной коляске; два других – в вербальном выражении: образ самого испытуемого (образ Я ребенка) и образ друга. С помощью теста М. Люшера определялись эмоциональные характеристики отношения здоровых детей к предъявленным образам-стимулам. Показателем этих особенностей был вегетативный коэффициент (ВК). Данный показатель позволял исследовать психофизиологическую установку, которую здоровые дошкольники имели по отношению к каждому из образов-стимулов. По-видимому, подобная установка является определенной проекцией того психофизиологического состояния, которое ребенок может испытывать в диалогическом взаимодействии с реальными людьми. Соответственно, эту установку можно рассматривать как характеристику эмоциональной готовности здорового ребенка к диалогу, в том числе с «особыми» сверстниками.

Для выявления психофизиологического содержания такой установки здоровых дошкольников был определен вегетативный коэффициент, относящийся к каждому из образов-стимулов теста. Вегетативный коэффициент определялся на основании цветовых предпочтений обследованных детей.

Расчет вегетативного коэффициента и интерпретация полученных результатов осуществлялись в соответствии с подходами, приведенными в методической литературе [Тимофеев В.И., Филимоненко Ю.И., 1990; Люшер М., 1993]. Значения показателя вегетативного коэффициента, полученные при обследовании детей экспериментальной и контрольной групп, отражены в таблице.

Из таблицы видно, что при первом обследовании в обеих группах были обнаружены значения вегетативного коэффициента, соответствующие трем диапазонам (2-му, 3-му и 4-му). По показателю «образ Я» у детей и экспериментальной и контрольной групп эти значения соответствовали 3-му диапазону. Согласно методике, значения именно этого диапазона отражают состояние оптимальной психофизиологической мобилизованности испытуемого. Для подобного состояния характерны умеренный уровень возбуждения и установка на продуктивную активность [Тимофеев В.И., Филимоненко Ю.И., 1990].

Значения показателя вегетативного коэффициента, выявленные у здоровых детей по отношению к образам Я, друга, здорового сверстника и сверстников с отклонениями в развитии (по данным ЦТЛ)

Образы-стимулы	Значения показателя вегетативного коэффициента							
	Экспериментальная группа				Контрольная группа			
	до участия в тренинге		после участия в тренинге		1-е обследование		2-е обследование	
	балл	диапазон	балл	диапазон	балл	диапазон	балл	диапазон
«Я»	1,1	3	0,91	3	1,0	3	1,64	4
«Друг»	0,64	2	1,2	3	0,89	2	1,15	3
«Здоровый сверстник»	1,58	4	0,95	3	0,77	2	1,5	4
«Ребенок с костылем»	1,18	3	1,18	3	2,15	4	0,82	2
«Ребенок в инвалидной коляске»	1,47	4	1,09	3	0,86	2	1,14	3

По четырем остальным показателям все значения ВК, за исключением одного, вошли во второй и четвертый диапазоны, которые соответственно указывают на пониженный и повышенный уровень возбуждения: оба они свидетельствуют о неоптимальном психофизиологическом состоянии испытуемого. Таким образом, согласно показателям ВК в отношении образов друга, здорового ребенка и сверстников с отклонениями в развитии у дошкольников как экспериментальной, так и контрольной группы при первом обследовании практически отсутствовала установка на продуктивную активность.

Результаты, полученные при повторном обследовании детей обеих групп, оказались иными. В контрольной группе, как видно из таблицы, сохранился разброс значений ВК по трем диапазонам. В экспериментальной же группе по всем пяти показателям методики значения вегетативного коэффициента вошли только в один диапазон – 3-й. Эти данные свидетельствуют о том, что у дошкольников экспериментальной группы после участия в тренинге наблюдалось такое состояние психофизиологической мобилизованности, которое, согласно методике, определяется как оптимальное. Соответственно, можно полагать, что у этих детей в результате целенаправленной коррекционно-развивающей работы было инициировано появление установки на продуктивную активность. Следует отметить, что эта установка проявилась не только в отношении образов детей с отклонениями в развитии, диалогическому взаимодействию с которыми была посвящена проведенная коррекционно-развивающая работа. Эту же установку дети экспериментальной группы проявили и в отношении трех остальных образов.

Данные, полученные с помощью ЦТО, стали основой для проведения факторного анализа. Эти данные представляли собой частоту цветовых предпочтений, которые обследованные дети проявили в отношении каждого из пяти образов-стимулов. Для оценки результатов факторного анализа был применен метод построения субъективного семантического пространства [Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М., 1999]. При интерпретации содержания факторов мы исходили из обсуждавшихся выше значений вегетативного коэффициента.

Результаты построения семантического пространства в каждой из групп испытуемых отражены на рисунках 1 (а, б) и 2 (а, б). Из рисунка 1а видно, что в экспериментальной группе до участия детей в тренинге было выделено два фактора. В первом факторе наибольшие нагрузки имели показатели образа здорового ребенка (0,97) и образа Я (0,89). Как отмечалось выше, в результате анализа значений ВК по отношению к образу Я у дошкольников была обнаружена установка на продуктивную активность (3-й диапазон). По отношению к образу здорового сверстника установка детей характеризовалась повышенным уровнем возбуждения (4-й диапазон), которое – согласно интерпретации значений ВК – препятствует продуктивной активности [Тимофеев В.И., Филимоненко Ю.И., 1990].

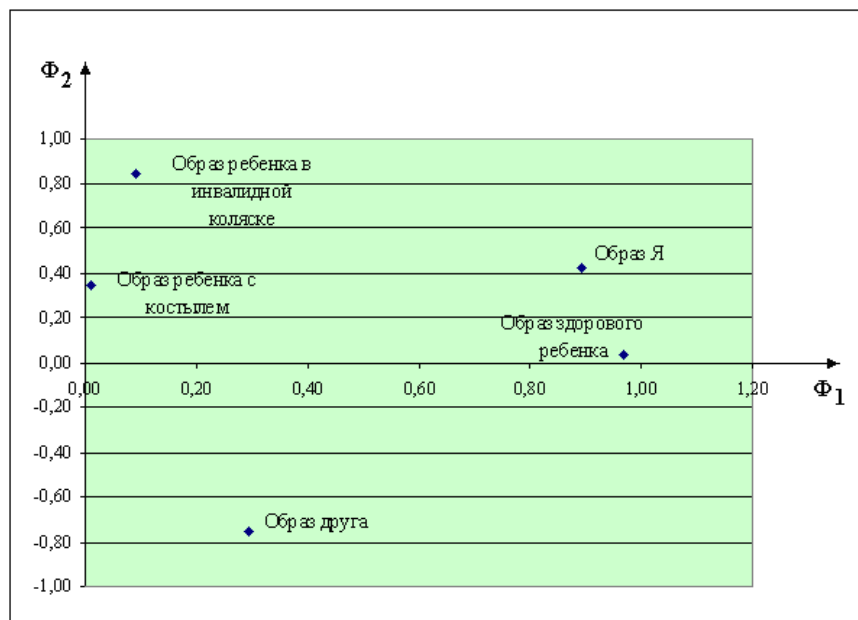
Исходя из этого, мы рассматривали содержание первого фактора следующим образом. У детей экспериментальной группы имела место готовность к диалогическому взаимодействию по отношению к здоровым сверстникам, но возможную продуктивность этого взаимодействия следует оценить как низкую. Поэтому данный фактор был обозначен как «низкая продуктивность в диалогическом взаимодействии».

Во втором факторе два показателя с наибольшими нагрузками – образ ребенка в инвалидной коляске (0,84) и образ друга (-0,75) – оказались расположенными ближе к полюсам фактора. Согласно значениям ВК, первый образ ассоциировался у дошкольников с повышенным уровнем возбуждения (4-й диапазон), второй – с пониженным уровнем (2-й диапазон). В соответствии с содержательными характеристиками этих значений, а также с расположением обоих показателей в семантическом пространстве, можно представить, что в контакте со сверстниками – с «особым» ребенком и с другом – у здоровых детей могли наблюдаться противоположные эмоциональные проявления: в диалоге с другом – спокойствие, а в диалоге с «особым» сверстником – эмоциональное напряжение и дискомфорт. Исходя из этого, мы полагали, что данный фактор отражал эмоциональную неготовность здоровых детей к диалогу с «особыми» сверстниками.

При обследовании детей экспериментальной группы после участия в коммуникативном тренинге все пять показателей вошли в один фактор (рис. 1б). Как видно из рисунка, в семантическом пространстве показатели расположились на близком расстоянии друг от друга. Это могло означать, что все пять образов оказались объединены общим качеством. Действительно, как было отмечено, в соответствии с выраженностью ВК, по отношению к данным образам у детей экспериментальной группы была выявлена установка на

продуктивную активность (3-й диапазон), для которой характерно состояние оптимальной психофизиологической и эмоциональной мобилизованности. Поэтому мы интерпретировали содержание данного фактора как выражение оптимальной эмоциональной готовности детей экспериментальной группы к диалогическому взаимодействию со сверстниками, в том числе с «особыми» детьми.

а)



б)

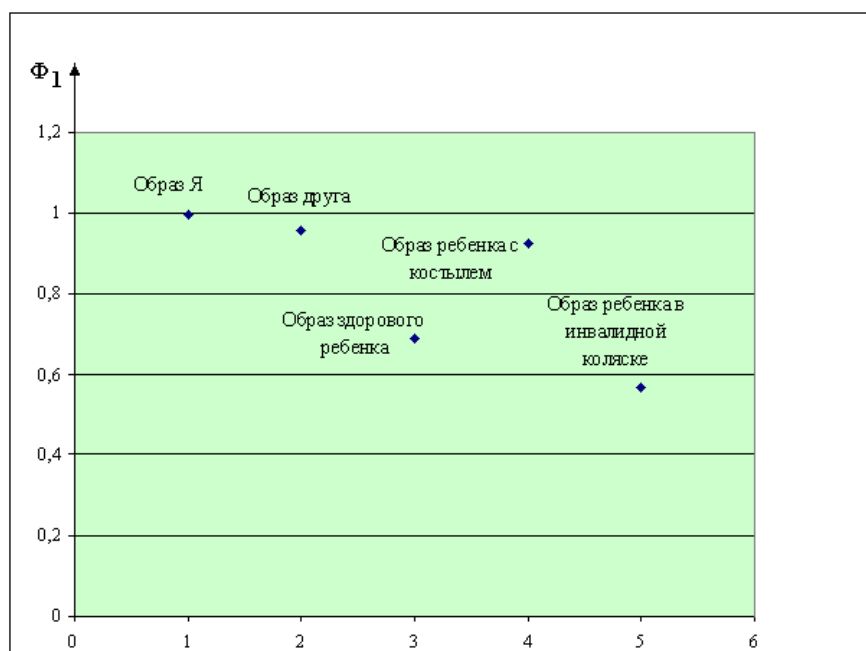


Рисунок 1. Субъективное семантическое пространство отношения здоровых детей экспериментальной группы к образам Я, друга, здорового сверстника и сверстников, имеющих отклонения в развитии
Условные обозначения: а – до участия в коммуникативном тренинге; б – после участия в коммуникативном тренинге. Φ_1 – первый фактор; Φ_2 – второй фактор

В контрольной группе картина семантического пространства отношения детей к предъявленным образам-стимулам выглядела несколько иначе, чем в экспериментальной группе (рис. 2). В результате как первого, так и повторного обследования детей анализируемые показатели распределились по двум факторам. При первом обследовании три из пяти показателей с наибольшими весовыми нагрузками сгруппировались у положительного полюса первого фактора (рис. 2а). Это были образ друга (0,90), образ ребенка в инвалидной коляске (0,89) и образ здорового ребенка (0,86). Как отмечалось выше, значения их ВК (2-й диапазон) свидетельствовали о невысоком энергопотенциале детей по отношению к каждому из этих образов. При таком энергопотенциале, согласно методике, у испытуемых преобладающей является установка на ограничение активности в деятельности.

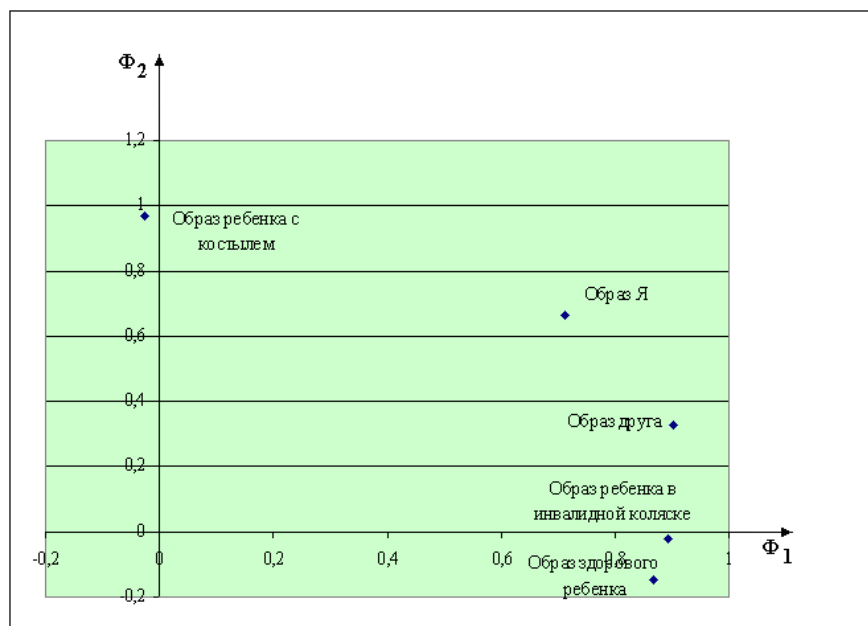
К этому же фактору относился и показатель образа Я (0,71). Он оказался в некотором отдалении от трех других показателей. При этом его ВК (3-й диапазон) указывал на состояние оптимальной психофизиологической мобилизованности дошкольников в отношении данного образа. Согласно содержанию значений ВК этих четырех показателей и исходя из их пространственного расположения, смысл первого фактора можно было понять следующим образом. Данный фактор, как и в экспериментальной группе, по-видимому, отражал низкую продуктивность детей в диалогическом взаимодействии со сверстниками. Однако, в отличие от экспериментальной группы, эта низкая продуктивность относилась к диалогу не только со здоровым сверстником, но также к диалогу с другом и с «особым» ребенком.

Во втором факторе оказался лишь один показатель – образ ребенка с костылем (0,96). Выраженность его ВК (4-й диапазон) указывала на то, что данный образ ассоциировался у дошкольников с повышенным уровнем возбуждения. Это могло означать, что в диалоге с «особым» ребенком дети контрольной группы, как и их сверстники из экспериментальной группы, могли испытывать эмоциональное напряжение и дискомфорт. Очевидно, что содержание второго фактора, как и в экспериментальной группе, отражало эмоциональную неготовность здоровых детей к диалогу со сверстниками, имеющими отклонения в развитии.

При повторном обследовании детей контрольной группы в первый фактор вошли три показателя, во второй – два (рис.2б). В первом факторе расположенными наиболее близко друг к другу оказались образ Я (0,92) и образ здорового ребенка (0,88). Каждому из них соответствовали высокие значения ВК (4-й диапазон). Согласно подходам к интерпретации значений вегетативного коэффициента, это свидетельствовало о повышенном уровне возбуждения дошкольников по отношению к обоим образам-стимулам. Образ ребенка в инвалидной коляске, имевший меньшую нагрузку (0,63), также вошел в первый фактор. Значение ВК этого показателя (3-й диапазон) указывало на оптимальный уровень возбуждения испытуемых по отношению к данному образу. Согласно приведенным данным, в целом мы рассматривали содержание первого фактора как проявление повышенной возбудимости и импульсивности

детей контрольной группы в отношении диалогического взаимодействия со сверстниками, в том числе с «особыми».

а)



б)

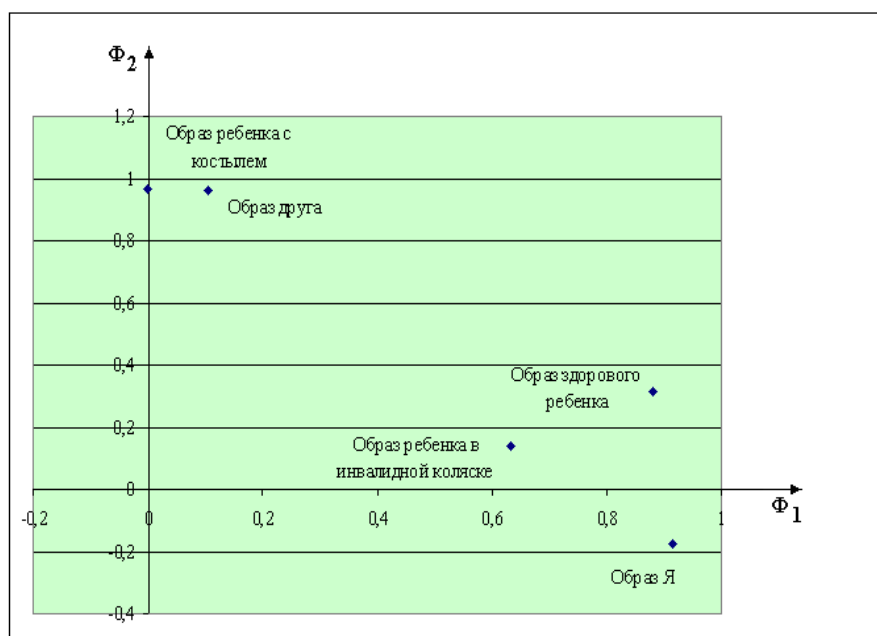


Рисунок 2. Субъективное семантическое пространство отношения здоровых детей контрольной группы к образам Я, друга, здорового сверстника и сверстников, имеющих отклонения в развитии

Условные обозначения: а – 1-е обследование; б – 2-е обследование. Ф1 – первый фактор; Ф2 – второй фактор

Содержанием второго фактора были показатели образа друга (0,96) и образа ребенка с костылем (0,97). Согласно значениям ВК, относительно первого образа у детей наблюдалась установка на продуктивную активность в деятельности (3-й диапазон); относительно второго – установка на

минимальное расходование сил в деятельности (2-й диапазон). Соответственно, второй фактор можно было интерпретировать как отражение повышенной заторможенности и стремления здоровых детей к самосохранению в отношении диалогического взаимодействия со сверстниками. Следует подчеркнуть, что в большей мере подобная тенденция проявилась в отношении образа «особого» ребенка.

Список литературы

1. Бахтин М.М. К философии поступка // Философия и социология науки и техники. Ежегодник 1984-1985. – М.: Наука, 1986. С. 80-160.
2. Бубер М. Два образа веры. Пер. с нем. – М.: Республика, 1995. – 464 с.
3. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 528 с.
4. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти т. – М.: Педагогика, 1983.
5. Гадамер Г.-Г. Истина и метод. Основы философской герменевтики. – М.: Прогресс, 1988. – 700 с.
6. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология. – СПб.: Сенсор, 1999. – 74 с.
7. Лисина М.И. Генезис форм общения у детей / Возрастная и педагогическая психология: Тексты. / Сост. Шуаре Марта О. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1992. С. 210-230.
8. Люшер М. Сигналы личности: ролевые игры и их мотивы. – Воронеж: НПО МОДЭК, 1993. – 152 с.
9. Махлин В.Л. Я и Другой. Истоки философии «диалога» XX века. – СПб., 1995. – 148 с.
10. Мясищев В.Н. Психология отношений. – М.: Институт практической психологии, 1995. – 356 с.
11. Панферов В.Н. Психология общения // Вопросы философии. 1971. № 7. С. 127-131.
12. Пасторова А.Ю. Психофизиологические и психологические особенности адаптации старших дошкольников с обычным развитием в группах интеграции. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. СПб., 2006. – 23 с.
13. Посохова С.Т. Эмоциональная неустойчивость современного ребенка // Тезисы докладов и сообщений III Международной конференции «Ребенок в современном мире». – СПб., 1996. С. 21-23.
14. Смирнова Е.О., Холмогорова В.М. Межличностные отношения дошкольников: диагностика, проблемы, коррекция. – М.: ВЛАДОС, 2005. – 158 с.
15. Тимофеев В.И., Филимоненко Ю.И. Психодиагностика цветопредпочтением: Краткое руководство практическому психологу по использованию теста М. Люшера. – Л., 1990. – 44 с.
16. Ухтомский А.А. Доминанта. – СПб.: Питер, 2002. – 448 с.
17. Фуряева Т.В. Интегрированный подход в организации воспитания и обучения детей дошкольного возраста с проблемами в развитии (зарубежный опыт) // Дефектология. 1999. № 1. С.64-71.
18. Шипицына Л.М., ван Рейсвейк К. Навстречу друг другу: пути интеграции. – СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 1998. – 132 с.
19. Шматко Н.Д. Для кого может быть эффективным интегрированное обучение // Дефектология. 1999. № 1. С. 41-56.

Направления психологической помощи родителям психически больного ребенка, госпитализированного в психиатрический стационар¹⁵

Е. В. Грошева

Введение

Проблема психологического сопровождения семей детей с отклонениями в психическом развитии в последнее время все острее становится перед специалистами «помогающих профессий». Это связано, прежде всего, с неуклонным ростом распространенности психических расстройств среди детей и подростков в России [Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М., 2000].

Психическое заболевание ребенка вызывает тяжелые переживания у его родителей и влечет за собой значительные последствия для семьи в целом, среди которых типичными являются ухудшение семейных взаимоотношений, ограничение внешних социальных контактов, ухудшение материального положения [Кабанов М.М., 1998; Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Нисневич Л.А., 2000; Шипицына Л.М., 2005].

Особенно важно психологическое сопровождение для тех семей, которые не могут принять факт психического расстройства и самостоятельно выработать адекватные стратегии совладания с ситуацией. Вместо сотрудничества со специалистами они идут по пути самоустранения из лечебно-реабилитационного процесса и игнорирования врачебных рекомендаций. Такое поведение крайне негативно сказывается на динамике психического расстройства у ребенка. Кроме того, отказ от лечения ведет к нарастанию эмоционального напряжения и у самих родителей, которое может выражаться в чувстве вины по отношению к ребенку, смешанному с чувством стыда за него, в обвинительных реакциях, направленных на врачей. Распространенной является реакция гнева как на «несправедливость судьбы», так и на ребенка, который «испортил жизнь», оказался «неблагодарным» [Савина Е.А., Чарова О.Б., 2002; Добряков И.В., Защирина О.В., 2007].

В случае тяжелых, малокурабельных расстройств (психозы со злокачественным течением, эпилепсия и эпилептическая деменция, умеренная и тяжелая умственная отсталость) у матерей, долго боровшихся за здоровье или даже жизнь ребенка, нередко формируется позиция противопоставления себя специалистам. Невозможность принять факт тяжелого расстройства и скрытая надежда на «выздоровление» проявляется в сверхтребовательности по отношению к медперсоналу и психологам, в недоверии к их прогнозам и рекомендациям, жалобах в вышестоящие инстанции. Неудивительно, что медперсонал часто негативно относится к таким родителям. Между тем они особенно нуждаются в психологической помощи, установлении доверительных отношений со специалистами.

¹⁵ Материалы диссертационного исследования Е.В. Грошевой «Отношение родителей к психическому расстройству у ребенка (в связи с задачами психологического сопровождения семьи)» (2009). Научный руководитель – проф. А.Н. Алёхин.

Исследователи отмечают, что значительной психотравмой для семьи является не только тяжелое инвалидизирующее заболевание ребенка. Семью часто дезадаптируют даже незначительные отклонения в эмоционально-волевой сфере, небольшая задержка в интеллектуальном и речевом развитии, нарушения способности к обучению [Защиринская О.В., 1997; Чепурных Е.Е., 1998; Шипицына Л.М., 2005].

Особенности понимания родителями специфики состояния ребенка, страдающего психическим расстройством, характер изменения системы их отношений в связи с его болезнью, переживания, связанные с госпитализацией ребенка в психиатрический стационар, установки в отношении лечения, как правило, остаются вне поля зрения специалистов. Однако они выступают в качестве факторов, оказывающих существенное влияние на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий [Иовчук Н.М., 2002].

Вышеизложенное определило направленность настоящего исследования.

Материал и методы исследования

Было обследовано 186 человек: 95 родителей и 91 ребенок (42 мальчика и 49 девочек). У 67% детей были диагностированы нарушения поведения, преимущественно психопатоподобного характера, сочетанные с резидуально-органической патологией; у 13% детей – умственная отсталость легкой степени, сопровождающаяся нарушениями поведения и школьной дезадаптацией; еще у 13% – невротические расстройства (преимущественно сочетанные с резидуально-органической патологией), сопровождающиеся социальной и школьной дезадаптацией, и у 7% – психозы различной этиологии.

В исследовании использовались следующие **методы и методики**:

1. Клинико-биографический метод (анкетирование и интервьюирование родителей; исследование медицинской документации).
2. Экспериментально-психологический метод:
 - «Незаконченные предложения» (вариант, разработанный Л.М. Шипициной на основе методики В.Е. Кагана и И.К. Шаца).
 - Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) В.Е. Кагана и И.П. Журавлевой.
 - Методика полярных профилей В.Е. Кагана и И.К. Шаца.
 - Опросник родительского отношения А.Я. Варги и В.В. Столина.
 - Методика Люшера.
 - Методика исследования интеллекта у детей Д. Векслера (WISC).
3. Клиническая шкала общей оценки тяжести состояния у детей и подростков (MAS).

Результаты исследования

Первым и одним из наиболее важных направлений психологического сопровождения семьи психически больного ребенка, госпитализированного в психиатрический стационар, является *развитие и поддержание доверия родителей к специалистам, врачебным рекомендациям и назначениям*. Серьезной проблемой, стоящей перед лечащим врачом, является соблюдение

рекомендаций и назначений родителями, причем не только после выписки, но даже при нахождении детей в домашнем отпуске и в процессе лечения. Родители могут самостоятельно изменять дозировку лекарственных препаратов, а иногда и произвольно меняют препарат на другой, который им посоветовали «знающие люди», часто не предупреждая и не советуясь с врачом. Аргументируются такие действия тем, что «ребенку уже стало лучше», а после принятия лекарства ему «трудно учиться», он «жалуется, что хочет спать» или, наоборот, «начал хуже себя вести». Особенно актуальна эта проблема в случае наличия психических расстройств у самих родителей или близких родственников, что нередко бывает в семьях детей с тяжелыми психическими расстройствами и дает родителям ощущение «опытности» в вопросах психиатрического лечения. После выписки многие родители испытывают также чувство вины за госпитализацию и «жалеют» ребенка, позволяя ему прервать лечение. Другие родители жалуются, что не имеют достаточного влияния на ребенка, чтобы «заставить его принимать таблетки». В результате по данным исследования лишь 61% родителей после первой выписки ребенка из стационара продолжали рекомендованное лечение. В некоторых случаях родители отмечали, что назначенному лечению после выписки предпочли такие виды «помощи», как обращение к экстрасенсам и использование средств народной медицины.

Исследование показало, что при госпитализации ребенка в психиатрический стационар только 35% родителей положительно относятся к медикаментозному лечению, что легко объясняется страхом и недоверием к психотропным препаратам. Однако они отказываются и от немедикаментозных методов. Так, семейную психотерапию хотели бы получить лишь 21% опрошенных, хотя 79% выборки – родители детей с поведенческими и невротическими расстройствами, в генезе которых ведущую роль играют семейные и социальные факторы. Родители не только стремятся уклониться от лечебно-реабилитационного процесса, но и максимально снять с себя ответственность за принятие решения о лечении ребенка, отвечая, что «у них нет времени часто приходить в больницу» и «главная и единственная проблема в семье – поведение ребенка», которое и необходимо исправить.

Другим важным направлением в психологическом сопровождении семьи является *профилактика и коррекция дезадаптивных личностных реакций родителей на диагноз психического расстройства у ребенка*. Очевидно, что госпитализация в психиатрический стационар и постановка ребенку диагноза психического расстройства, даже «легкого» в понимании врача, является тяжелейшим стрессом для родителей. В нашем исследовании конструктивные реакции на информацию о психическом расстройстве у ребенка (стремление помочь ребенку, надежда на лучшее и др.) описывают всего 22% родителей; 61% опрошенных родителей испытывали растерянность, недоверие к диагнозу, гнев, чувство безнадежности. Часто фоном для этих переживаний становились депрессивные реакции. Важно отметить, что в наибольшей мере чувство безнадежности и отчаяния в нашем исследовании испытывали родители детей с легкой умственной отсталостью и родители детей с поведенческими

расстройствами. Последние были растеряны необходимостью что-то менять в своих семейных взаимоотношениях, перестраивать общение с ребенком. Родители отмечали чувство «полной беспомощности», «потери контроля», ощущение своей воспитательной некомпетентности, испытывали чувство вины перед ребенком за госпитализацию.

Интересно, что при статистическом анализе данных с использованием факторного анализа не было выявлено тесной связи между тяжестью расстройства ребенка и переживаний родителей. На характер переживания родителей в связи с болезнью ребенка существенное влияние оказывали некоторые параметры их самооценки, уровень нозогнозии в восприятии болезни ребенка, уровень отвержения ребенка, некоторые воспитательные стратегии (авторитарность, гиперконтроль и симбиотичность отношений).

Естественным направлением психологического сопровождения семьи ребенка, госпитализированного в психиатрический стационар, является работа, направленная на *повышение эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий и профилактику повторных госпитализаций у детей*. Универсальным фактором риска, повышения частоты и/или длительности госпитализаций, актуальным для детей со всеми исследованными нами формами психических расстройств, стало эмоциональное отвержение ребенка родителями. В семьях детей с поведенческими расстройствами эмоциональное отвержение является кроме того серьезным фактором риска неблагоприятных последствий в отношении лечения ребенка. Оно сопряжено с усилением авторитарности воспитания ($p < 0,01$), ростом напряженности по отношению к заболеванию ребенка у всех членов семьи ($p < 0,05$). Родители утрачивают способность адекватно воспринимать личностные особенности ребенка: понижается оценка его характерологических особенностей ($p < 0,01$), коммуникативных способностей ($p < 0,01$), навыков контроля своего поведения ($p < 0,05$), способности к сотрудничеству ($p < 0,001$). Результатом такого отношения является формирование образа ребенка, не соответствующего его реальным особенностям и возможностям. Также было выявлено, что родителям детей с поведенческими расстройствами более свойственно неполное осознание тяжести расстройства (гипонозогнозия) ($p < 0,001$).

Родителям детей с легкой умственной отсталостью достоверно чаще свойственна гипернозогнозия и преувеличение тяжести состояния ребенка, что часто негативно сказывается на его адаптации. Выявлено, что жесткий контроль активности ребенка с легкой умственной отсталостью сопряжен с увеличением частоты его госпитализаций ($p < 0,05$), а авторитарная установка в воспитании – с увеличением длительности госпитализации ($p < 0,05$).

Полученные результаты позволяют предположить, что психологическая помощь родителям детей с умственной отсталостью и поведенческими расстройствами должна быть направлена на формирование адекватной картины болезни ребенка, способности различать патологические поведенческие характеристики и личностные особенности ребенка, преодоление неконструктивных воспитательных установок. При этом в работе с родителями детей с поведенческими расстройствами важно сделать акцент на содействии

пониманию родителями болезненного происхождения нарушений поведения, а у родителей детей с умственной отсталостью важно сосредоточить работу на преодолении гипернозогнозии, профилактике создания у родителей инвалидизированного образа ребенка.

Было выявлено, что даже на этапе стационарного лечения хорошим прогностическим фактором в отношении его успешности в семьях детей с психозами являются толерантное отношение всей семьи к особенностям ребенка ($p < 0,01$), принятие его родителями ($p < 0,01$), предоставление ему определенной свободы, допустимой при его психическом состоянии ($p < 0,01$). Гипернозогнозическое же отношение к состоянию ребенка ($p < 0,05$), высокий контроль его активности ($p < 0,01$) и высокая напряженность в отношении его заболевания ($p < 0,01$) сопряжены с повышением количества госпитализаций ребенка. Это определяет важность создания у родителей ребенка с психотическим расстройством адекватной картины его заболевания, выработки умения правильно оценивать его состояние и навыков взаимодействия с ребенком как в ремиссии, так и при декомпенсации. При этом важно уделять внимание эмоциональному состоянию самих родителей. Групповая работа является наиболее эффективной для решения этих задач. В группе родители могут получить поддержку друг от друга, поделиться своими переживаниями или узнать новую информацию о способах совладания с измененным болезнью поведением детей, о возможностях получения медицинской, психологической, социальной или юридической помощи.

Заключение

Анализ проведенных исследований показал высокую актуальность проблемы развития системы психологического сопровождения семьи ребенка с психическим расстройством как в психиатрических стационарах, так и в рамках амбулаторной службы и консультативных центров.

Важными мишенями для коррекции в процессе психологического сопровождения являются такие переживания родителей, как эмоциональная напряженность, тревога, растерянность, ощущение беспомощности, некомпетентности, недоверие к психиатрическому лечению, эмоциональное отвержение ребенка, а также неконструктивные воспитательные стратегии. Другой группой мишеней являются такие особенности поведения родителей в лечебно-реабилитационном процессе, как недостаточный уровень соблюдения врачебных рекомендаций, низкая активность в лечебно-реабилитационном процессе и стремление минимизировать ответственность за состояние ребенка, неадекватная оценка особенностей и способностей ребенка, а также недостаток информации о болезни и лечении ребенка.

Полученные данные позволяют заключить, что психокоррекционные и просветительские мероприятия с родителями следует начинать с момента поступления ребенка в больницу и продолжать после выписки ребенка из стационара на всем этапе поддерживающего лечения. Психологическая и психотерапевтическая помощь семье ребенка с психическим расстройством должна быть доступна и в период после окончания поддерживающего лечения

в случае ухудшения состояния ребенка или в связи с появлением у родителей беспокоящих их вопросов по поводу заболевания или взаимоотношений ребенка внутри или вне семьи. Такое сопровождение возможно осуществить в рамках консультативных центров.

Выводы

1. Психологическое сопровождение семьи ребенка с психическим расстройством должно начинаться при поступлении ребенка в стационар и продолжаться после его выписки.
2. Мероприятия психологической помощи родителям детей, госпитализированных в психиатрический стационар, должны быть комплексными и дифференцированными, проводиться командой специалистов, включающей врача-психиатра, психолога, психотерапевта, педагога-дефектолога, при необходимости – логопеда, социального работника и юриста; учитывать форму заболевания ребенка, особенности микросоциальной среды, индивидуальные эмоционально-личностные особенности родителей.
3. Основными направлениями психологического сопровождения семьи ребенка, госпитализированного в психиатрический стационар, являются:
 - развитие и поддержание доверия родителей к специалистам, работающим с ребенком, врачебным рекомендациям и назначениям;
 - коррекция дезадаптивных эмоционально-личностных реакций родителей на болезнь ребенка и лечение;
 - повышение эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий и профилактику повторных госпитализаций у детей.
4. Содержание помощи родителям детей с психическими расстройствами:
 - помощь родителям в принятии факта психического расстройства у ребенка;
 - преодоление чувства беспомощности, безнадежности, формирование образа будущего, преодоление чувства вины за госпитализацию ребенка в психиатрический стационар;
 - преодоление эмоционального отвержения ребенка;
 - формирование у родителей адекватного образа ребенка;
 - формирование ответственного отношения к врачебным рекомендациям, повышение активности родителей в лечебно-реабилитационном процессе;
 - подробное информирование родителей о психическом состоянии ребенка, его прогнозе, лечении, последствиях;
 - коррекция неадекватных воспитательных установок в отношении ребенка.

Список литературы

1. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994-1999 гг.). – М.: Медпрактика, 2000. – 508 с.
2. Добряков И.В., Заширинская О.В. (авт.-сост.) Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия. – СПб.: Речь, 2007. – 400 с.

3. Заширинская О.В. Внутрисемейные отношения у младших школьников с задержкой психического развития // Теоретические и прикладные вопросы психологии. Материалы юбилейной конференции «Ананьевские чтения – 97» / Под ред. А.А. Крылова. – СПб.: СПбГУ, 1997. С. 83-89.
4. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Нисневич Л.А. Как помочь «особому» ребенку. Книга для педагогов и родителей. 2-е издание. – СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 2000. – 96 с.
5. Иовчук Н.М. Просветительская, лечебно-коррекционная и социо-реабилитационная работа с семьей психически больного ребенка (некоторые размышления о первоначальном опыте) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2002. № 2. С. 42-47.
6. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 256 с.
7. Савина Е.А., Чарова О.Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями развития // Вопросы психологии. 2002. №6. С.15-21.
8. Чепурных Е.Е. Дети с особыми нуждами: социальная и педагогическая поддержка // Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь. Материалы Всероссийской науч.-практ. конф. (Москва, 22 – 25 сентября 1998 г.) – М., 1998. С. 3-9.
9. Шипицина Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. – СПб.: Речь, 2005. – 477 с.

Нарушения объектных отношений как фактор соматизации у пациента с нарциссическим расстройством личности

С. А. Кулаков

Психотерапия личностных расстройств остается одной из актуальных профессиональных проблем. Наибольшее внимание привлекают пограничные личностные расстройства, среди которых психотерапия нарциссического типа организации характера представляет наибольшую сложность. Патология, поражающая глубинные образования личности, проявляется во всех психических сферах: когнитивной, эмоциональной, поведенческой. Фиксация на ранних стадиях психосексуального развития, использование незрелых психологических защит создает предпосылки для психосоматического реагирования. Страдания человека, испытывающего дефицит любви с детства, делают невыносимым пребывание рядом с ним близких, в которых он так нуждается. Краткосрочные методы терапии и медикаментозное лечение неэффективны, а длительная психотерапия осложняется трансферентными отношениями, неминуемо возникающими в работе с такими пациентами. И человек, наиболее нуждающийся в помощи, не имеет возможности получить и принять ее. В связи с этим изучение механизмов развития и разработка стратегии и приемов психотерапии психосоматических расстройств с сопутствующей личностной патологией остается сложной задачей для практикующих психотерапевтов.

Несмотря на наметившуюся эклектичность, психодинамический подход по-прежнему составляет основу терапии личностных расстройств. Одним из

направлений развития психоанализа стала современная теория объектных отношений, которая рассматривает развитие личности через процессы интернализации. Согласно этой теории формирование идентичности происходит через последовательное усвоение значимых объектов, путем создания внутренней репрезентации образа матери, отца и других значимых фигур в окружении ребенка. Развитию идентичности препятствуют фрустрирующие отношения с близкими. Нарушение идентичности, которое можно рассматривать как незавершенность внутренней «Я-репрезентации», составляет основу пограничной личностной организации. Образ «Я» остается недостроенным, диффузным, с размытыми границами. На физическом уровне нарушение идентичности проявляется трудностями определения телесных границ. Психологическое: «Где я, где не я» имеет и телесное воплощение. Не формируется представление о собственном телесном облике, возникают трудности с определением локализации и качества телесного контакта (человек не может определить, можно к нему прикоснуться или нельзя, приятно ему ощущение или нет и т.п.). Возникает парадоксальное сочетание повышенной чувствительности и блокирования ощущений у одного и того же пациента. Амбивалентность в отношении со значимыми людьми может проявляться в соматизированных реакциях на границах контакта в виде кожных и астматических проявлений.

Примером соматизации при нарушениях объектных отношений у нарциссической личности может служить следующее наблюдение.

После безуспешного лечения в аллергологическом центре к психотерапевту был направлен Артур, 21 год, с жалобами на кожный зуд. Артур учится на 5 курсе психологического факультета, посещает семинары по психодраме. Ранее к психотерапевту не обращался.

В семье Артура по линии матери прослеживалось доминирующее влияние женской подсистемы («моя мать привыкла управлять, бабушка тоже»). Мать характеризует как «свободную, сильную, рациональную». Отец мягкий, чувствительный, воспитывался в неполной семье. Артур был желанным ребенком. До его рождения у матери были повторные выкидыши. Эпизодов раннего общения с матерью пациент не помнит. Отношения с отцом были теплые, доверительные: помнит, как отец «баюкал его, пел колыбельные песни». В старшем подростковом возрасте больше сблизился с матерью, постепенно отдалился от отца, который «предал его», не смог оказать поддержку. Близкие отношения с другими людьми малодоступны пациенту, чувствует свою «особенность». Избирательно общается с девушками. Партнерши Артура, как правило, были старше его. По поводу проблемы обращения сообщил, что кожный зуд появлялся и раньше при разрыве отношений с девушкой, в настоящее время также находится в ситуации разрыва. После первичной консультации Артуру было рекомендовано участие в психотерапевтической группе.

На одном из занятий Артур высказал намерение поработать над проблемой отстраненности. Проблема была заявлена на стадии формирования группы. В разогревающем упражнении с использованием мотива символдрамы «дерево» «отстраненность Артура» изобразил в виде дерева без верхушки с огромным полым стволом («внутренняя пустота»), с изломанными, иссушенными ветвями.

Фрагмент интервьюирования в роли:

П.: Когда *Это* появилось у Артура?

А.: (отстраненно) Не так давно... Лет пять назад.

П.: Почему *Это (отстраненность)* выбрало Артура? Он особенный?

А.: Конечно (оживился)

Артур рассказывает о событии, которое, по его мнению, повлияло на формирование отстраненности. Речь шла о первом опыте отношений с девушкой (Олей), его фрагменты воспроизведены в клинической ролевой игре. На роль Оли Артур выбрал девушку с миловидной женственной внешностью, непосредственную, эмоциональную. В шестнадцатилетнем возрасте Артур познакомился с Олей, она была на пять лет старше и не воспринимала его всерьез. Но Артур сумел завоевать внимание своей избранницы, и у них сложились очень доверительные отношения, в которых проявлялась теплота, забота друг о друге. Артур мечтал жениться на Оле. Все изменилось, когда Оля сообщила Артуру, о том, что она беременна, и предоставила ему право выбора в сложившейся ситуации. Артур оказался не готов к этому выбору и расценил поведение Оли как предательство. Родители Артура также предоставили ему «решать самому». Оля сделала аборт, после чего молодые люди расстались («постепенно отдалились друг от друга, и разрыв произошел сам собой»). Артур испытывал чувство вины за инцидент, он долго не мог поддерживать близкие отношения с девушками. Тогда впервые появился кожный зуд. Прошло несколько занятий, и Артур выразил желание вернуться к обсуждению своей проблемы.

Артур: ... В прошлый раз я не все сказал... Было еще одно событие, которое повлияло на наши отношения с Олей...

Психотерапевт предлагает Артуру самому стать режиссером психодрамы. Это устраивает молодого человека. Он сажает Олю на стул, становится позади и ведет рассказ от третьего лица, одновременно пытается анализировать свои чувства. Невербальное поведение отражает «борьбу с самим собой»

Психотерапевт: Какие части у тебя борются?

Артур: Контроль и Чувства.

Участники группы выбирают на роль чувств (Дима) и контроля (Миша).

Схема расстановки (Рисунок 1)

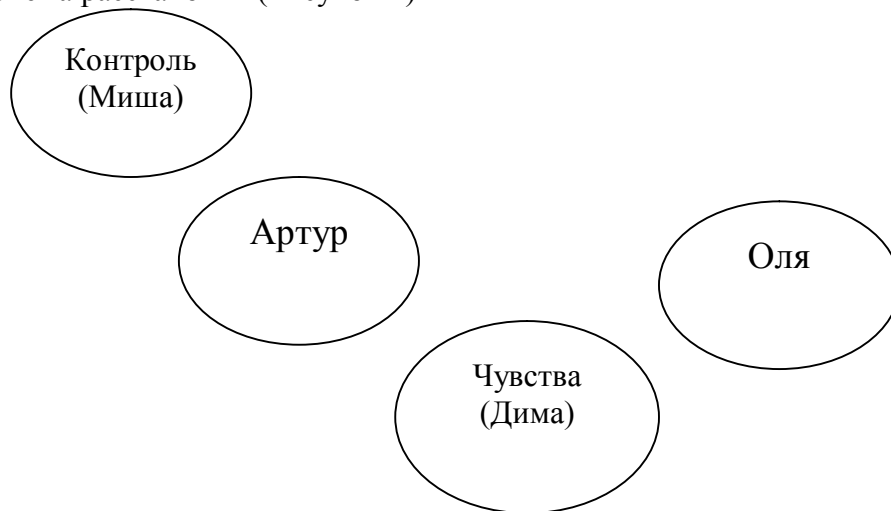


Рисунок 1.

Рассказ Артура живой, эмоциональный, вызывает сочувствие. Он активно жестикулирует, кладет руки на плечи Оле. Но постепенно голос становится ровнее, суждения рациональнее, обедняется мимика, жесты. Артур реже кладет руки на плечи девушке и постепенно отстраняется. «Контроль начинает управлять чувствами» Расстановка меняется (Рисунок 2).

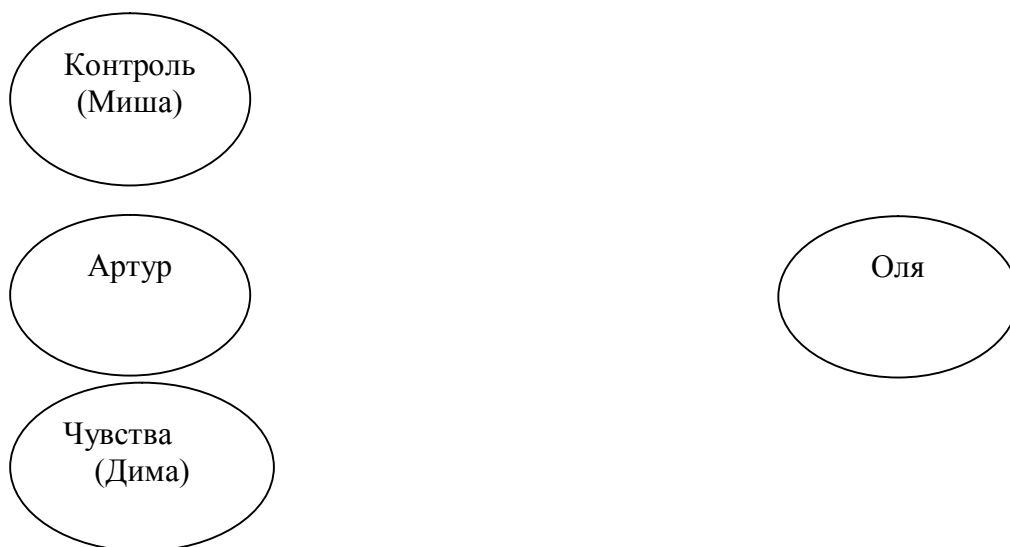


Рисунок 2.

Психотерапевт: Чей голос ты слышишь в контроле?

Артур: ... мамин

На роль мамы приглашается Ирина. Используется третий вариант расстановки (Рисунок 3).

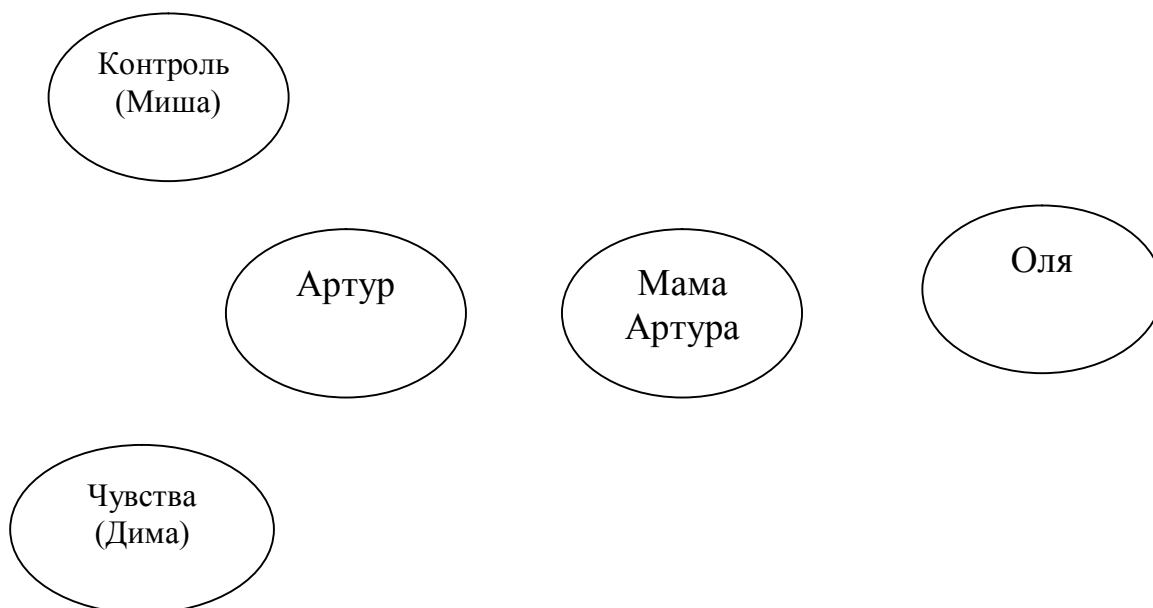


Рисунок 3.

После непродолжительной сцены общения Артура и Оли психотерапевт просит рассказать о своих отношениях с родителями.

Артур: С отцом у нас были очень доверительные отношения, близкие, теплые. Но когда мне потребовалась его поддержка (в ситуации принятия решения об аборте), он предал меня, и отношения прервались (стали формальными)

Психотерапевт: Какие отношения с матерью, она контролирует тебя?

Артур: Мать не контролирует – она сама очень свободна и мне предоставляет свободу. Я похож на мать. С матерью у меня доверительные отношения. Сейчас мать уже перекладывает что-то на меня. Например, когда умирал мой дедушка (отец матери), она попросила меня побыть с умирающим, и я оставался с ним около часа наедине.

Психотерапевт: Она выбрала его на роль гробовщика (реплика в сторону). Что ты чувствовал?

Артур: Чувств не было, была рассудительность, только потом, после похорон сны, видения... Мне кажется, что несмотря на свободу, мать меня удерживает...

У психотерапевта возникла идея воспроизвести линию развития юноши, начиная с рождения. Группа инсценирует рождение. Отец, роль которого исполняет Костя, баюкает, нянчит «новорожденного». Он гораздо ближе к мальчику, чем мать. Артур подрос и объединился с матерью. Отец очень чувствительный (слабый?), мать старается сделать его рассудительным.

Психотерапевт: Ты тоже пытаешься воспитывать отца?

Артур: Да.

В следующем фрагменте психодрамы воспроизведен диалог Артура с отцом.

Отец: Я так люблю мать. Почему она так холодна ко мне?

Артур: Ты же понимаешь, что в этом есть и твоя вина. Ты пропадаешь...

Отец: Ты от меня отдалился...

Диалог дублируется в исполнении других участников – Оли и Артура.

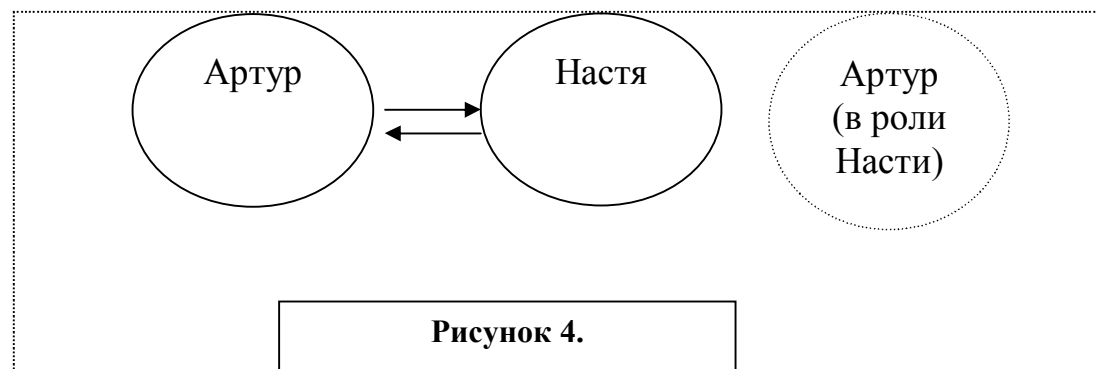
Оля: Почему ты холоден ко мне?

Артур: ...

Психотерапевт (дублирует Артура, пробная интерпретация): Я любовник своей матери.

Артур (после паузы): Мою сегодняшнюю девушку зовут Настя. Но мы не называем друг друга по именам. Я называю ее Анима. (Выбирает участницу группы на роль Насти). С Настей мы очень похожи, она такая же рациональная, активная. Но наши отношения не сложились, и когда мы расходимся – оба начали испытывать кожный зуд.

По просьбе психотерапевта разыгрывается психодраматическая виньетка со сменой ролей. Артур выступает от себя и от роли Насти (Рисунок 4).



Артур: Понимаешь, Настя, мы очень похожи, я становлюсь зависимым. Как бы я не бежал от наших отношений, я становлюсь все более зависимым. Мы с тобой так похожи, во всем похожи, я боюсь тебя потерять.

Настя: Да, мы так похожи, я боюсь тебя потерять. Почему?

Артур: Я боюсь упасть в твоих глазах.

Настя: (от имени Насти говорит Артур). Ты напоминаешь моего любимого человека, который меня бросил, я боюсь назвать тебя его именем. И каждый раз, когда я дохожу до чего-то серьезного, я срываюсь. Я не верю в себя.

Настя: (дублирует) Я не верю в себя.

Артур: Ты не веришь в себя, ты не доверишь мне

Настя: Я боюсь.

Артур: Давай рискнем. Мы можем за это заплатить.

Настя: Заплатишь только ты.

Артур: Я готов.

Настя: Теперь я испытываю чувство вины.

Артур: Сколько тебе дать времени?

Настя: Не давай мне времени.

Артур (обращаясь к группе): Я понял, что Настя стала ломаться, сдаваться и потерял к ней интерес.

Групповое обсуждение. Следует отчет о своих чувствах из ролей.

Мать Артура: Когда Артур стоял рядом, я чувствовала сильного человека. Папа терялся для меня. Вот он мой Артур, ребенок, которым я горжусь, он мне дал то, чего не дал муж.

Группа: Что ты не взяла от мужа.

Отец: Я почувствовал обиду, что не смог ничего создать с твоей матерью... и предательство. Слабый ты оказался, чтобы жить душой.

Критическая часть (Миша): Я такая маленькая.

Оля: После аборта мне было тяжело, ты сказал, что это было мое решение. Меня опустошили, мне не дали чувств. Сегодня чувства были ближе. Когда передо мной посадили твою мать, я поняла, что мной манипулировали. Мне было так хорошо, что я из этого вышла. Когда появилась другая девушка, возникла злость. Но когда я наблюдала за вами... Ты такой **режиссер** – играй дальше, Слава Богу!

Чувства (Дима почти все время дремал на диванчике): Я был покинут. В позиции 1 я был значим. Потом меня отодвинули, я ушел и, думаю, навсегда.

Настя: Это было здорово, мы похожи, это так романтично. Но было... Меня бросили. Больше я никому не позволю это сделать. Нашелся человек, который подобрался к моей ахиллесовой пяте, и я уже готова сказать: «Да, я хочу быть с тобой». И тут я не нужна. Я открыла дверцу – вино не перебродило в уксус. Я люблю тебя, и для меня это не закрыто! Делай с этим, что хочешь!

По просьбе психотерапевта участникам предлагается выйти из роли.

Аня (исполнительница роли Настя): У меня это было, тогда я не открыла дверцу, а если бы... Я не Настя, я Аня. Я становилась собой и становилась тобой. Ты это быстро менял и оставался **режиссером**. Ты боишься тех, кто заставляет тебя чувствовать, ты бежишь от них. Артур просит дать ему честную «обратную связь», ибо на учебных группах его «щадил».

Участники группы высказываются по очереди.

- Типичный сценарий, когда женщина выполняет мужскую роль. Мужчина слаб и не интересен. *Мать* учит мальчика играть мужскими энергиями.
- Мальчик играет в солдатиков, он смел и отважен, вдруг шум снарядов...бежит с передовой.
- А ты не пробовал с ней переспать?

Группа оживилась, «Чувства» (Дима) проснулись и пошли по кругу под аплодисменты участников.

- Я часто развращаю мужчин, обращаясь к их рассудку. А где близость?
- В казино гарантий не дают.
- Вампиры-гермафродиты в банке жрут друг друга.

Артур озадачен. В заключительном слове сообщил, что это занятие для него было тяжелым, но заставило задуматься. После окончания группы психотерапевт рекомендовал юноше продолжить индивидуальную психодинамическую психотерапию.

Нарциссические личности озабочены тем, как их воспринимают другие. Стремясь заполнить внутреннюю пустоту, они испытывают постоянную потребность в любви, которая никогда не бывает удовлетворена. Остро нуждаясь в близких отношениях, они разрушают эти отношения и при этом сами очень страдают. Как правило, эти страдания вытесняются на телесный уровень, оставляя пустоту в душе. Подобная организация личности выстраивается в патологических объектных отношениях, которые

формируются в нескольких поколениях. В представленном примере мы проследили трансгенерационные механизмы формирования нарциссической личности в объектных отношениях (Рисунок 5). В семье Артура прослеживается патологизирующее влияние «размытых» гендерных ролей. Родители Артура были единственными детьми. В семье матери женщины всегда были «управляющими». Отца Артура мать воспитывала одна, что также отражает грубые структурно-ролевые нарушения на уровне семейной системы. Это ведет к дальнейшей редукции мужской подсистемы и снижению половой дифференциации.

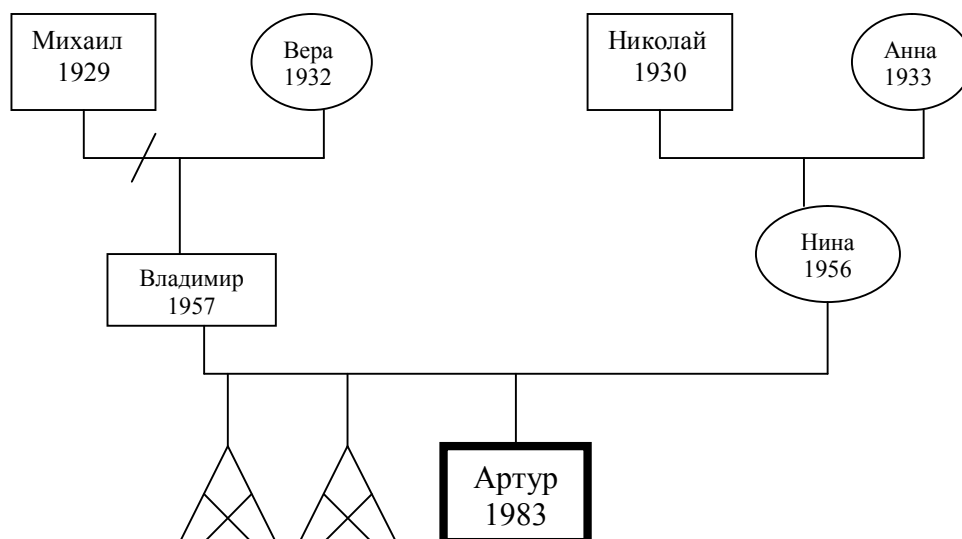


Рисунок 5.

Объектные отношения отражают фиксацию на преэдипальной фазе развития, которая характеризуется симбиотическими отношениями и нарушением формирования гендерной идентичности, спутанностью ролей. Артур идентифицирует себя с образом матери. Он хочет походить на нее – свободную, сильную, а значит отличаться от отца – мягкого и чувствительного. Такая идентификация препятствует формированию нормальной гендерной идентичности у мальчика. Партнерские отношения с носительницами типичных женских качеств не складываются. Нынешняя избранница Артура похожа на его мать и одновременно на него самого. Отказ от обращений по имени также отражает нарушение идентичности. Используемое «имя» Анима подчеркивает половую принадлежность, о которой необходимо напоминать, так как реальное поведение размывает границы и сглаживает различия между полами. В тоже время нет нормального отделения от матери, что препятствует нормальным партнерским отношениям Артура («любовник своей матери») и отдаляет от отца; не формируется любви, которая, по мнению О. Кернберга, составляет основу объектных отношений зрелой личности.

Катамнез 5 лет. Молодой человек здоров, занимается психотерапевтическим консультированием.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

<i>авторы статей</i>	<i>e-mail</i>
Алёхин Анатолий Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена	<i>termez59@mail.ru</i>
Аринцина Ирина Александровна – ассистент кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>arinz@mail.ru</i>
Афанасьева Елена Дмитриевна – аспирантка кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>afel@bk.ru</i>
Белан Екатерина Евгеньевна – старший преподаватель кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>katrin-belan@yandex.ru</i>
Вертячих Наталья Николаевна – выпускница аспирантуры кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>natalya_morozova@bk.ru</i>
Войнова Елена Юрьевна – кандидат психологических наук, соискатель кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>evoin3000@ya.ru</i>
Бортникова Елена Геннадьевна – кандидат психологических наук, заведующая «Лабораторией здоровья» при кафедре клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>bortnik_78@mail.ru</i>
Грошева Елена Владимировна – кандидат психологических наук, выпускница аспирантуры кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>elena1079@list.ru</i>
Давтян Елена Николаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>elena.davtian@gmail.com</i>
Даев Евгений Владиславович – доктор биологических наук, профессор кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>mouse_gene@mail.ru</i>
Егоркина Таисия Васильевна – кандидат психологических наук, выпускница аспирантуры, ассистент кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>taisiya_egorkina@rambler.ru</i>
Иовлев Борис Вениаминович – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Лаборатория клинической психологии и психодиагностики).	<i>natalya_morozova@bk.ru</i>
Кадис Леонид Рувимович – аспирант кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>k_leon@list.ru</i>
Кенунен Ольга Геннадьевна – кандидат биологических наук, доцент кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>o_kenunen@mail.ru</i>
Красильщикова Елизавета Александровна – выпускница кафедры клинической психологии, аспирантка кафедры психологии человека РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>liza@liza.spb.ru</i>
Кулаков Сергей Александрович – доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>kulaksergey@yandex.ru</i>
Кудрявцева Светлана Викторовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>kcv@inbox.ru</i>
Лассан Людмила Павловна – кандидат психологических наук, профессор кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>lassan@mail.ru</i>

Малкова Елена Евгеньевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>helen_malkova@mail.ru</i>
Малыхина Яна Викторовна – кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>strela@sbor.net</i>
Мухитова Юлианна Владимировна – аспирантка кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>che88@mail.ru</i>
Пятакова Галина Викторовна – кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>pyatakova@yandex.ru</i>
Реброва Нина Павловна – кандидат биологических наук, доцент кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>nina.rebrova@gmail.com</i>
Савельева Ксения Юрьевна – выпускница кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>kseniasavelieva@yandex.ru</i>
Трифонова Елена Александровна – кандидат психологических наук, кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>trifonovahelen@yandex.ru</i>
Финагентова Надежда Викторовна – выпускница аспирантуры кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>nfinagentova@yandex.ru</i>
Храмов Валерий Владиленович – ассистент кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>h-vv@mail.ru</i>
Чижова Алиса Игоревна – аспирантка кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>a.chizhova@mail.ru</i>
Яровинская Анна Владимировна – ассистент кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.	<i>jrov_a@mail.ru</i>