Министерство науки и высшего образования РФ

Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И Лобачевского

Факультет социальных наук







КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, ОБРАЗОВАНИИ И СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ:

ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ

Сборник докладов по материалам Всероссийской межведомственной научно-практической конференции

Нижний Новгород, 17 февраля 2022 г.

Нижний Новгород 2022 УДК 159.9 ББК 88+74 К49

Редакционная коллегия:

Т.В. Маркелова, д.психол. н., доцент; Ж.А. Шуткина, к. пед. н., доцент; С.В. Давыдов, к.психол.н.; Е.А. Бурова

К49 «Клиническая психология в здравоохранении, образовании и социальной сфере: онтогенетически ориентированные подходы»: Сборник докладов Всероссийской межведомственной научно-практической конференции, Нижний Новгород, 17 февраля 2022 г. – Н. Новгород: ННГУ им. Н.И. Лобачевского, 2022. – 120 с.

ISBN 978-5-91326-745-0

Сборник включает в себя доклады Всероссийской межведомственной научно-практической конференции в области клинической психологии в здравоохранении, образовании и социальной сфере. Представленные материалы отражают широту научных интересов исследователей и специалистов России.

ISBN 978-5-91326-745-0

УДК 159.9 ББК 88+74

СОДЕРЖАНИЕ

Шевченко Ю.С. Концепция интегративной онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии	4
Белопольская Н.Л. Диагностика психической нормы и патологии: психологические критерии	
Еременко Н.А. Психолого-педагогическое сопровождение подростков, имеющих проблемы в развитии, поведении, общении в условиях НКЦ «Развитие»	52
Левицкая Ю.Л. Комплексный подход к повышению адаптационных возможностей детей с РАС в рамках нижегородского коррекционного центра «Развитие»	57
Маркелова Т.В., Шуткина Ж.А., Бурова Е.А. Особенности личности, склонной к суицидальному поведению	74
Давыдов С.В., Семонюк А.М. Феномен телесности в онтогенетически ориентированном психотерапевтическом подходе	80
Фархутдинова Ю.Н. К вопросу о факторах невротических рас- стройств в детском возрасте	85
Матвеева Н.В., Исаченкова О.А. Психологическое сопровождение людей пожилого возраста	90
Семонюк А.М., Давыдов С.В., Глебов И.А. Стресс и ранние деза- даптивные схемы	95
Дякина Н.В. Диссоциация как защитный механизм при психиче- ских травмах	
<i>Шапкина Ю.В.</i> Психологические особенности подростков, страдающих психическими расстройствами, склонных к суицидальному поведению	

ШЕВЧЕНКО ЮРИЙ СТЕПАНОВИЧ

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии последипмлоного образования, г. Москва e-mail: europsy@mail.ru

КОНЦЕПЦИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНО-КОНДУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ

Характерная для настоящего этапа развития российской психотерапии переориентация с директивных методов на недирективные, а также возможность широкого знакомства с различными теоретическими концепциями и практическими техниками, существующими в мире, являются несомненным стимулом для развития данной дисциплины. Одной из особенностей современной психотерапии является тенденция отказа от ортодоксального следования канонам той или иной классической школы в стремлении к интеграции самых различных подходов и методов [42].

Что касается концептуального аспекта проблемы внутридисциплинарной, междисциплинарной и транскультуральной интеграции, то отмечающийся приоритет чисто прагматического применения психотерапевтических и психокоррекционных техник, особенно в условиях потока информации о различных, часто чуждых психотерапевтических школах Запада и Востока, требует теоретико-методологической корректировки [1, 3, 51, 74]. В противном случае существует опасность сугубо эклектического и малообоснованного применения случайного набора отдельных психотерапевтических приемов, лишенного интегрирующего стержня, способного объединить широкое многообразие существующих методик и техник, направленных на разные уровни психической организации человека.

В отличие от «эклектической психотерапии» истинно интегративная психотерапия предполагает, прежде всего, концептуальный синтез разных базисных систем и уже на этой основе объ-

единение конкретных лечебных методов, возникших из различных теоретических источников [23, 28, 81]. При этом, чем более общим, выходящим за координаты собственно психотерапевтической парадигмы (в рамках которой любая синтетическая методика, так или иначе, тяготеет к ее суггестивному, когнитивному, бихевиоральному или психоаналитическому полюсу), является концептуальный стержень интеграции, тем большее количество разнородных практических подходов он в состоянии идейно примирить. Крайние точки этого стержня определяются диалектической сущностью человека, как "общественного животного" и его психики, как природно-социального образования со сложной многоуровневой структурой.

Биологически ориентированная модель интегративной психотерапии была разработана в России профессором В.Е. Рожновым [59, 60] под влиянием учения Ганса Селье и развивалась московской школой под названием "эмоционально-стрессовая психотерапия". Сам автор концепции практически реализовал в ее рамках интеграцию методов суггестии (в форме эмоционально-стрессового гипноза), рациональной психотерапии (в форме сократического диалога – диалога а ля Сократ) и системы психической ческого диалога – диалога а ля Сократ) и системы психическои саморегуляции, проводимой как медитационная аутогенная тренировка [60]. В то же время, поскольку ключевым словом в названии данной концепции является слово "стресс", то она способна интегрировать самые различные методики (включая психодраму, арт-терапию, радикальные бихевиоральные и иные приемы), целенаправленно использующие мобилизующий психофизиологический эффект эмоционального потрясения [37, 47, 50, 56, 69].

Психологическая модель интеграции разрабатывается в России Санкт-Петербургской психотерапевтической школой во главе с профессорами Б.Д. Карвасарским, Г.Л. Исуриной [25, 27, 28] и другими и получила название "личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии" [28]. Основанная на психологии отношений и учении о неврозах В.Н. Мясищева [46] эта психодинамически направленная концепция в качестве основной цели ставит позитивные личностные изменения в виде реконструкции и гармонизации нарушенной системы отношений за счет коррек-

ции неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов. В качестве методических приемов реализации данного подхода используются групповая дискуссия, психодрама, психогимнастика, психопантомима, проективный рисунок, музыкотерапия и проч. В систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии интегрируются принципы и методы бихевиоральной, когнитивной и гештальт-терапии [1, 28, 37].

Обе национальные концепции интегративной психотерапии представляются вполне обоснованными и взаимодополняющими. В то же время их механический перенос на детско-подростковый возраст вряд ли возможен, хотя бы в силу того, что интенсивно растущий и созревающий организм ребенка и так находится в состоянии почти перманентного психофизиологического стресса, что оставляет не так уж много сил для дополнительной мобилизации его внутренних резервов. Однако, если речь идет о стрессовом воздействии на инертный "порочный круг" (circulusvitiosus) хронических патогенетических механизмов болезни, т.е. на «устойчивое патологическое состояние» (по Н.П.Бехтеревой) [6] ребенка и его среды, способном разорвать сложившуюся патологическую систему и "вытолкнуть" пациента и его ближайшее окружение на более здоровый уровень функционирования, то данный принцип оправдан в любом возрасте [4, 5, 14, 24, 45, 55, 85].

С другой стороны, и собственно личностная ориентация психотерапевтических воздействий возможна не ранее 3-х летнего возраста, когда ребенок начинает пользоваться местоимением "Я". В то же время как собственно психотерапия, так и практически неотделимая от нее в детской практике психологическая коррекция, осуществляемые в самом раннем (и даже в пренатальном) возрасте признаны не только возможными, но и наиболее перспективными направлениями в обеспечении психического здоровья подрастающих членов общества [18, 19, 31, 32, 78]. В самом деле, если психическая травма рождения или деструктивный психологический симбиоз (дословно — сожительство) с матерью будут предотвращены или изжиты в раннем возрасте, то взрослому человеку не потребуется многолетней психоаналитической

работы над разрешением этих вытесненных в подсознание проблем.

Но и позже чисто реконструктивная направленность лечебного процесса в отношении активно формирующейся и развивающейся психики ребенка выглядит явно недостаточной. Кстати, термин "реконструкция", используемый авторами и приверженцами указанной концепции [1, 27] имеет два значения:

приверженцами указаннои концепции [1, 27] имеет два значения: 1 — восстановление облика чего-либо по сохранившимся остаткам или описаниям; 2 — коренное переустройство; перестройка по новым принципам; переоборудование, усовершенствование или упорядочение чего-либо. Говоря о реконструктивной психотерапии, в каждом конкретном случае следует уточнять о какой перестройке идет речь — о восстановлении того, что разрушено болез-

стройке идет речь — о восстановлении того, что разрушено болезнью, либо о качественном изменении изначально несовершенного «здания души». Оба подхода закономерны и являются основой интеграции усилий врача и психолога при лечении конкретной болезни у конкретного больного или психологической коррекции конкретного клиента с конкретными расстройствами, связанными с проблемой адаптации и реализации индивида в социуме.

Когда же речь идет об интенсивно протекающем процессе созревания и формирования психики (а в этом общем контексте и личности ребенка), то идеальной моделью окончательного результата психотерапии является не восстановление (даже в улучшенном варианте) того, что было до болезни или декомпенсации. В этом смысле термин "реконструкция" уже не охватывает всего спектра лечебно-коррекционных и воспитательно-социализирующих задач детско-подростковой психотерапии. Наряду с реконструкцией ущерба, понесенного на предыдущем этапе развития, следует обеспечить необходимые средовые условия для следующего этапа, а также стимулировать внутренние факторы, задующего этапа, а также стимулировать внутренние факторы, запускающие механизмы функций, развитие которых стоит "на повестке дня". На психологическом языке речь идет об опережающем обучении и оптимизации условий овладения «зоной ближайшего развития» (по Л.С. Выготскому) [12]. Напомним, что под зоной ближайшего развития понимается расхождение в уровне трудности задач, решаемых ребенком самостоятельно (с позиций «актуального уровня развития») и задач, решаемых под

руководством взрослого. Обучение тому, что ребенок уже потенциально в состоянии усвоить, но не самостоятельно, а с помощью значимого взрослого ведет вперед его интеллектуальное развитие и стимулирует личностный рост. Освоенные ребенком новые возможности функционирования начинают характеризовать его более зрелый уровень актуального развития, тогда как зона ближайшего развития элевирует к следующему возрастному этапу, что требует нового направляющего обучения и воспитания, ведущего за собой процесс взросления. Т.о. значимый взрослый (родитель, учитель, психолог, психотерапевт) могут и должны играть роль своего рода кондуктора, сопровождающего, стимулирующего и направляющего развитие ребенка.

(родитель, учитель, психолог, психотерапевт) могут и должны играть роль своего рода кондуктора, сопровождающего, стимулирующего и направляющего развитие ребенка.

Народная мудрость гласит: "Время — лучшее лекарство, а жизнь — лучший учитель". Любой психотерапевтический процесс представляет для пациента определенный отрезок жизни, во время которого он становится участником и одновременно основным объектом эксперимента, время которого относительно увеличивается за счет его насыщения когнитивной, эмоциональной и событийной информацией. Цель этого эксперимента — изменить психику в саногенном направлении (воссоздать разрушенное, существенно перестроить, развить то, что незрело, оттормозить и субординировать устаревшее и архаичное, восполнить своевременно недополученную или неусвоенную информацию, создать условия оптимального перехода на следующий этап развития).

субординировать устаревшее и архаичное, восполнить своевременно недополученную или неусвоенную информацию, создать условия оптимального перехода на следующий этап развития).

При этом, чем более аномальными являются социальные условия жизни, тем в большей степени в задачи психотерапии входят экстрапсихические (по Ж. Годфруа) [13] изменения (овладение ситуацией, переделка или смена ее), либо нахождение в тех же условиях наиболее приемлемой социальной ниши, обеспечивающей удовлетворение индивидуальных потребностей и наиболее полную самореализацию. Здесь психотерапия (включающая семейную терапию, "терапию среды" и "терапию средой"), наиболее тесно переплетается с социальной помощью. И естественно, что возможностей для качественного улучшения условий жизни ребенка гораздо больше по сравнению с мало изменяемым социальным бытием взрослых пациентов.

Чем более в основе дизадаптации лежат индивидуальные отклонения психики от условных границ возрастной психофизиологической нормы, (что может быть обусловлено конституциональной аномалией, влиянием болезненного процесса, либо результатом деформирующего личность опыта предыдущей жизни), тем более в задачи психотерапии входит *интрапсихическая* перестройка, целенаправленное воспитание и перевоспитание личности. Здесь психотерапия (включающая клиент-центрированные и психокоррекционные формы воздействия), интимнейшим образом переплетается с педагогикой.

Основополагающую роль в детско-подростковой психотерапии (существующей на пересечении социальных, психологических, клинико-психиатрических и педагогических координат),
играет эволюционно-биологическая концепция психических заболеваний и, в частности, учение о психическом дизонтогенезе
[29,30,70,72]. Это делает онтогенетически ориентированный подход открытым для самых различных методов и приемов лечебнокоррекционного воздействия. Таким образом, в отношении детей
и подростков личностно-ориентированной интеграции психодинамических, гуманистических и бихевиоральных направлений
психотерапии [2] соответствует онтогенетически адаптированный ее вариант, названный нами "онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапией" [77].

Психофизический облик ребенка, в отличие от взрослого, качественно меняется в течение короткого времени и тем быстрее,
чем младше возраст. Стало быть, оптимальной моделью психического статуса к моменту окончания психотерапевтического цикла
является не та эмоциональная, интеллектуальная и поведенческая
структура, которая характеризовала психический облик пациента

Психофизический облик ребенка, в отличие от взрослого, качественно меняется в течение короткого времени и тем быстрее, чем младше возраст. Стало быть, оптимальной моделью психического статуса к моменту окончания психотерапевтического цикла является не та эмоциональная, интеллектуальная и поведенческая структура, которая характеризовала психический облик пациента до начала болезни (пусть даже до того она соответствовала критериям возрастной нормы), а та, которая сформировалась бы к этому времени при сохранении благоприятных внешних и внутренних условий созревания. Кстати, психологические механизмы аккомодации и ассимиляции, (приспособления и овладения), сформировавшиеся в том или ином возрасте и закрепившиеся реакцией ближайшего социального окружения в качестве адаптационных, став инертными, в более старшие возрастные периоды

могут приобретать характер гиперкомпенсаторных, условно- и явно патологических, затрудняющих психическое развитие индивида, снижающих его жизнестойкость. Это требует их замены более зрелыми и разнообразными механизмами психологической защиты и копинг-стратегий [48].

Так, наличие всеобъемлющей взаимной зависимости матери и ребенка на этапе его раннего онтогенеза является нормальным феноменом, обеспечивающим выживание младенца и закладывающим предпосылки его будущей социабильности. Однако, сохранение в неизменном виде такой же тесной связи на более поздних этапах развития ребенка (дизонтогенез привязанности) не только осложняет его сексуально-семейную самореализацию (вплоть до безбрачия и бездетности), но и делает его угрожаемым в плане формирования зависимости от психоактивных веществ, компьютерных игр и развлечений, лидера, ритуала, различных субъектов и объектов, религиозных сект и проч. [63]. С другой стороны, и сама гиперопекающая мать, своевременно не разоравшая симбиотическую привязанность к ребенку (что часто неосознанно демонстрируется ею в виде использования местоимения «Мы» в рассказе о дочери или сыне уже давно говорящих о себе в первом лице) рискует остановиться в собственном личностном развитии. Это чревато возникновением у нее экзистенциальных проблем по мере взросления ребенка и приобретения им самостоятельности.

В связи с этим детско-подростковая психотерапия (если она не ограничивается чисто симптоматическими целями) нуждается в расширении пространственных координат психотерапии, достаточных в отношении взрослых пациентов, за счет присоединения к триаде медицинского, психологического и социального обеспечения лечебно-коррекционно-реабилитационного процесса четвертого полюса влияния на пациента-клиента, а именно – воспитательного. Последнее предполагает введение и в методологические, и в организационные основы психотерапии детей и подростков существенных общепедагогических и коррекционно-педагогических (дефектологических) компонентов, включая перспективные отечественные методики нейропсихологической коррекции детей с отклонениями в развитии [32, 33, 65, 66], а

также трансформированные приемы инициации, потребность в которой фрустрирована современным обществом [62, 84].

Интенсивный "не по дням, а по часам" процесс биологического, психологического и социального созревания ребенка детерминирует и качественно иной взгляд на временные координаты психотерапевтического процесса. Если "взрослая" психотерапия во многих случаях может вполне ограничиться обращением к настоящему (измеряемому десятками лет) социально-психическому и психофизиологическому статусу пациента, соответствующему возрасту зредости и к его прошлому (в котором остались) скому и психофизиологическому статусу пациента, соответствующему возрасту зрелости и к его прошлому (в котором остались наиболее интенсивные этапы его онтогенеза), то вся работа с ребенком и подростком буквально пронизана будущим. И в работе с настоящим, и обращаясь к прошлому пациента детско-подростковый психотерапевт все свои лечебные, психокоррекционные, социальные и воспитательно-образовательные мероприятия и рекомендации соотносит с предстоящими этапами созревания и развития природно-, индивидуально- и социально-психических компонентов личности.

Да и во многих случаях работы со взрослыми пациентами исключение «будущего» из координат психотерапевтической программы редуцирует ее на инстинктивный уровень краткосрочных стратегий, превращая психотерапию в искусство манипулирования пациентом (от шаманства, обращающегося к архаике магического мышления до примитивной рационализации типа «живи сегодняшним днем»).

сегодняшним днем»).

Основной идеей онтогенетически-ориентированной психотерапии является гармонизация личностной структуры пациента, его семейных и внесемейных взаимоотношений, а также решение актуальных психотравмирующих проблем за счет сочетания двух разнонаправленных процессов. Первый (в виде позитивного регресса) направлен на оживление онтогенетически ранних, природно-психических форм общения (в том числе безречевых), саморегуляции, мышления, деятельности с активным включением их в процесс адаптивной перестройки и гармонизации психики в качестве ранее не используемых резервов. Второй (в виде психо-элевации) направлен на одновременную стимуляцию освоения личностью пациента и его ближайшим окружением более зрелых

индивидуально- и социально-психических уровней функционирования, которые находятся в их " зоне ближайшего развития " (по Л.С. Выготскому).

При этом разнообразие теоретических первооснов применяемых воздействий компенсируется методологическим единством их конкретного приложения к целям и задачам саногенного воздействия на психику ребенка. Воздействия, ориентированного на онтогенетические закономерности формирования психических свойств, функциональных систем и личности [10–12, 36, 38, 40, 41, 53]. Т.о. лечебно-восстановительные задачи, общие с "реконструктивной" личностно ориентированной психотерапией [27, 37], дополняются "кондуктивными" (по И.А. Скворцову) [67] задачами оптимизации созревания психических функций, уровней нервно-психического реагирования и компонентов личности в соответствии с нормами сравнительно-возрастной психологии. Соответственно "сегодняшние" проблемы пациента решаются

Соответственно "сегодняшние" проблемы пациента решаются как за счет их рассмотрения на уровне его актуального функционирования, так и за счет "психоэлевации" т.е. возвышения пациента до зоны его ближайшего развития. Это позволяет подойти к тем же проблемам с "высоты" нового уровня онтогенеза мышления (например, не только конкретно-образно, но и абстрактнологически их осмыслить), более зрелого (внеситуативно-личностного) уровня онтогенеза общения [41], и аффективной (уровень эмоционального сопереживания) организации поведения [39, 49], включенного и усовершенствованного механизма вероятностного прогнозирования и антиципации [44], самосознания (развивающегося в процессе самопознания и эмоционально-ценностного отношения личности к себе), дополненного способностью к саморегулированию собственного поведения [7, 76], "утверждающе-действенной" стадии личностной зрелости [73], сформированных высших потребностей [15, 43].

С другой стороны, позитивный регресс к более ранним уров-

С другой стороны, позитивный регресс к более ранним уровням психической организации (например, активизация и доразвитие тактильного контакта и невербальной экспрессивности, ситуативно-личностного и ситуативно-делового общения, нагляднодейственного мышления, инстинктивных и онтогенетически ранних механизмов управления поведением и психотехнических 12.

приемов саморегуляции психического тонуса), включает психоприемов саморегуляции психического тонуса), включает психодинамические процессы не только в плане катарсического отреагирования тех или иных инфантильных конфликтов. Он также восполняет, гармонизирует ущербный опыт индивидуального и социального функционирования. Подобный процесс "позитивного регресса" (возвращения к онтогенетически ранним формам психического отражения, общения и деятельности, не сопровождающегося как при патологическом и гипнотическом регрессе утратой способностей, которые присущи уровню актуального развития), является необходимым условием исправления дефектов воспитания и обучения, возникших на предыдущих этапах онтогенеза онтогенеза.

онтогенеза.

Известно: то, что пропущено, не сформировано (а также не отторможено и не субординировано) в соответствующий "сензитивный" период развития, само по себе не компенсируется автоматически в более старшем возрасте, а требует специальных и сложных усилий [38]. Аномально сложившаяся «закрытая» функциональная система, нуждается в настойчивых дестабилизирующих воздействиях, способных инициировать для нее искусственный «нештатный» критический период, заставить ее «открыться», перестроиться, как бы заново переформироваться из устойчивого патологического состояния в новую, нормальную для данного возраста функцию [67].

Более того, в самом контексте того или иного онтогенетически

для данного возраста функцию [6/].

Более того, в самом контексте того или иного онтогенетически ориентированного психотерапевтического приема заложена предпосылка интеграции индивидуализированных природнопсихических и социально-психических (по В.В.Ковалеву) компонентов личности и на этой основе — более зрелого и гармоничного отношения к актуальным болезненным переживаниям и дизадаптирующим проблемам.

даптирующим проолемам.

Можно привести ряд примеров позитивного регресса к предыдущим этапам развития создающего искусственные «сензитивных периоды» для несовершенно сформировавшихся функций и их ре-онтогенеза. Это такие приемы, как: активное общение в рамках "режима молчания"; разнообразие последовательностей реализации алгоритма "назвал — увидел — показал" в методике "говорящая пантомима"; вербализация собственных эмоций с

помощью их сенсоризированного метафорического обозначения по конкретному вкусу, цвету, температуре, консистенции и т.д. в процессе разыгрывания конфликтных ситуаций; самостоятельное формирование интраектов как непосредственный результат чувственного опыта, полученного в проблемно-деловой игре; внушение, в том числе устами родителей, установки на сознательное повышение ребенком самостоятельности, ответственности и реалистичности в принятии решений; бихевиоральное моделирование социально приемлемых способов канализации собственной агрессивности и других инстинктивно-архаических детерминант поведения; оживление инстинктивных уровней аффективной саморегуляции в процессе сюжетного воображения и музыкотерапии; моделирование фило-онтогенетических этапов инициации в

пии; моделирование фило-онтогенетических этапов инициации в процессе группового взаимодействия и проч. [8, 79].

При этом лечебно-коррекционное взаимопроникновение "позитивного регресса" и "психоэлевации" осуществимо на всех уровнях психики – от нейропсихологического до личностного.

Данный тезис можно проиллюстрировать на модели алексимимии — дизонтогенетическом аффективно-когнитивном феномене, проявляющемся в трудностях осознания, дифференциации и вербализации эмоций. Доказано, что алекситимия участвует в патогенезе (психогенезе) психосоматических заболеваний, алкоголизма наркоманий а также снижает способность к эмпатии (а голизма, наркоманий, а также снижает способность к эмпатии (а стало быть, к взаимопониманию при общении) и к ориентации в собственных желаниях, что создает предпосылки к импульсивно-компульсивному поведению [54]. Считается, что у взрослых людей алекситимия может иметь вторично-регрессивный характер и быть следствием душевного заболевания или психической травматизации в результате изнасилования, военных действий, бегства из мест проживания и проч. и выполнять функцию примитивного защитного механизма (не допускающего мучительные воспоминания в сознание). Чаще же, а у детей – как правило, алекситимия имеет первично-дизонтогенетическую природу и отражает изначальную несформированность способности к кодированию и переработке эмоциогенной информации.

Причины того, что в определенном (сенситивном для данной функции) возрастном периоде у ребенка не сформировалась спо-

собность вербально обозначать (и, соответственно, отреагировать) собственные эмоции могут быть различными. Дизнейроонтогенетические факторы могут обусловить нейрофизиологическую природу первичной алекситимии, как следствия дефекта мозолистого тела или аномальной локализации центра речи (правополушарную, либо билатеральную), и/или как результата вополушарную, либо билатеральную), и/или как результата нарушения в области палеостриального тракта. Из-за этого импульсы от лимбической системы не доходят до коры головного мозга, а «правополушарные» эмоции не идентифицируются левым, «речевым» полушарием. Соответственно, в данном случае онтогенетический подход предполагает проведение нейропсихологической (сенсомоторной) коррекции, как бы заново прокладывающей онтогенетический путь нижне-верхней, право-левой, задне-передней и леволобно-нисходящей структурно-физиологической организации психических функций [33, 66].

Помимо церебрально-органической природы первично-пизонтогенетическая алекситимия может быть обусловлена условительно-

дизонтогенетическая алекситимия может быть обусловлена услодизонтогенетическая алекситимия может быть обусловлена условиями воспитания маленького ребенка, поскольку даже при сохранном мозге для того, чтобы научиться дифференцировать и называть свои чувства человек должен, как минимум, слышать, как это делают другие. Основа адекватного эмоционального функционирования закладывается в системе мать-дитя в раннем, довербальном периоде развития и далее формируется и совершенствуется в процессе внутрисемейных взаимодействий. Понятно, что родители, плохо осознающие и вербализирующие свои чувства (не умея это делать, или установочно сдерживая собственную экспрессивность), формируют алекситимию у собственного ребенка, способного испытывать эмоции, но не обученного с ними взаимодействовать. Соответственно в семейной психотерапии таких случаев элевированию ребенка к способноченного с ними взаимодействовать. Соответственно в семейной психотерапии таких случаев элевированию ребенка к способности адекватно отреагировать свои эмоции должен предшествовать позитивный регресс родителей к непосредственной вербально-невербальной экспрессивности, поскольку не научив ребенка чувственно переживать «горькую обиду», «тяжелую усталость», «зеленую тоску», «холодное презрение», «тихую радость», «светлую печаль», «горячую любовь», «сладкое слово Свобода» и т.д. и т.п. трудно рассчитывать на его активное самосовершенствование

в соответствии с личностным императивом — «В человеке все должно быть $\kappa pacubo...$ ».

Наконец, макросоциальная обусловленность распространенности алекситимии в нашей стране связана, по мнению Ф.Б. Плоткина [54] с отсутствием у молодежи сформировавшейся привычки к постоянному чтению, которое является наиважнейшим средством познания мира и формирования полноценной личности. Кроме того, практикуемое последнее время издание классической литературы для школьников в сокращенном (скупо фактологически-хронологическом) виде, лишенном описаний красот природы, размышлений и эмоциональных переживаний героев в точности соответствует оперантному мышлению алекситимиков. Это же можно сказать о формализованном, поверхностном общении, опосредованном техническими средствами (Интернет, SMS-сообщения), а также о системе ложных ценностей, активно навязываемых в СМИ и рекламе. Схематичный, упрощенный, формализованный технократический и жаргоннорекламный язык современных тинэйджеров функционально связан преимущественно с левым полушарием и минимизирует его взаимодействие с правым полушарием, отвечающим за эмоциональность в ее сомато-вегетативном комплексе. Соответственно, личностно ориентированная психотерапия алекситимии, исправляющая искаженную картину мировосприятия и мироощущение должна включать возвращение к базисным социокультуральным основам психического онтогенеза. Это обеспечивается, в частности, различными формами арттерапии (библиотерапия, музыкотерапия и проч.), в том числе такими приемами, как лечебная драматизация, психопантомима, мелодекламация, бардовская песня и т.п.

Таким образом, представленная концепция естественным образом дополняет две другие отечественные концепции неэклектической интеграции, поскольку позволяет объединить биологически (эмоционально-стрессовая психотерапия) и социально (личностно-ориентированная психотерапия) акцентированные подходы к человеческой сущности на основе третьей важнейшей детерминанты ее био-психо-социального единства — непрерывно-

го (от слияния половых клеток до самой смерти) развития, онтогенеза

В соответствии с концепцией онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии и психокоррекции [83] нами [79] разработана практическая методика семейно-групповой лечебно-коррекционной работы, интегрирующей различные приемы гештальт-терапии, бихевиорально-когнитивного подхода, суггестии и аутосуггестии, игровой, творческой и коллективной психотерапии, психогимнастики, психодрамы, трансактного анализа, нейролингвистического программирования, этологической психиатрии и других клинико-психологических направлений, а также оригинальные экстра- и интрапсихических направлении, а также оригинальные экстра- и интра-психические приемы терапевтического, исправляющего и разви-вающего воздействия на ПОТРЕБНОСТНО – МОТИВАЦИОН-НУЮ, СОЦИАЛЬНО – КОММУНИКАТИВНУЮ, КОГНИТИВ-НО – МНЕСТИЧЕСКУЮ и ДЕЯТЕЛЬНОСТНО – ВОЛЕВУЮ

сферы пациентов в трех пространственно-временных измерениях /"здесь и теперь", "тогда и там ", "вскоре и вблизи"/.

Эти сферы (в сочетании с ПОДСОЗНАТЕЛЬНО-АРХЕ-ТИПИЧЕСКОЙ и ЛИЧНОСТНО-МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКОЙ) являются общими мишенями онтогенетически ориентированной психотерапии.

Так, чтобы ребенок не отбился от рук, надо своевременно приучить его к рукам. Мать, удовлетворяя врожденные потребности ребенка (без чего он просто не выживет), запускает формирование у него потребности в партнерстве. Последняя с возрастом проявляется в любви, дружбе, творчестве, гуманизме (т.е. человеколюбии как генерализованном родительском поведении) и мотивирует соответствующую активность. «Любовь к родине начикак совершенно справедливо нается с семьи», отметил Ф.Гальтон.

Известная «пирамида потребностей» Абрахама Маслоу справедлива только в первом приближении, поскольку имеет место разнообразие человеческих личностей, отличающихся степенью выраженности разных потребностей и их субординацией. При этом они динамически сменяют друг друга в своей мотивирующей активности, взаимодополняются или конкурируют и, нако-

нец, формируются в процессе жизни [21]. Представление о соотношении потребностей у каждого человека свое, оно отражает мировоззрение конкретной личности (которое, в отличие от врожденных потребностей, формируется в онтогенезе в тесном взаимодействии с социальными связями и отношениями, самосознанием, на базе коллективного бессознательного и под влиянием опыта). Так смысл воровства у каждого свой, хотя витальная потребность в присвоении и накоплении жизненных благ носит врожденный характер, а изначально реализующие её комплексы фиксированных движений (КФД) универсальны, хотя и поддаются произвольному совершенствованию.

ся произвольному совершенствованию.

Этология открыла широкий спектр индивидуальных форм врожденных человеческих потребностей. Половое влечение (наиболее очевидное и универсальное), агрессия, собирательство, обогащение, честолюбие или стремление оставаться незаметным у разных людей выражены в разной степени. Если запретить боксеру по призванию регулярно участвовать в единоборствах или любых других соревнованиях, филателисту по натуре собирать марки или камушки, врожденному артисту демонстрировать себя на сцене, а генералу в душе – командовать – они просто заболеют. Это те «сильные» качества, на реализации которых можно строить социализацию детей.

На этологические механизмы могут накладываться условнорефлекторные, что предполагает сочетание этологического и бихевиорального подходов в науке и психотерапии. Этим объясняется феномен сохранения доминантного статуса состарившимся вожаком. Его скорее сместит конкурент-пришелец, над которым не довлеет условный рефлекс социальной роли. Встречная модель — «нет пророка в своем отечестве». Отсюда: «Молодым везде у нас дорога» (главное подальше от родных мест), а «Старикам всегда у нас почет» (гарантия сохранения незыблемости иерархии).

Чтобы в процессе социальных коммуникаций обрести друзей и соратников надо научиться играть по правилам. Как сказал поэт — «Что наша жизнь — игра». Умея достойно проигрывать, не нарушая правил можно рассчитывать на победу, как в спортивных, так и в политических играх. Отсюда универсальность бихе-

виорального подхода для воспитания, психологической коррекции, психотерапии и социализации человека.

Мы гордо называем себя homosapienssapiens. Однако, не научившись логически думать, не станешь мыслителем. Онтогенез интеллектуально-мнестической сферы предполагает последовательное овладение наглядно-действенным, конкретно-образным и абстрактно-логическим мышлением. Кто четко мыслит — тот четко излагает и становится понятным окружающим. В этом залог счастья, ибо «Счастье — это когда тебя понимают».

Педагоги утверждают, что взрослеть надо рядом с Великим. «Плох тот солдат, который не мечтает стать генералом». Но и генерал без солдатского опыта, воспитывающего волю, вряд ли станет великим полководцем. Не научившись дисциплине, не подашь пример и не возглавишь победоносную армию.

Магическое мышление, характерное для ребенка с возрастом дезактуализируется, но никуда не исчезает. И «сон разума порождает чудовищ». Но осознанные образы подсознательного способны стать источником творчества и наслаждения, гармонизировать взаимодействие архетипа и реальной действительности, примирить тело, душу и дух. Как сказал умудренный жизнью герой Л.Н. Толстого: «Умру — трава вырастет», просто и афористично сформулировав саму диалектику природы.

рои л.н. Толстого: «умру — трава вырастет», просто и афористично сформулировав саму диалектику природы.

Человек — частица мироздания. Последовательно познавая мир на чувственном, абстрактном и практическом уровнях человек формирует собственное мировоззрение, способное обеспечить гармоничное взаимодействие с живым и неживым Миром, не нарушающее законов экологии. В том числе и экологии души.

Соединив в собственном сознании архетип Бессмертия и творческое мировоззрение «человек Мира» может сказать о себе словами А.С.Пушкина: «Нет, весь я не умру, душа в заветной лире мой прах переживет и тленья убежит…».

Следует сказать, что разработанные на детском материале принципы онтогенетически ориентированной психотерапии с успехом используются и в отношении взрослых пациентов. И это не удивительно, поскольку онтогенез охватывает весь жизненный путь человека от зарождения до последнего вздоха.

Так диссертационное исследование нашей сотрудницы А.В. Урадовской [71], посвященное онтогенетически ориентированной психотерапии взрослых пациентов, обнаружило, что возникновение у них пограничных психических расстройств, а также их клинические проявления и динамика в большинстве случаев определяется сложным взаимодействием психотравмирующих социально-психологических и личностных факторов, в частности конституциональной предиспозиции (психопатологического диатеза), обусловленной механизмами психического дизонтогенеза. Дизонтогенетические проявления различного уровня и выраженности обнаруживаются у них в 97% случаев. Например, имевшая место в раннем возрасте у 84% обследованных пациентов невропатия (как первично-дизонтогенетическое расстройство соматовегетативно-инстинктивного уровня) в последующем обнаруживала свои «отголоски» в таких вторично-дизонтогенетических образованиях, как повышенная сенситивность, слабость эмоционально-волевой регуляции, личностная незрелость, готовность к формированию соматоформных, невротических и поведенческих расстройств. Неблагоприятные микросоциальные факторы воспитательного и средового характера имели место в 78% случаев и играли существенную роль в нарушении психического онтогенеза личностного уровня, в частности, они определяли незрелость механизмов психологических защит. Именно наличием дизонтогенетической предиспозиции можно объяснить тот факт, что пограничные психические нарушения у изученного контингента взрослых больных возникали не под влиянием шоковых или субшоковых психотравмирующих воздействий, а вызывались сравнительно слабыми по интенсивности, неспецифичными, но субъективно значимыми факторами, носившими характер психодинамических испытаний, которые часто встречаются в жизни, и не являются безусловно психогенными для зрелых гармоничных личностей.

Дизонтогенез системы психологических защит личности проявлялся в доминировании ранних, типологизированных, примитивных механизмов: регрессии, реактивных образований, подавления, изоляции, обращения против себя, отрицания, проекции, интроекции — характеризующихся пассивностью, вынужденно-20

стью, малой осознаваемостью и не способствующих реалистической адаптации к действительности. В связи с этим повышение онтогенетического уровня защитных психологических механизмов за счет интеграции, осознанности, индивидуализированного творческого подхода способствует личностному взрослению и социальной адаптации. Соответственно, активация, доразвитие, формирование зрелых психологических защит является обязательной мишенью психотерапевтических мероприятий. То же самое относится и к копинг-стратегиям.

Дизонтогенетические механизмы, ставшие основой «психопатологического диатеза» [75, 82] срабатывают на всех этапах пограничного психического расстройства, во многом способствуя переходу психогенных реакций (невротических, психосоматических, патохарактерологических) в устойчивое, затяжное и полиморфное психогенное состояние, а последнего в психогенное патологическое развитие личности. В связи с этим уже на первом этапе психогенного пограничного расстройства актуальными дизонтогенетическими мишенями психотерапии являются: парциальный инфантилизм; алекситимия; незрелость когнитивных схем мышления; недостаточность антиципационных механизмов предвосхищения и вероятностного прогнозирования; состояние межперсональной зависимости и др. На этапе развернутого психогенного расстройства, включающего патогенетические механизмы устойчивого патологического состояния (по Н.П. Бехтеревой) с частичной утратой зависимости заболевания от первично-психогенных факторов и формированием саморазвивающейся патологической системы мишенями психотерапии становятся вторично-дизонтогенетические образования в виде: депрессивных; тревожно-фобических; ипохондрических расстройств; поведенческих нарушений, определяющих «внутреннюю картину болезни», обостряющих уже имеющиеся дизонтогенетические комплексы и создающих предпосылки для возникновения третично-дизонтогенетических расстройств — нажитой психопатизации личности и приобретенной патологии влечений.

В контексте триединства пространственно-временных координат онтогенетически ориентированной психотерапии «позитивный регресс» в работе со взрослыми пациентами практически

реализуется благодаря использованию приемов телесно-ориентированной психотерапии, регрессивного гипноза, актуализации невербального общения, применения психоаналитических техник и проч. «Психоэлевация» к зонам ближайшего развития, готовящая пациента к решению проблем ближайшего будущего (смене рода деятельности, окончанию учебного заведения, замужеству, рождению ребенка, разводу, кризису среднего возраста, иммиграции, выходу на пенсию, уходу из дома повзрослевших детей и т.д.) реализуется такими приемами, как обучение психической саморегуляции, фантазийно-театрализованное и реалистично-игровое проигрывание предстоящих жизненных сценариев, экзистенциальный анализ, дискуссии, направленные на коррекцию самооценки и уровня притязаний. Работа в координатах «здесь и теперь» обеспечивается путем проработки актуального внутриличностного конфликта и дезадаптивных когнитивных схем пациента [23] с помощью бихевиоральной, бихевиоральнокогнитивной психотерапии, арт-терапии, психодрамы, гештальттерапии с проигрыванием актуальных психотравмирующих ситуаций со сменой ролей. Ряд методик по своей пространственновременной ориентации относится одновременно к двум или ко всем трем векторам онтогенетически ориентированной психотерапии — трансовые техники, методика «дорога жизни», сеансы эмоционально-стрессовой инициации и проч

циента [23] с помощью бихевиоральной, бихевиорально-когнитивной психотерапии, арт-терапии, психодрамы, гештальт-терапии с проигрыванием актуальных психотравмирующих ситуаций со сменой ролей. Ряд методик по своей пространственновременной ориентации относится одновременно к двум или ко всем трем векторам онтогенетически ориентированной психотерапии — трансовые техники, методика «дорога жизни», сеансы эмоционально-стрессовой инициации и проч.

Апробация практической психотерапевтической технологии на основе концепции онтогенетически ориентированной психотерапии показала эффективность данного интегративного подхода в отношении пациентов различных возрастных групп. Это объясняется фактом способности к «реонтогенетическому» исправлению и развитию психических функций, интеграции личности в любом возрасте за счет психодинамических факторов, формирующих искусственные «сензитивные периоды» для оптимального восполнения того, что не дополучено в прошлом и приобретения того, что потребуется в ближайшем будущем.

В качестве минимально-достаточной схемы можно предста-

В качестве минимально-достаточной схемы можно представить пространственно-временную модель основных координат онтогенетически ориентированной психотерапии в виде растущего структурно-функционального октаэдра (рис. 1), вершины ко-22.

торого образованы шестью психическими сферами, являющимися ориентирами интегративной психотерапии. Это сферы потребностей, социальных связей и отношений, самосознания, опыта, а также архетип и мировоззрение, каждая из которых развивается в онтогенезе на основе биологических задатков и под влиянием социальных воздействий. Онтогенетически ориентированная (ресоциальных воздеиствии. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия в отношении каждой из указанных сфер подразумевает ее гармонизацию в соответствии с возрастными критериями нормального развития за счет исправления предыдущих этапов формирования (позитивный регресс) и оптимизации освоения зоны ближайшего развития (психоэлевация).

Так задачи удовлетворения, сублимации и формирования потребностей (физиологических, индивидуально-психологических, высших) достигаются интеграцией методов телесно-ориентированной, семейной, арт-терапии, трансактного анализа, терапии творческим самовыражением.

Реконструкция, развитие и гармонизация социально-коммуни-кативной сферы предполагает сочетание *игровой*, *групповой*, *гу-*манистической психотерапии, а также тренинг социального общения в семье, референтной группе, макросоциуме.

Развитие самосознания на основе более полного самопозна-

Развитие самосознания на основе более полного самопознания, адекватной самооценки и усовершенствованной саморегуляции достигается в процессе рациональной, когнитивной, позитивной психотерапии [52], гештальт-терапии, экзистенциального анализа, библиотерапии, психотерапевтически смоделированного обряда инициации в рамках этологического подхода.

Развитие и расширение опыта адаптивного поведения, формирующегося как спонтанно (за счет импринтинга и имитации), так и осознанно (в результате научения и самообучения), осуществляется в процессе бихевиоральной и эмоционально-стрессовой психотерапии, этологически ориентированных приемов, коллективной и трудовой психотерапии и проч. Накоплением индивилуального опыта нельзя изменить тип врожденной стрессорной дуального опыта нельзя изменить тип врожденной стрессорной реакции, но можно – ее величину (за счет снижения элемента новизны стрессорной ситуации). Чувственно-эмпирическое познание жизни закаляет душу.

Актуальность психотерапевтической работы на уровне архетипов обусловлено тем, что диспропорции между динамикой разума, быстро приспосабливающейся к увеличению скорости изменений условий жизни, и динамикой коллективного бессознательного, которое как известно, весьма инертно, может стать латентной причиной психогенных стрессов [34].

Условнорефлекторные механизмы могут существовать и на уровне коллективного бессознательного, формируя т.н. «национальный архетип». Неприятие Рихарда Вагнера в Израиле основано на том, что Гитлер (безусловное зло) любил музыку Вагнера (условный стимул). Абсолютное предпочтение «природных» продуктов и лекарств в России (в отличие от Америки), тяготение к парному молоку по сравнению с переработанным на заводе связано с представлением о науке, в том числе о химии, как о порождениях государства, к которому в коллективном бессознательном россиянина укоренилось негативное отношение. Государственные институты издревле не вызывают доверия («Закон, что дышло...»). Отсюда термин «химик» используется как синоним жулика и мошенника (чего нет в других языках), а народный целитель, даже пропагандирующий уринотерапию, воспринимается с большим доверием, чем дипломированный врач [21]. В России многие «богатые тоже плачут» не только из-за общечеловеческих проблем, но еще и потому, что вожделенный статус нувориша противоречит национальному архетипическому интраекту — «богатым быть стыдно», а на то, чтобы выстроить для людей церковь или заняться меценатством жалко денег (да и теща с женой противятся).

В то же время, инертность не только общевидового, но и национального архетипа (со снисходительным отношением к нарушителям порядка, воспринимаемым как борцы за свои права), и негативным отношением к доносительству (в пользу нелюбящей народ власти) поддерживается сохранением традиционного для России состояния неработающих законов и произвола чиновников. Отсюда легкость возникновения как внутриличностных конфликтов у представителей старшего поколения, так и межличностных у «отцов» и «детей», воспитанных на разных сказках, песнях, традициях и ритуалах.

Д. Свааб [64] указывает на анатомо-функциональную представленность национального архетипа. Так, язык и культурное окружение определяют не только, какие системы мозга заняты обработкой речи, но и как именно могут интерпретироваться выражения лица; как люди привыкли, окинув взглядом, схватывать образ и то, что его окружает. Так, японцы и жители Новой Гвинеи не могут хорошо различать, выражает лицо страх или удивление, а китайцы, в противоположность американцам, сосредоточивают внимание не только на наиболее важном предмете, но рассматривают его в отношении с непосредственным окружением (формируя гештальт). При подсчете людей китайцы используют частично и другие области мозга, нежели англоговорящие люди Запада. Пользуясь теми же арабскими цифрами и используя нижнюю часть теменной коры головного мозга, англоговорящие больше подключают речевые системы для обработки чисел, тогда как у китайцев в большей степени задействованы визуальномоторные системы. Это объясняется тем, что китайские дети растут, используя иероглифы.

Формирование национальных различий начинается уже внутриутробно (на основе механизмов привыкания, условных рефлексов и обучения экспозицией (плод начинает двигаться при первых звуках музыки, которую во время беременности любит слушать его мать и помнит ее после рождения). Высокая чувствительность к мелодии у детей, находящихся в утробе матери, объясняет тот факт, что французские дети плачут с повышающейся интонацией, а немецкие — с понижающейся, в точности соответствуя среднему интонационному рисунку этих языков [64].

Спиритуальность – восприимчивость к религии (как проявление онтогенетически раннего «магического мышления») на 50% задана генетически, что показали исследования близнецов [64]. Остальные 50% процентов, определяющие далеко не «свободный» выбор стать или не стать религиозным зависят от окружения в период раннего развития, укореняющего в нашем мозге данную составляющую национального архетипа. Так, человеку, пережившему фрустрацию базовых потребностей в первые месяцы жизни, в последующем легче поверить в чудо и во все сверхестественное. Возможно, распространеность в нашей стране ве-

ры в чудеса, экстрасенсов, колдунов, реинкарнацию, магию, гороскопы и проч. (потерявшее в последние годы противовес в виде директивно насаждаемого пан-материализма и психосоциальную альтернативу в виде тоталитарной предопределенности-обеспеченности будущего гражданина) базируется на накопленной многими поколениями советских людей тяжелой фрустрации потребности в "хорошей маме" в первые месяцы жизни. Речь идет о кратковременности декретных отпусков, заставлявших матерей часто еще до годовалого возраста отдавать ребенка в детские ясли, сохранившейся традиции отдельного содержания ребенка и матери в родильных домах. Сейчас та же фрустрация обусловливается экономическими проблемами молодых матерей, вынуждающими их выходить на работу вскоре после родов, а также стремительным ростом социального сиротства. При этом возвращение к православной религиозности причудливо сочетается у современных россиян с указанными выше магическими верованиями, а также с традиционным русским «авось» [21].

Подсознательно-архетипические мишени онтогенетически ориентированной психотерапии достигаются в процессе интеграции суггестивных техник, классического психоанализа, психодрамы и символдрамы, музыкотерапии, нейролингвистического программирования, трансовых (в том числе шаманских и религиозно-обрядовых) ритуалов.

Наконец, мировоззренческие аспекты интегративной психотерапии сближают подходы личностно-ориентированной психотерапии, гуманистической и экзистенциальной психотерапии, гуманистической и экзистенциальной психотерапии, психотерапию миросозерцанием, философски и макросоциально направленные подходы.

Человек, изучая географию и историю, приобщаясь к мировой литературе и искусству чувствует себя частью огромного мира, членом больших и замечательных сообществ и в результате такой социальной самоидентификации (одной из основных потребностей человека) чувствует себя увереннее, самоценнее, чем тот, кто живет лишь текущей минутой и непосредственными впечатлениями [21].

Последние две сферы наглядно иллюстрируют взаимодополнение психотерапевтических усилий в отношении всех выделен-

ных ядер растущего «октаэдра» онтогенетической психотерапии. ных ядер растущего «октаэдра» онтогенетической психотерапии. Так архетип с его видовыми, национальными и межнациональными (транскультуральными) составляющими, как психобиологическая почва психотерапии, диалектически связан с мировоззрением, представленным общественно детерминированным осознанием «Мира вокруг», «Мира в Человеке» и «Человека в Мире» и являющимся социально-идеологическим ориентиром психотерапии. Пространственно-временная связь между ними проявляется, например, в том, что, индуцируя в себя архетип Бессмертия, мы начинаем мыслить и чувствовать на ином, более высоком мимы начинаем мыслить и чувствовать на ином, более высоком мировоззренческом уровне, находим в себе новые силы и возможности для оценки и решения своих проблем. Приобщившись же к находящимся в нашей зоне ближайшего развития транскультуральным архетипам можно осознать себя истинным Гражданином Мира, бессмертие которого обеспечивается не с помощью размножения (через три поколения наши индивидуальные генные комплексы растворятся до отдельных генов), но возможно за счет мемокомплексов (хорошей идеи, стихотворения, изобретения, картины, мелодии и т.п.), продолжающих жить в культурном мемофонде человечества [20].

мофонде человечества [20].

Пространственно-временная трехмерность онтогенетическиориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии, представляющей собой взаимопроникающее соединение
собственно лечебных, коррекционно-психологических, социализирующих и воспитательных влияний, позволяет пациенту за относительно короткий период естественного эксперимента прожить жизнь, насыщенную пропущенными ранее или пока еще не
случившимися событиями. Событиями и испытаниями, способными укрепить, закалить личность, обеспечить ее необходимым
опытом удовлетворения, формирования и субординации потребностей, расширения и гармонизации социальных связей и взаимоотношений, углубления самопознания и совершенствования
способов психической саморегуляции. Онтогенетическая ориентация психотерапевтического процесса позволяет подготовить
человека к успешному (самостоятельному, ответственному, реалистичному) приспособлению к ожидающим его в ближайшем
будущем социально-психологическим и психофизиологическим

изменениям условий жизни и посильному овладению этими условиями; сформировать запас прочности, создать "психологический корсет" в отношении слабых мест его психики, т. е. повысить жизнестойкость.



Рис. 1. Растущий пространственно-временной «октаэдр» онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии

Мы разделяем мнение о том, что детско-подростковый психотерапевт — мы полностью разделяем мнение ведущих детских психотерапевтов о том, что детский и подростковый психотерапе всегда психотерапевт системный, семейный, групповой [9, 22, 26, 57, 58, 68, 86]. Учитывая это, разработанная нами [79] в рамках изложенной выше концепции практическая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС) представляет собой девятидневный цикл эмоционально-стрессового воздействия на группу детей и их родителей с целью лик-

видации нервно-психических отклонений, а также обеспечения их первичной и вторичной профилактики. Основным принципом, отражающим онтогенетическую сущность данной методики, является принцип «радостного взросления».

Методика ИНТЭКС проводится с одновозрастной группой пациентов, объединенных по принципу общности болезненных нарушений (неврозы, заикание, психосоматические расстройства, поведенческие девиации и т.п.), либо личностных проблем. Специфика методики (3 — 5-ти часовые занятия, большая численность группы детей и родителей многообразие психокоррекционных задач, а также используемых приемов психологического воздействия), обусловливает проведение ее двумя котерапевтами. В качестве котерапевтов могут выступать психотерапевт и логопед, психотерапевт и психолог, специалист — психокорректор и музыкотерапевт и т. д.

Основными принципами методики ИНТЭКС являются следующие:

1) привлечение к психотерапевтическому процессу всей семьи и обязательное активное участие в групповых занятиях как минимум одного ближайшего родственника;

(Конкретными примерами реализации данного принципа в методике ИНТЭКС являются такие приемы, как "Семейный герб", "Домашняя бухгалтерия", "Рисунок глаз", "Родительский массаж", "Материнский гипноз", "Родительские профессии", "Неоконченные рассказы")

2) наглядно-чувственная диагностика проблем пациента для него самого и его близких с целью повышения собственной ответственности за их решение;

(Проблемные игры на вербальное и невербальное общение, преодоление физического и социального страха, на умение командовать, излагать свои мысли, рассуждать и делать выводы из полученного опыта, игры на эрудицию и умение соблюдать правила)3) эмоционально-стрессовый характер лечебного процесса, во время которого порой небезболезненное обнажение и максимальная экспрессивность психотравмирующих конфликтов пере-

крывается событиями, насыщающими жизнь пациента ощущением праздника, подвига, творческого горения;

(Проблемные и конфликтные ситуации, игры на выигрыш и проигрыш, прием "горячий стул", "общественная характеристика", коллективное обсуждение деструктивного поведения, "клоунада", "вечер юмора", система "подвигов", заключительный сеанс эмоционально-стрессового внушения)

4) равноправие и партнерство всех участников группы независимо от возраста, трансформирующие группу в единый, гуманистически направленный коллектив;

(Работа в общем круге, "мозговая атака" в деловой игре, совместное преодоление препятствий, взаимные советы, реализация принципа "Один за всех и все за одного")

5) постоянная обратная связь котерапевтов и членов группы в форме дискуссий, диалогов и ежедневных письменных отчетов;

(Окончание каждой "тест-игры" обсуждением того, кто что чувствовал, что думал и чему научился, прием "письмо другу", называние своих чувств в процессе разыгрывания "типичной конфликтной ситуации")

6) сочетание группового характера лечебного процесса с индивидуализацией его задач в соответствии с клинической, социально-психологической и педагогической диагностикой каждого пациента-клиента;

(Прицельное распределение ролей в "говорящей пантомиме", индивидуальная "маска страха", персональная "лестница проблем", "смешной случай из жизни")

- 7) единство вербальных и невербальных форм экспрессии и взаимодействия; (Режим молчания, игра "инопланетяне", «отгадывание мыслей», тест-игра «минное поле», прием "назвал увидел показал")
- 8) взаимопроникновение лечебных, воспитательных, обучающих и рефлексивно-аналитических приемов психотерапии и психокоррекции, направленных как на патогенетические механизмы нарушений (включая их психогенные, энцефалопатические и дизонтогенетические звенья), так и на отдельные симптомы болезни и личностной аномалии;

(Проективные рисунки, рисунки "мой самый счастливый и самый грустный день", "автопортрет", психодраматические приемы, аутогенная тренировка, гипноз, приемы нейролингвистического программирования, символдрамы, проводимой в парах родитель-ребенок, бихевиоральные подходы, коррекция внимания, памяти, импульсивности в процессе психогимнастических этюдов)

9) сочетание интимно-эмпатических, директивно-манипулятивных, недирективно-демократических и возвышающе-вдохновляющих форм поведения котерапевтов;

(Естественность поведения котерапевтов, система поощрений, наказаний, принуждений и вдохновлений, называние полного имени при обращении к детям, открытое выражение сочувствия, понимания и принятия пациентов такими, какие они есть и дистанцирование отношения к личности от отношения к девиантному поведению, оценка не конечного результата, а отношения к труду, сочетание "мужского" и "женского" стиля реагирования)

10) активное самопознание через познание других с целью

коррекции самооценки и оптимизации процесса саморегуляции; (Дискуссия о значении имен, рассказ о знаменитом тезке, незаконченные рассказы, совершение "личных подвигов", приемы "сплетники", "портрет группы", "предвыборная кампания", обучение активному слушанию и «Я – высказываниям», озвучивание личных отчетов)

11) системный подход к проблемам пациента и его семьи;

(Обучение родителей основам трансактного анализа, формирование творческого подхода к воспитанию, приемы "10 лет спустя", "знаки Зодиака", дискуссии на "родительском педсовете", обучение бихевиоральному моделированию поведения, а также "разделению проблем и передаче ответственности", помощь в решении индивидуальных психологических, психиатрических и психосоматических проблем родителей)

12) достижение инсайта через позитивный регресс и интенсивное освоение функционально-личностной зоны ближайшего развития, психоэлевацию; (Осмышление получаемого опыта реализации потребностей, гармонизации социальных связей и отношений, оптимизации поведения на наглядно-действенном, кон-

кретно-образном и абстрактно-логическом уровнях, реализуемое в непосредственных поступках, сенсорно-визуальных образах и вербальных высказываниях – рисунок проблемы, «горячий стул»)
13) организация терапевтической сессии в соответствии с традиционными этолого-культуральными обрядами инициации.

(Кульминацией процесса личностного роста с символическим

(Кульминацией процесса личностного роста с символическим избавлением от всего больного и незрелого, слиянием с идеальным образом и публичной демонстрацией нового, здорового и социально элевированного "Я" "является заключительный сеанс методики: "транс", "операция", "громкие личные подвиги" на глазах большой аудитории — аналога общины, семейная клятва, торжественное декламирование стихотворения с жизнеутверждающим содержанием, прощальное напутствие).

14)сохранение и развитие лечебно-коррекционного эффекта после окончания психотерапевтической сессии за счет продолжения применения родителями освоенных воспитательно-психологических технологий, а также реализации рекомендаций, основанных на диагностике, уточненной в процессе наблюдения за детьми в ситуации естественного эксперимента социального вза-

детьми в ситуации естественного эксперимента социального взаимодействия в группе.

имодействия в группе.

(Рисунок идеального образа и фотографию, запечатлившую момент совершения «громкого личного подвига» на заключительном сеансе рекомендуется повесить над кроватью пациента; герб семьи, который окончательно оформляется после терапевтической сессии и вывешивается в месте, где обычно собирается вся семья (обычно в столовой), рекомендуется через некоторое время переделать в соответствии с количественными или качественными изменениями в семейной иерархии; отчеты по терапевтическим дням возвращаются каждой семье в общей папке для периодического совместного просматривания с последующим повторением некоторых упражнений; свечи принесенные с для периодического совместного просматривания с последующим повторением некоторых упражнений; свечи, принесенные с заключительного сеанса на котором над их пламенем каждый давал обещание, относящееся к его личностному росту, рекомендуется хранить с тем, чтобы любой в трудную минуту мог молча зажечь свою свечу в качестве призыва о помощи, обращенного к другим членам семьи; родители реализуют персональные рекомендации по воспитанию, данные на основе уточненной во время 32

занятий диагностики ребенка и семьи (уменьшить учебную нагрузку, дезактуализировать оценочный мотив, выяснить отношение с учителями в школе и воспитателями, создать условия для сближения ребенка с социально положительными сверстниками и изолирования от асоциальных влияний, устроить в секцию командно-игрового или экстремального вида спорта, организовать поездку с отцом в командировку или устроить коллективный поход с обеспечением пребывания мальчика в мужском обществе проч.); программа бихевиоральной регуляции поведения (включая технологии «контрактов», передачи ответственности и создания «жизненных сценариев»), начатая во время сессии в соответствии с индивидуальной «лестницей проблем», продолжает осуществляться в последующем самими родителями, либо под контолем психотерапевта; это же относится к освоенным во время курса Интэкса приемам родительского массажа и материнского гипноза). Программа методики ИНТЭКС воссоздает в трансформированном и рафинированном виде ключевые моменты подготовки и осуществления сложного обряда инициации (посвящения в новый, более высокий социально-психологический ранг), существующий в любой традиционной культуре и изобилующий чувственными агрессивно-героическими испытаниями (смена стереотипов, парциальная изоляция, система табу, тотемическая имитация, символическая смерть всего плохого и "детского" и второе рождение в зрелом, здоровом, умудренном качестве, слияние с возвышенным идеальными образом, открывающим перспективы духовного роста и т.п.). Данная методика служит альтернативой беспорядочному инстинктивному поиску способов удовлетворения онтогенетически обусловленной потребности в инициации. Многолетнее использование методики (впервые опубликованной в 1995 году) как в ее клиническом варианте с опуоликованнои в 1995 году) как в ее клиническом варианте с больными психиатрического и психоневрологического профиля, так и в психологическом, коррекционно-педагогическом и социально-реабилитационном оформлении (дети со школьной и социальной дезадаптацией, сироты, инвалиды, представители группы "риска ", а также практически здоровые дети, подростки и взрослые в "критические " возрастные периоды, профессиональные спортсмены) показало эффективность и "открытость" данной организационно-методической формы для интеграции самых различных психотерапевтических и психокоррекционных направлений. Динамическое наблюдение в процессе семейно-групповых коммуникаций и данные самоотчетов дополняли критерии выбора преимущественного методического подхода, рекомендуемого для поддерживающей и углубленной индивидуальной или семейной психотерапии, логопедической или нейропсихологической коррекции тех пациентов, которые в этом нуждались после окончания лечебной сессии.

коррекции тех пациентов, которые в этом нуждались после окончания лечебной сессии.

В тоже время, 5-ти летний катамнез 500 пациентов, прошедших однократный курс ИНТЭКС-терапии в возрасте 5-22 лет по поводу различных нервно-психических расстройств пограничного уровня, показал, что более 50% из них не нуждалось более в какой-либо активной психотерапевтической помощи. В частности, изучение невербально-вербальных компонентов общения и речи бывших пациентов, прошедших терапию с помощью данной методики по поводу заикания в дошкольном и младшем школьном возрасте, показало, что через пять лет 98% из них общались активно в полном объеме своих потребностей по всем параметрам [16]. В качестве базисной патогенетической психотерапии методика ИНТЭКС с успехом применяется при лечении детей и подростков с психосоматическими расстройствами и патологическими привычными действиями [4,5], элективным мутизмом [17,80], общими и системными неврозами, задержками психического развития, девиантным поведением, эмоциональными расстройствами [33]. Как эффективный способ психопрофилактики школьной дезадаптации методика ИНТЭКС показана детям за полгода до поступления в первый класс и перехода из начальной школы в среднюю. Как видим, теория психического онтогенеза, отражающая закономерности нормального развития, и концепция психического дизонтогенеза, констатирующая широкую представленность проявлений нарушенного развития и созревания психических свойств, функций и личности в структуре нервнопсихических расстройств у детей и подростков (а также присутствичения ратогом проявств могут спуктур нервнопсихических расстройств у детей и подростков (а также присутствических расстройств у детей и подростков (а также присутствичения в патогом проявств могут спуктур нервнопсихических расстройств у детей и подростков (а также присутствичения в патогом проявств могут спуктур нервнопсихических расстройством и подростков (а также присутствичения в проявств спуктур нервногом проявств спуктур нервногом править на постативность помещения помещения помещения в психических своисть, функции и личности в структурс нерьно-психических расстройств у детей и подростков (а также присут-ствующих в патологии любого возраста), могут служить перспек-тивной методологической основой для разработки неэклектиче-ских моделей интегративной психотерапии и психокоррекции.

Список литературы

- 1. Александров А.А., Бараш Б.А., Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Федоров А.П. Личностно ориентированная интегративная психотерапия. СПб., 1992.-17 с.
- 2. Александров А.А. Современная психотерапия. Курс лекций СПб.: Академический проект», 1997. 335 с.
- 3. Аппенянский А.И. И цзин консультирование. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. 583 с.
- 4. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М.: Изд-во Института Психотерапии, 1999. 304 с.
- 5. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. 560 с.
- 6. Бехтерева Н.П. Здоровый и больной мозг человека. М.: АСТ; Спб:Сова, 2010. 399 с.
- 7. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве. Норма и отклонения. М., Педагогика, 1990. 144 с.
- 8. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под общей редакцией проф. Ю.С.Шевченко. СПб.: Речь, 2003. 552 с.
- 9. Бремс К. Полное руководство по детской психотерапии. / Пер. с англ. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 640 с.
- 10. Валлон А. Психическое развитие ребенка. Пер. с франц. М., Просвещение, 1967. 196 с.
- 11. Венгер А.Л. Соотношение возрастных и индивидуальных закономерностей психического развития ребенка. Автореф. дисс. доктора психол. наук. М.,2002.-44с.
- 12. Выготский Л.С. Собрание сочинений. Т.2. Проблемы общей психологии. М., Педагогика, 1982. 417 с.
- 13. Годфруа Ж. Что такое психология. Т.1. Пер. с франц. М., Мир, 1992. 491 с.
- 14. Драпкин Б.3. Семейная психотерапия (метод психотерапии материнской любовью). М.: ДеЛи принт, 2005. 260 с.
- 15. Джидарьян И.А. Эстетическая потребность. М., "Наука", 1976. 192 с.
- 16. Добряков И.В. Перинатальная психотерапия. В кн.: Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э.Г.Эйдемиллера. СПб.: Питер, 2005. с. 795-806.

- 17. Добридень В.П. Система психокоррекционной работы с заикающимися детьми старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Автореферат дисс. нанд. пед.наук. М., 1999. 18 с.
- 18. Добридень И.В. Психолого-педагогическая коррекция элективного мутизма у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Автореферат диссертации кандидата педагогических наук. М., 2000. 19 с.
- 19. Добряков И.В., Малярская М.М. Как родить счастливого ребенка? 3-е изд. СПб.: Речь, 2008. 160 с.
- 20. Докинз Р. Эгоистичный ген. Пер. с англ. М., ACT:CORPUS, 2013. 512 с.
- 21. Жуков Д.А. Стой, кто ведет? Биология поведения человека и других зверей: в 2 т. Т.2. М.: Альпина нон-фикшн, 2014. 374 с.
- 22. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. СПб.: СОЮЗ, 1998. 336 с.
- 23. Захаров Н.П. Психотерапия пограничных расстройств и состояний зависимости. М.: ДеЛи принт, 2004. 288 с.
- 24. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Спб.: Речь, 2005. 400 с.
- 25. Исурина Г.П. Личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия и основные тенденции ее развития. В кн.: Психотерапия: от теории к практике. СПб., 1995. с. 81-87.
- 26. Каган В.Е. Детская и подростковая психотерапия: на перекрестках проблем. // Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы. Томск, 2000. c.55-61.
 - 27. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М., Медицина, 1985. 303 с.
- 28. Карвасарский Б.Д. (общая редакция). Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер Ком, 1998.-752 с.
- 29. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., Медицина, 1985. 288 с.
- 30. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М. Медицина., 1995. 560 с.
- 31. Козловская Г.В., Скобло Г.В. Состояние психического здоровья детей раннего возраста (клинико-эпидемиологическое исследование). // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. − 1989. − Т. 89, № 8. − С. 1455–1461.
- 32. Комплексная коррекция трудностей обучения в школе / под ред. Ж.М. Глозман, А.Е. Соболевой. 2 изд. М.: Смысл, 2016. 544 с.

- 33. Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. Нейропсихологическая коррекция пограничных состояни й у детей и подростков (теория и практика). М.: ИД «ТАКТ». 2010.-154 с.
- 34. Кравченко С.А. Становление сложного общества: к обоснованию гуманистической теории сложности (раздел 4.4. Играизация общества и её амбивалентности) М.: МГИМО-Университет, 2012. С. 130-149.
- 35. Краткосрочная Терапия творческим самовыражением (метод М.Е. Бурно) в психиатрии. Коллективная монография под ред. профессора М.Е. Бурно. М.: Институт консультирования и системных решений, общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2015. 240 с.
- 36. Крэйн У. Теории развития. Секреты формирования личности. 5-е международное издание. СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. 512 с.
- 37. Кулаков С.А. Личностно-ориентированная психопрофилактика пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков. Автореф. дисс. докт. мед. наук. СПб., 1997. 44 с.
- 38. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. Учебное пособие. М., МГУ, 1985. – 162 с.
- 39. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М., МГУ, 1990. 197 с.
- 40. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. 3-е изд. МГУ, $1972.-576\ c.$
- 41. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. М., Педагогика, $1986.-145~\mathrm{c}.$
- 42. Макаров В.В. Психотерапияновоговека. PDF. Академический Проект, ОППЛ, 2001 г. 496 с.
- 43. Маслоу А.
. Мотивация и личность. Пер. с англ. СПб., Евразия, 1999. 478 с.
- 44. Менделевич В.Д., Мухаметзянова Д.А. Антиципационные особенности психической деятельности детей, страдающих неврозами. // Социальная и клиническая психиатрия. Т.7, вып. 2, М., 1997. с. 31-36.
- 45. Микиртумов Б.Е., Кощавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. СПб.-М.-Харьков-Минск.: «Питер», 2001.-252 с.
 - 46. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л., ЛГУ, 1960. 426 с.
- 47. Никитин В.Н. Арт-терапия: Учебное пособие. М.: Когито-Центр, 2014. 328 с.

- 48. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2010. 352 с.
- 49. Никольская О.Н. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. М.: Центр лечебной педагогики, 2000. 363 с.
- 50. Павлов И.С. Психотерапия в практике. 3-е изд. М.: ПЭР СЭ, $2006.-608~\mathrm{c}.$
- 51. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии. 5-е изд. СПб.: Питер, 2003. 544 с.
- 52. Пезешкиан Н., Пезешкиан X. Позитивная психотерапия транскультуральный подход. // Обозрение психиатрии м медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. № 4, 1993. с. 63-67.
- 53. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. Пер. с франц. М., "Педагогика-пресс", 1994.-527 с.
- 54. Плоткин Ф.Б. Алекситимия: общая концепция и роль в патогенезе аддикций.//Психотерапия и клиническая психология. Научнопрактический рецензируемый журнал. Официальный орган Белорусской ассоциации психотерапевтов. №41 (24), 2008. – с. 11- 17.
- 55. Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы. Учебное пособие для врачей и психологов / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. изд. 2-е, испр. И доп. СПб.: Речь, 2010. 425 с.
- 56. Прашко Я., Можны П., Шлепецки М. Когнитивно-бихевиоральная тераапия психических расстройств М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015.-1072 с.
- 57. Психотерапия детей и подростков. 2-е изд. / Под ред. Ф. Кендалла. СПб.: Питер, 2002.-432 с.
- 58. Ремшмидт X. Психотерапия детей и подростков: Пер. с нем. М.: Мир, 2000.-636 с.
- 59. Рожнов В.Е. Руководство по психотерапии. 2-е изд., 1979. 620 с.
- 60. Рожнов В.Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия. // Психотерапевт России. № 2, 1993. с.3-13.
- 61. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. М., Педагогика, 1973. 423 с.
- 62. Самохвалов В.П. Этология человека: некоторые последствия объективных исследований поведения для медицины и антропологии (обзор). Таврический журнал психиатрии. Т.1, \mathbb{N}^2 2, 1997. с. 50-80.
- 63. Самохвалов В.П., Самохвалова О.Е. Этологические и нейробиологические аспекты аддиктологии. В кн : Руководство по аддиктологии / Под ред. В.Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007. с. 127-139.

- 64. Свааб Д. Мы это наш мозг: От матки до Альцгеймера / Пер. с нидерл. СПб.: Изд-во Ивана Лимбаха, 2014. 544 с.
- 65. Семенович А.В. (ред.) Комплексная методика психомоторной коррекции. М.: МГПУ, 1998. 76 с.
- 66. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб пособие для высш. Учеб. Заведений. М.: Мздательский центр «Академия», 2002. 232 с.
- 67. Скворцов И.А. Неврология развития: руководство для врачей / И.А.Скворцов. М.: Литтерра, 2008. 544 с.
- 68. Смид Р. Групповая работа с детьми и подростками / Пер. с англ. М.: Генезис, 1999. 272 с.
- 69. Судаков К.В., Умрюхин П.Е. Системные основы эмоционального стресса. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 112 с.
- 70. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М. Медгиз, 1955.-458 с.
- 71. Урадовская А.В. Интегративная онтогенетически ориентированная психотерапии психогенных непсихотических расстройств. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2011. 24 с.
 - 72. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М., Медицина, 1973. 392 с.
- 73. Фельдштейн Д.И. Психология становления личности. М., Междунар. педагогич. академия, 1994.-192 с.
- 74. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. СПб.: «Восточно-Европейский Институт Психоанализа» совместно с изд. «Речь», 2002. 784 с.
- 75. Циркин С.Ю. Концептуальная диагностики функциональных расстройств при шизофрении: диатез и шизофрения. //Социальная и клиническая психиатрия. 1995, 32 с. 114-118.
- 76. Чеснокова И.И. Проблема сознания в психологии. М., Наука, 1977. 144 с.
- 77. Шевченко Ю.С., Добридень В.П., Усанова О.Н. (ред.) Психокоррекция: теория и практика. М. НПЦ "Коррекция", 1995. 222 с.
- 78. Шевченко Ю.С. Современные направления психотерапии детей раннего возраста. Психотерапия сегодня: Материалы 3-й Всероссийской конференции по психотерапии. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 1999. с. 319-321.
- 79. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Радостное взросление: развитие личности ребенка (Методика ИНТЭКС). СПб.: Речь, 2004. 202 с.
- 80. Шевченко Ю.С., Кириллина Н.К., Захаров Н.П. Элективный мутизм. Красноречивое молчание: клиника, диагностика, терапия, психологическая коррекция. СПб.: Речь, 2007. 336 с.

- 81. Шевченко Ю.С. Общие вопросы психотерапии и психокоррекции (междисциплинарный подход). В кн.: Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / под ред. Ю.С. Шевченко. М.: ООО «Медицинское информационное агентство». 2011. с. 761-799.
- 82. Шевченко Ю.С., Баздырев Е.И. Эволюционно-биологический взгляд на природу и проявления психопатологического диатеза. Х Мнухинские чтения. Взаимодействие специалистов в области психического здоровья детей и подростков по преодолению факторов социальной среды. Конференция, посвященная памяти профессора С.С. Мнухина. СПб., 2011. С. 271—275.
- 83. Шевченко Ю.С. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия пространственно-временная модель интеграции. // Психотерапия №10 (118), М., 2012. С. 55–62.
- 84. Шевченко Ю.С. Инициация: этолого-психиатрические аспекты (Лекция). Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. Том XLVII, вып. 3, Казань, «Медицина», 2015. С. 78–89.
- 85. Шпиц Р.А. Психоанализ раннего детского возраста. М.: ПЕР СЭ; СПб.: Университетская книга, 2001. 159 с.
- 86. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: ЗАО «Издательство «Питер», 1999. 656 с.

БЕЛОПОЛЬСКАЯ НАТАЛИЯ ЛЬВОВНА

Доктор психологических наук, профессор, декан факультета клинической психологии Московского института психоанализа, профессор кафедры детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии непрерывного последипломного образования, г. Москва E-mail: natalybelopolsky@mail.ru

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКОЙ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Аннотация. Теория и практика современной клинико-психологической диагностики испытывает потребность в выделении и уточнении понятий психическая норма и психическая патология. Автор рассматривает как единичные критерии разграничения нормы и патологии, так и предлагает свой метод комбинированного критерия, содержащего три частных критерия.

Ключевые слова: понятие психической нормы, комбинированный критерий

В последнее время, когда уже произошло и происходит много изменений в образе жизни людей, а информационная и эмоциональная нагрузка все возрастает, понятие психической нормы, представления о границах психической нормы и патологии становятся все актуальней для специалистов в области клинической психологии и психиатрии. Появляются все новые виды аддикций у людей самых разных возрастов, а у детей все чаще диагностируются расстройства аутистического спектра и синдром дефицита внимания.

Кроме этого, мы наблюдаем и увеличение потребности у подростков и взрослых людей в формировании разнообразных защитных форм поведения и защитных атрибутов внешнего вида. Невротические состояния и депрессии стали символами нашего времени.

Границы «нормативности» постоянно пересматриваются: то, что еще сто лет назад во внешнем облике людей и модели их поведения считалось неприемлемым, в современном обществе принимается.

Пандемия привнесла усиление тревожности и депрессии у населения. Если раньше, проводя клинико-психологические и экспериментально- психологические исследования, мы сравнивали результаты, полученные на выборке лиц с диагностированными заболеваниями и нормативной группой, то теперь чаще мы употребляем термин «условно-нормативная выборка».

Критерии нормативности

Как известно, в психологии и психиатрии принято достаточно строго разграничивать психическую нормальность и анормальность. При этом, для разграничения нормы и патологии психологи и психиатры используют какой — либо *один* критерий [1, 2].

Например, разграничение нормы и патологии производится по критерию наличия или отсутствия психического заболевания или по критерию соответствия или несоответствия поведения человека общепринятым нормам и правилам.
В работах 3. Фрейда, А. Адлера, К. Юнга, К. Роджерса, и осо-

В работах З. Фрейда, А. Адлера, К. Юнга, К. Роджерса, и особенно в работах Э. Фромма, критерии диагностики психической нормы и патологии присутствуют в неявном и в явном виде. Э. Фромм считает таким критерием продуктивность человеческой деятельности. Российский ученый С.А. Капустин предложил экзистенциональный критерий нормальной и аномальной личности [4].

Известны такие единичные критерии как: статистический, клинический, экзистенциальный, культурологический и т.д.

Оценка детской психической нормы и патологии представляет собой дополнительную диагностическую задачу, так как детское развитие имеет свою специфику, определенную динамику и применить к его оценки единичный критерий представляется неправильным.

Более эффективным для диагностики психической нормы и патологии в детском возрасте представляется анализ какой-либо целостной деятельности, включающей в себя когнитивные и аф-

фективные компоненты. Для детского возраста это может быть игра.

Проанализируем игру с точки зрения наших критериев. Игра должна быть *адекватна* возрасту ребенка, историческому моменту и географическому местоположению, включая знания ребенка, почерпнутые из путешествий, литературы, фильмов и т.д. Игра должна быть *продуктивной* деятельностью, как ведущая деятельность ребенка дошкольного и младшего школьного возраста. Однако, критичность ребенка не может быть достоверным критерием нормативности развития, так как эта свойство личности формируется позднее. Однако, для оценки патологии игровой деятельности могут быть применены и другие критерии. Например, по использованию игровых предметов, по тематике игр (содержащих насилие, агрессию и пр.).

В любом случае состояние нормативности психического здоровья человека любого возраста должно оцениваться по нескольким критериям для того, чтобы сделать обоснованный вывод.

Комбинированный критерий

В связи с этим, мы предлагаем для разграничения психической нормы и патологии комбинированный критерий, содержащий в себе три частных критерия, содержание которых и степень их выраженности помогает психологу оценить вероятность и степень тяжести психического заболевания. Рассмотрим эти критерии подробнее.

Первый из этих критериев описывает популяционную согласованность относительно адекватности — неадекватности субъекта. Неадекватность может проявляться в мимике, жестах, высказываниях, поступках, поведении человека в целом и иметь разную степень выраженности. Проявления неадекватности оцениваются нами с точки зрения социально принятых норм поведения, общения и форм эмоционального реагирования в конкретных географических и исторических условиях.

Приведем пример ярко выраженного случая проявления неадекватности:

Молодой человек выгнал из дома свою мать за то, что она купила макароны «не той длины». Молодой человек утверждал, что вкус макарон зависит от их длины, а мать виновата в своем непонимании этого факта, поэтому ей необходимо подумать на воздухе о своем проступке.

Второй критерий выделен на основании оценки субъекта относительно собственной критичности-некритичности. Критичность у психически больных людей может быть снижена или вовсе отсутствовать по отношению к своим поступкам, высказываниям, внешности, поведению и др.

Пример. Так, описанный выше, молодой человек, который выгнал мать из дома из-за макарон, в беседе с психологом утверждал, что вкус макарон зависит от их длины. Он рассказал, как нужно измерять макароны и чем лучше пользоваться для их измерения, отвергнув все возражения психолога по этому вопросу.

Иногда мы можем видеть у человека проявление неадекватности, однако он способен воспринимать другую точку зрения и может дать объяснение своему неадекватному поведению или поступку.

В других случаях мы видим сочетание неадекватности и некритичности. При патологических состояниях они могут проявляться очень остро.

Пример: Молодой муж разложил в квартире костер и сжег всю одежду своей жены, чтобы «она не гуляла, не изменяла ему». На вопрос психолога: почему он устроил костер в квартире на полу, мужчина ответил, что лес находится далеко от дома, а у жены много одежды и сразу всю одежду ему было бы не унести».

Третий критерий оценивает качество деятельности, ее продуктивность — непродуктивность. В некоторых случаях неадекватность и некритичность могут быть замаскированы различными, на первый взгляд, убедительными объяснениями человека. Люди могут рассказывать о поиске себя, своего творческого пути. Конкретная деятельность подменяется разговорами, бесконечным планированием, обещаниями начать работать или учиться в ближайшее время.

Приведем пример: Девушка — студентка — первокурсница объявила матери о том, что недовольна своим выбором вуза и будущей профессии и хочет прекратить обучение для поиска более интересного профиля обучения. Мать, согласившись, ждала 44

решения дочери около года. Не дождавшись, она предложила дочери устроить ее к себе на работу курьером. В назначенный день девушка не приехала в отдел кадров, где ее ждали мать и сотрудник отдела персонала. Когда мать позвонила домой, дочь оказалась дома и объяснила матери, что не может приехать устраиваться на работу, так как «по телевизору показывают ее любимый фильм «Приключения Буратино». Из последующей беседы с матерью девушки удалось выяснить, что в последнее время она, сидя дома, ничем не занималась, ни с кем не общалась и была, по сути, совершенно бездеятельна. Ее непродуктивность мать не замечала, пока не проявились другие критерии: неадекватность и некритичность.

По результатам наших исследований наличие одного из перечисленных критериев может служить основой для профессионального психологического наблюдения за человеком и возможного предупреждения развития психического заболевания. Наличие двух (любых) критериев характерно, как правило, для пограничного состояния психического здоровья.

Выявление 3 частных критериев отграничения психической нормы от патологии свойственно, преимущественно, людям, имеющим психические заболевания.

Считаем необходимым заметить, что неадекватность и некритичность чаще встречаются порознь или вместе при наличии у человека продуктивной деятельности. Так, одаренный или даже талантливый человек, безусловно, продуктивная личность может проявлять неадекватность и даже некритичность. Хотя, в соответствии с нашим способом анализа, он имеет нарушение психического здоровья в области пограничной патологии. С другой стороны, мы не встречали людей непродуктивных, но при этом адекватных и критичных.

Выраженная психопатология демонстрирует наличие всех трех критериев: неадекватность, некритичность, непродуктивность. Нормативное состояние психического здоровья соответствует всем тем же критериям, только со знаком «+», а именно: адекватность, критичность, продуктивность.

Существует как бы переходная область, внутри которой мы имеем два варианта пограничных психических нарушений. Ближе

к норме вариант неадекватности при сохранной критичности и продуктивности. Ближе к патологии – вариант неадекватности в сочетании с некритичностью, но при сохранной продуктивности.

Относительность понятия «психическая норма»

Специалистам в области клинической психологии и психиат-Специалистам в области клинической психологии и психиатрии понятно, что представление о психической норме является понятием относительным. Эта относительность обусловлена множеством факторов как культурно-исторических, так и географических, а также большим разбросом индивидуально-личностных характеристик как ребенка и подростка, так и взрослого человека. Однако нам приходилось сталкиваться со взрослыми людьми, которые объявляли себя «абсолютной психической нормой», в связи с чем сразу ставили под сомнение состояние своего психического здоровья. Конечно, понятно, что у человека бывают состояния абсолютного счастья, здоровья, удовлетворения. Однако, заявляя о своей абсолютной нормативности, человек претенлует на некую эталонность, что скорее всего свидетельствует о дует на некую эталонность, что, скорее всего, свидетельствует о его некритичности.

Мы вовсе не склонны считать, что психической нормы, нормативного психического развития и здоровья не существует. Если попытаться изобразить «психическую норму» графически, то это, скорее всего, будет некая область, содержащая внутри себя большое количество индивидуальных различий, которые не мешают ей продуктивно функционировать.

В нашем представлении на периферии графического изображения области «психической нормы» располагаются акцентуации и аддикции, далее к ним примыкают пограничные нарушения психического развития и здоровья, затем психические заболевания и легкая умственная отсталость, и уже затем, тяжелые состояния, характеризующиеся деменцией, а также глубокие степени

яния, характеризующиеся деменциеи, а также глуоокие степени врожденной умственной отсталости.

Рассматривая вопрос о границе психической нормы и патологии, мы склонны считать ее не только нечеткой или размытой, а скорее даже не границей, а также областью, переходной между психическим здоровьем и психической болезнью.

Наши исследования самооценки у здоровых взрослых людей с высоким профессиональным статусом (72 человека от 30 до 42

46

лет), показали, что самооценка может быть достаточно высокой по отдельным параметрам, то есть гораздо выше середины, но при психической норме никогда не достигает максимального значения (в нашем исследовании в 100% случаев). В то же время, никто из этих испытуемых не оценил себя как абсолютного специалиста в своей профессии, а также абсолютно умного, здорового или красивого человека.

Проведя небольшое клинико-психологическое исследование выборки из 7 человек (4 женщины и 3 мужчин от 30 до 42 лет), заявивших о том, что они являются абсолютной психической нормой, мы легко убедились не только в отсутствии у них «абсолютной психической нормы», но также в отсутствии относительно нормативного психического здоровья.

Признавая факт относительности понятия психической нормы, с помощью выделенных нами критериев, все же возможно произвести разделение психической нормы и не нормы.

Кроме того, представляется возможным на протяжении жизненного пути индивида некоторое его движение от нормативной области к области переходной и дальше, к области психической патологии, а иногда и обратное движение от патологии к норме.

Возникает вопрос о возможности сохранения нормативного психического здоровья на протяжении жизненного пути индивида. Ребенок может начинать свой жизненный путь как будучи психически здоровым, так и имея некоторые отклонения психического развития разной степени тяжести. На протяжении жизненного пути, взрослея, дети могут, как компенсировать некоторые отклонения своего развития, так и приобретать психические заболевания или травмы.

Проведенные нами исследования половозрастной идентификации показали, что весь жизненный путь человека (ребенка) направлен на подготовку к продуктивной жизненной фазе и затем, на удержании своей позиции в продуктивной жизненной фазе [3].

Предпочтительными возрастными образами для детей и подростков при нормативном психическом развитии являются либо актуальные возрастные образы, либо образы следующей возрастной позиции. Достигнув стадий юности и зрелости, люди начи-

нают как бы балансировать между ними в зависимости от своих предпочтений, а также от своего пола и хронологического возраста. Однако войдя в продуктивную жизненную фазу при нормативном психическом здоровье, никто из них не обнаруживает ни регрессивных возрастных тенденций, ни прогрессивных и тем более сверхпрогрессивных. Далее люди обоих полов стремятся как можно дольше сохранить себя в продуктивной жизненной фазе.

При различных видах психических заболеваниях взрослых людей, находящихся по их хронологическому (паспортному), возрасту в продуктивной жизненной фазе, мы видим среди предпочитаемых ими возрастных образов, регрессивные образы дошкольного детства, младенчества и даже образ внутриутробного плода, а также прогрессивные и сверхпрогрессивные образы старости и смерти.

Проведение лонгитюдных наблюдений длительностью от 5 до 30 лет за прохождением жизненного пути детьми и подростками с нормальным психическим развитием и различными видами нарушений развития позволили нам увидеть условность границ нормативного психического здоровья. Так, часть детей, имеющих хорошую наследственность и анамнез, воспитывающихся пусть не в идеальных семьях, но получившие любовь и заботу, на определенных возрастных стадиях обнаруживали различные психические отклонения: неврозы, нарушения поведения, эписиндром, а также дебюты различных вариантов шизофренического спектра. Кроме этого, некоторые из них пережили жизненные кризисы: разводы и даже смерть одного или обоих родителей, неудачную первую любовь, внеплановую беременность, совершение правонарушения и т.д. Все это весьма затруднило выход этих детей в продуктивную жизненную фазу на том уровне, на который они могли бы претендовать изначально.

В то же время часть детей с задержками психического развития, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, остаточными явлениями детского церебрального паралича и другими видами пограничной психопатологии скомпенсировали дефекты своего развития и вышли в вариант психического норматива.

Таким образом, на протяжении жизненного пути психическое здоровье человека может подвергаться различным колебаниям в некотором балансировании между нормативным и ненормативным состоянием. Эти состояния могут носить как кратковременный характер, так и более или менее затяжной. Могут возникать состояния ремиссии, когда больной человек становится продуктивным на какое-то время. В связи с этим обнаружилась, например, проблема в проведении экспериментальных исследований, когда нам потребовалась нормативная выборка взрослых людей от 30 до 70 лет. Какой критерий должен был быть выбран за основу?

Сбор анамнеза и беседа с нашими испытуемыми показала, что подавляющее большинство людей перенесли как различные заболевания, так и различного рода травмы, многие из них пережили жизненные кризисы, повлекшие за собой эмоциональные расстройства. Критерий: никогда не обращался к психиатру или психологу — тоже не может быть достоверен, так как мы практически всегда получаем информацию лишь со слов самих пациентов или клиентов. Признавая относительность понятия «психической нормы», представляется довольно грубым разделение психической нормы и патологии по какому-либо единичному критерию.

Кроме того, представляется возможным на протяжении жизненного пути индивида некоторое его движение от нормативной области к области переходной и дальше, к области психической патологии, а иногда и обратное движение от патологии к норме.

Возникает вопрос о возможности сохранения нормативного психического здоровья на протяжении жизненного пути индивида. Ребенок может начинать свой жизненный путь как будучи психически здоровым, так и имея отклонения психического развития разной степени тяжести. На протяжении жизненного пути, взрослея, дети могут, как компенсировать некоторые отклонения своего развития, так и приобретать психические заболевания или травмы.

Проведение лонгитюдных наблюдений длительностью от 5 до 30 лет за прохождением жизненного пути детьми и подростками с условно нормативным психическим развитием и различными видами нарушений развития позволили нам увидеть условность границ нормативного психического здоровья. Так, часть детей, имеющих хорошую наследственность и анамнез, воспитывающихся пусть не в идеальных семьях, но получившие любовь и заботу, на определенных возрастных стадиях обнаруживали различные психические отклонения: неврозы, нарушения поведения, эписиндром, а также дебюты различных состояний шизофренического спектра. Кроме этого, некоторые из них пережили жизненные кризисы: разводы и даже смерть одного или обоих родителей, неудачную первую любовь, внеплановую беременность, совершение правонарушения и т.д. Все это весьма затруднило выход этих детей и подростков в продуктивную жизненную фазу на том уровне, на который они могли бы претендовать изначально.

В то же время часть детей с задержками психического развития, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, остаточными явлениями детского церебрального паралича и другими видами пограничной психопатологии скомпенсировали дефекты своего развития и вышли в вариант психического норматива.

Таким образом, на протяжении жизненного пути психическое здоровье человека может подвергаться различным колебаниям в некотором балансировании между нормативным и ненормативным состоянием. Комбинированный критерий помогает специалисту оценить психическое состояние пациента на текущий момент, а также выдвинуть гипотезу о ближайшей перспективе его здоровья и развития.

Список литературы

1. Белопольская Н.Л. Комбинированный критерий для оценки состояния психического здоровья. Современные представления о психической норме и патологии. – М.: Когито-Центр, 2015. – С. 30-33.

- 2. Белопольская Н.Л. Возможности современной оценки психической нормы и патологии: психологические критерии. Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева, 2016. Т. XLVIII. №4. С. 74-76.
- 3. Белопольская Н.Л. Половозрастная идентификация. Методика исследования самосознания подростков и взрослых (ПВИ-ПВ). М.: Когито-Центр, 2011.-51 с.
- 4. Капустин С.А. Критерии нормальной и аномальной личности в психотерапии и психологическом консультировании. М.: Когито-Центр, 2014. 239 с.

ЕРЕМЕНКО НАТАЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

старший преподаватель кафедры общей и специальной психологии, ГБОУ ДПО «Нижегородский институт развития образования» педагог – психолог,

> ведущий специалист Нижегородского коррекционного центра «Развитие» г. Нижний Новгород

e-mail: nater2009@gmail.com

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ, ИМЕЮЩИХ ПРОБЛЕМЫ В РАЗВИТИИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ В УСЛОВИЯХ НКЦ «РАЗВИТИЕ»

Аннотация. В статье представлен опыт работы по психологопедагогическому сопровождению подростков, имеющих проблемы в развитии, поведении, общении на основе комплексного подхода. Представлены разные модели сопровождения и система работы специалистов с применением авторской коррекционно-развивающей программы «Я в мире. Мир во мне» и «4Д» – технологии в работе с родителями.

Ключевые слова: психолого-педагогическое сопровождение, комплексный подход, взросление, коррекционно-развивающая работа.

Психолого-педагогическое сопровождение подростков в условиях Центра осуществляется на основе комплексного подхода, который предполагает:

- учет всего комплекса факторов, влияющих на развитие ребенка/подростка:
- разработка комплекса мер, позволяющих оказывать помощь в трех направлениях: подросток, семья, социум;
 - командная работа специалистов;
 - управление социальной ситуацией развития.

Обратимся к анализу обращений родителей за консультативной помощью (2018–2021 гг.). Проблемы, которые чаще всего обозначают родители, являются достаточно типичными для подросткового возраста и затрагивают все сферы жизнедеятельности подростка, системы его отношений со взрослыми и сверстниками:

- 1) трудности в учебной деятельности (неуспеваемость, сложности в освоении содержания отдельных предметов по причине наличия нарушения (ЗПР и др.), несформированность самостоятельности учебной деятельности, общеучебных умений и т.д.), отсутствие учебной мотивации, «нежелание» подростка учиться и вообще ходить в школу;
- 2) трудности в общении со взрослыми и сверстниками (отношения с учителями; ситуация буллинга в классе; ограниченность круга общения у подростков с OB3, находящихся на индивидуальном обучении);
- 3) сложности в детско-родительских отношениях, непонимание со стороны взрослого особенностей взросления и необходимости изменять форму и содержание общения с подростком;

 4) проблемы в развитии личностной и коммуникативной сферы(негативное самоотношение, неадекватная самооценка, неуверенность в себе и собственных силах, замкнутость и др.); поведенческие проблемы (агрессивность, повышенная тревожность, признаки депрессии, самоповреждающее поведение и др.);

 5) различные виды зависимостей (компьютерная, игровая);

 6) вопросы личностного и профессионального самоопределения.

В условиях центра сложились и успешно реализуются две модели психолого-педагогического сопровождения: модель коррекционно-развивающая (помощь оказывается подростку непосредственно специалистами центра на очных занятиях, которые проводятся еженедельно); модель дистанционного психологопедагогического сопровождения (систематические индивидуальнье онлайн — занятия (Skype) с подростком; консультативные детско-родительские занятия с определенной периодичностью встреч (1–2 раза в месяц) и др.). Учитывая, что в Центре работа построена на основе комплексного подхода, в процесс сопровождения обязательно включена систематическая работа с семьей и родителями подростка через проведение родительских занятий и повторных консультаций по запросу.

Большинство обозначенных выше подростковых проблем решаются в процессе реализации специально разрабатываемой ин-

дивидуальной программы сопровождения, которая реализуется с опорой на авторскую программы сопровождения, которая реализуется с опорой на авторскую программу коррекционно-развивающих занятий «Я в мире. Мир во мне». Ее целью является развитие самосознания подростка, позитивного самоотношения, расширение представлений о самом себе и других людях, отношениях с ними; развитие навыков общения, расширение опыта взаимодействия и представлений о самом себе и других людях, отношениях с ними; развитие навыков общения, расширение опыта взаимодействия и сотрудничества со взрослым; анализ поведения других людей и своего в самых разнообразных социальных ситуациях. В основе программы научные концепции Прихожан А.М., Толстых Н.Н., Д.И. Фельдштейна, Ю.С.Шевченко, психологические подходы к психологическому сопровождению подростков М.Р. Битяновой, О.В. Хухлаевой, А.И. Грецова, К. Фопеля и др. Используются игровая терапия, техники арт — терапии, сказкотерапии, библиотерапии, сторителлинга и т.д. Программа состоит из 5 модулей: «Я — это Я», «В мире эмоций и чувств», «Я в кругу друзей», «В круге семьи. Я и мои родители», «Я в школе. Секреты успешной учебы». Модульный принцип позволяет эффективно решать подростковые проблемы, ориентируясь на клиента, его индивидуальные особенности и возможности, расставляя акценты, выбирая необходимые психологические подходы и техники, регулируя коррекционно-развивающую работу по времени.

Далее хотелось бы остановиться на особенностях организации и проведении онлайн — занятий для подростков, что стало теперь особенно актуальным, не только по причине удаленности проживания клиентов от Центра (Нижегородская область), но и из-за пандемии СОУІD19, частого перехода из-за заболеваемости и карантинов на дистанционный формат обучения. Так, например, для работы в дистанционном формате у подростка должно быть сформировано произвольное внимание, навыки саморегуляции, специальные навыки работы с ноутбуком/планшетом. Во-вторых, в некоторых случаях без активной помощи родителей занятия невозможны. Родитель становится тьютором, в некоторых случаях без активной помощи родителей занятия невозможны. Родитель становится тьютором, в некоторых случаях без активной помощи родителей занятия невозможны. Родитель становится тьютором, в некоторых случаях, «руками» специалиста по ту сторону экрана, особенно если

ях, «руками» специалиста по ту сторону экрана, особенно если речь идет о подростках с ОВЗ.В- третьих, нужно предусматривать специальные приемы, направленные на поддержание внимания подростка (правила проведения занятия), мотивацию деятельности. В-четвертых, это наличие специально подобранного 54

демонстрационного материала, психологических упражнений и

демонстрационного материала, психологических упражнений и игр, видеороликов и т.д., совместимого с программой Skype.

Еще одной интересной формой работы в Центре является Клуб «Диалог», который впервые начал свою работу в 2019 году. Его целью являлось развитие позитивного отношения подростков с ОВЗ к себе, другим людям, миру; содействие успешной социализации подростков и последующей профессионализации. Занятия в клубе проходили еженедельно по субботам, программа работы включала в себя тематические занятия, связанные с разными сферами жизни «Театр», «Кинематография», «Мультипликация», «Мир, в котором мы живем. Планета Земля», «Хобби», Увлечения подростков», «Интернет и компьютеры», «Книги в жизни человека», «Красная книга», «Мир профессий» и др. Занятия проходили в активной форме и включали в себя определенную последовательность этапов: приветствие, игры-разминки, просмотр видеоматериалов по теме занятия, обсуждение, коллективную игру, ритуал прощания. Итоговое занятие по теме всегда предусматривало представление каждым подростком небольшого проекта, рассказа о своем собственном опыте: хобби, любимой книге, фильме, профессии и т.п. Ряд тем завершены были большими психологическими играми и играми — проектами («Сказка на новый лад», «12 записок на Новый год», «Интересная профессия» и др.). сия» и др.).

в завершении, хотелось бы остановиться на организации работы с родителями подростков с применением специально разработанной авторской технологии «4Д: доверие, диалог, деятельность, договор». Она была создана с целью оптимизации общения родителей с подростком, коррекции детско-родительских отношений на основе психологических подходов Д.И. Фельдштейношений на основе психологических подходов Д.И. Фельдштейна, Р.И. Овчаровой и современных научных исследований А.А. Реана, Г.В. Солдатовой, С.В. Чернобровкиной и др. Освоение технологии происходит в процессе цикла родительских консультационных занятий, включенных в программу сопровождения. Также возможно ее освоение в родительских группах, в ходе специально организованного тренинга.

Таким образом, описанный выше опыт работы по психологопедагогическому сопровождению подростков, имеющих пробле-

мы в развитии, поведении и общении на основе комплексного подхода дает положительный эффект и позволяет своевременно решать возникающие трудности в детско-родительских отношениях, развитии личности подростка, способствуя поддержанию его психологического здоровья и успешной социализации.

Список литературы

- 1. Овчарова Р.В. Психология родительства. М.: Академия, 2005. 368 с.
- 2. Толстых Н.Н. Психология подросткового возраста / Н.Н. Толстых, А.М. Прихожан. М.: Издательство «Юрайт», 2017. 40 с.
- 3. Фельдштейн Д.И. Психология взросления. Структурносодержательные характеристики процесса взросления личности. – М.: МСПИ, Изд-во «Флинта», 2004. – 672 с.
- 4. Чернобровкина С.В. Представления о подростках как фактор их взросления // Вестник Омского университета. 2016. №3. С. 56-65.
- 5. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Радостное взросление: развитие личности ребенка (Методика ИНТЭКС). СПб.: Речь, 2004. 202 с.

ЛЕВИЦКАЯ ЮЛИЯ ЛЕОНИДОВНА

кандидат наук по специальной психологии, директор Нижегородского центра социально-коррекционных услуг «Развитие», доцент кафедры общей и специальной психологии ГБОУ ДПО НИРО г. Нижний Новгород e-mail: levi-juli@bk.ru

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПОВЫШЕНИЮ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЕТЕЙ С РАС В РАМКАХ НИЖЕГОРОДСКОГО КОРРЕКЦИОННОГО ЦЕНТРА «РАЗВИТИЕ»

Аннотация. Статья посвящена описанию комплексного подхода к повышению адаптационных возможностей детей с РАС, разработанного в рамках Нижегородского коррекционного центра «Развитие» на основе теоретических положений отечественной психологии и собственного практического опыта. В статье описываются специальные условия, позволяющие добиваться высоких результатов в социальной адаптации детей с РАС (в 90% случаев), к которым относятся специально организованные ситуации общенияи управление социальной ситуацией развития ребенка.

Ключевые слова: дети с РАС, социальная адаптация, стресс, специально организованная ситуация общения, социальная ситуация развития.

Среди многих вариантов нарушенного развития особое место, в настоящее время, занимает группа аутистических расстройств. Одно из молодых и прогрессирующих заболеваний нервной системы, описанное впервые Л. Каннером в 1943 году, сегодня представлено многочисленными вариантами нарушений, именуемых расстройствами аутистического спектра (РАС). Данное заболевание приводит к серьезному нарушению социальной адаптации детей, что беспокоит практиков и теоретиков всего мира, заставляет искать эффективные пути помощи людям, страдающим аутизмом. В этом смысле оправданы попытки решать проблему с разных сторон, как с теоретической, так и с практической. Заслуживают внимания самые разные подходы и способы

оказания помощи детям с РАС и в рамках образовательных организаций, и в рамках специализированных учреждений.

В данной статье мы хотим познакомить вас с комплексным подходом к повышению адаптационных возможностей детей с РАС, которыйсформировался в АНО НКЦ «Развитие» за многие годы работы и дает устойчивые позитивные результаты в социализации детей с РАС. Мы не используем в своей работе зарубежные технологии известные как Методика ТЕАССН (Teachingchildrenwith Autismto Mind-Read), ABA терапия, методика сенсорной интеграции и стимуляции и программа Son-Rise. Эти подходы стали популярны в нашей стране лишь в последние годы.

Нижегородский коррекционный центр «Развитие» был создан 16 лет назад, в 2005 году, как альтернативный вариант государственной модели коррекционной помощи и поддержки семье. Основным направлением работы центра является оказание психолого-педагогической помощи семьям, имеющим детей с временными и постоянными нарушениями в развитии.

менными и постоянными нарушениями в развитии.

Фактически с первого года своего существования к нам стали обращаться родители с детьми, имеющими аутистические расстройства. Опираясь на теоретические положения отечественной психологии (Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, Д.Б. Эльконина, П.Я. Гальперина,О.С. Никольской, Е.Р. Баенской, М.М. Либлинг, В.В. Лебединского, Д.В. Ермолаева, И.Ю. Захарова и др., заложенные в культурно-историческом, деятельностном, средовом, смысло-ориентированном подходах), знакомясь с опытом зарубежных коллег, тесно работая с родителями, мы двигались эмпирическим путем в работе с детьми и родителями, накапливая собственный опыт. Первые годы приходилось работать с самым тяжелым спектром аутистических расстройств, многих детей направляли к нам комиссии по инвалидности, ориентируясь на те достижения, которые появлялись у детей в результате нашей работы. Долгое время мы были одной из немногих организаций, которая работала с детьми, не вписывающимися в образовательные организации.

Последние 10 лет в нашем центре ежегодно получают регулярную коррекционную помощь в среднем от 35 до 45 детей с 58

РАС, причем 90% из них дети дошкольного возраста. Как правило, большая половина этих детей имеет инвалидность, еще часть состоит на учете у психиатра, часть находится в процессе диагностирования проблемы. Как минимум половина всех детей посещает дошкольные образовательные учреждения. За годы нашей практики крайние формы РДА (Канеровский вариант) единичны. Половина детей с РАС, посещающих наш центр — относится к 2 группе по классификации О.С. Никольской, меньшая часть к 3 гр, единицы к 4 гр.

С самого начала, тесно сотрудничая с родителями детей с РАС, реагируя на те затруднения, с которыми они сталкиваются в ходе социализации своих детей, мы подметили несколько важных моментов, позволивших нам в дальнейшем выйти на комплексный подход к повышению адаптационных возможностей наших детей, сформулировать основные задачи и направления коррекционной помощи.

Во-первых – мы заметили, что часть детей с РАС, пришедшие в общеобразовательное дошкольное учреждение в возрасте с 2 до 4-х лет, способны адаптироваться без специальной помощи к условиям детского сада, правда только на уровне освоения ими режима дня. Со временем такие дети привыкают к общим режимным моментам, совместно с другими сверстниками садятся за стол во время приема пищи, идут в туалет, знают свой шкафчик для одежды и выполняют основные правила. Это означает что дети с РАС способны к адаптации при соблюдении определенных условий. Что этому способствует? Спланированный адаптационный период, поэтапность временного вхождения в группу, четкие и постоянные правила дошкольного учреждения.

Во-вторых: в рамках дошкольного учреждения дети с РАС в спонтанном варианте адаптируются лишь к режиму дня, а ситуация общения остается не освоенной. Дети с РАС, регулярно посещающие д/с, чаще всего играют сами по себе рядом или в стороне от детей, иногда во время общих игр проявляют эмоциональное и двигательное возбуждение, однако без осмысления содержания ситуации, правил игры. Значит адаптационный период в детском саду, хорошо выстроенный для нормотипичныхдошкольников, не подходит в полной мере для детей с РАС, т.к. не

учитывает их специфических возможностей и особенностей развития и не помогает в дальнейшем включаться во взаимодействие со сверстниками. Попытки педагогов вовлечь такого ребенка в организованное общение сосверстниками вызывают сопротивление с его стороны, усиление аутистических защит и, педагоги, как правило, через некоторое время оставляют безуспешные попытки, и ребенок остается в изоляции, находясь среди сверстников. Освоение общения так и не происходит. Спонтанно следуя за особенностями детей аутистов, и педагоги и родители часто не могут противостоять силе аутистических защит, стереотипиям, эхолалиям, аутоагрессии, выбирают неправильные формы поведения (часто идут на поводу неадекватных реакций ребенка, подстраиваются под особенности аутистического спектра детей, проявляютгиперопеку, снижают уровень требований). В конце концов, эти реакции не только еще больше закрепляются в поведении детей, могут нарастать, делают поведение непонятным для окружающих, но и приводят к вторичной аутизации, тому самому «социальному вывиху» (термин Л.С. Выготского) который и блокирует их дальнейшую социализацию.

кирует их дальнейшую социализацию.

В-третьих: диагностическое наблюдение за детьми с РАС приводит нас к выводу о том, что удельный вес третичных проблем в развитии детей, (а именно закрепленных форм неадекватного поведения, как следствия неправильного отношения и поведения взрослых), значительновыше, чем проявления первичных аутистических защит. Другими словами, в поведении каждого ребенка с РАС будут проявляться его индивидуальные особенности, аутистические защиты и неправильное поведение как закрепленные реакции на неадекватное поведение взрослых в результате снижения уровня требований к ребенку. Такие дети долго остаются несамостоятельными в элементарных процессах, требующих самообслуживания: пьют из бутылочки, а не из чашки, ходят в памперсах до 4 порой 6-ти лет, несмотря на то что распознают сигналы, идущие от тела, не раздеваются и не одеваются самостоятельно, валятся на пол и устраивают истерику по каждому поводу. Такая картина, когда более высокие формы организации поведения, доступные ребенку не вытесняют более примитивные, специфична для детей сРАС.

В-четвертых: на опыте некоторых родителей мы заметили, что приспособительные возможности детей с РАС, так же как и защиты, максимально проявляются в новой, не привычной для ребенка стрессовой ситуации (поездка в гости, на отдых, переезд в новую квартиру, переход в другую группу д/с и др.). Именно тогда, когда вся картинка привычной жизни менялась целиком, у детей быстрее разрушались привычные связи и даже формировались новые, они привыкали к отсутствию любимой игрушки или предмета, с которым не расставались ранее, начинали пить из новой чашки, удавалось вводить в рацион незнакомую ранее еду. За несколько дней неожиданно для родителей происходили те, изменения, которых они месяцами не могли добиться от своих детей в привычном режиме жизни дома, когда не удавалось преодолеть единожды сложившиеся связи. В повседневной жизни для детей с нарушениями аутистического спектра стрессовымимогут стать абсолютно любые ситуации: новое помещение, изменение привычного маршрута, неприятный сенсорный раздражитель и т.д. Естественной реакцией взрослого является желание устранить факторы, вызывающие дискомфорт у ребенка. Это, понятное всем желание взрослых, становится ловушкой в условиях нарушенного развития ребенка с РАС. Стараясь убрать, ограничить все травмирующие ситуации, взрослый сам блокирует возможности ребенка адаптироваться к окружающим условиям, кжизни в социуме, ограничивает круг общения, социальные связи (посещение магазинов, использование общественного транспорта и т.д.) что не только не помогаем развитию, а наоборот, способствует появлению новых проблем.

Таким образом, напрашивается вывод о том, что возможности детей с РАС адаптироваться к новым условиям значительно выше, чем принято думать, но они не изучены. В стрессовых условиях адаптация детей проходит быстрее и результативнее. Вероятно, в условиях кардинального изменения социальных условий жизни ребенка, возникает стресс, создающий тот необходимый уровень напряжения, включенности ребенка в ситуацию, который способствует разрушению и созданию новых связей. Возможно, это связано с синкретичностью мышления детей дошкольного возраста с РАС или особым биохимическим процессом, который

запускается в этих условиях в коре головного мозга. Предположения могут быть разными. Включение детей с РАС в ситуации общения со сверстниками требует специальных условий. Родители и педагоги нуждаются в обучении эффективным способам управления поведением детей с РАС. Именно неправильные реакции взрослых на поведение детей с РАС в первые годы жизни способствуют нарастанию аутистических защит и закреплению неправильного поведения, блокирующего дальнейшую социальную адаптацию.

ную адаптацию.

Далее, учитывая собственный опыт, мы опирались на ряд известных положений о том, что способность к адаптации, развивается в результате тренировки. Значит регулярно изменяя условия, требующие приспособления, можно тренировать и наращивать адаптационные возможности организма, в том числе возможности социальной адаптации. При этом, кардинальное изменение условий вызывает стрессовую реакцию организма. Стресс может иметь созидающую и деструктивную функции. Стресс, адекватный возможностям организма приводит к мобилизации возможностей человека. Частое проживание стресса формирует стрессоустойчивость, т.е. способность организма справляться со стрессовыми ситуациями, сохранять устойчивость в среде с деструктивно действующими внутренними и внешними факторами. Стрессоустойчивость напрямую связана со способностью организма быстро адаптироваться к изменениям условий с минимальными потерями. Таким образом формируя стрессоустойчивость, мы повышаем адаптационные возможности организма.

В логике этих рассуждений мы стали строить работу с родителями детей с РАС. Сначала мы использовали спонтанно возникающие ситуации в жизни семьи. В случаях предстоящих в семье жизненных изменений (перезд, поездка в деревню, к друзьям), мы стали тщательно планировать вместе с родителями возможности стали т траленный планировать вместе с родителями возможности стали т траленный планировать вместе с родителями возможности стали т траленный планировать вместе с родителями в друзьями, мы стали т траленный планировать вместе с родителями в друзьями, в друговать в траленных в деревню, к друзьям), мы стали т траленный планировать вместе с родителями в друзьями, в друговать вместе с родителями в друзьями, в друговать вместе с родителями в друговать вместе с родителями в друговать в деревню, к друзьям), мы стали т траленный вместе с родителями в друговать в друговать в деревню, к друзьями, в друговать в друго

В логике этих рассуждений мы стали строить работу с родителями детей с РАС. Сначала мы использовали спонтанно возникающие ситуации в жизни семьи. В случаях предстоящих в семье жизненных изменений (переезд, поездка в деревню, к друзьям), мы стали тщательно планировать вместе с родителями возможности данной стрессовой ситуации для развития ребенка и продумывать в чем будет заключаться тренировка его адаптационных способностей. Такой подход позволил у значительной части детей с РАС переписывать неправильно закрепленные поведенческие программы, отказываться от привычных для них ритуалов или изменить их на более приемлемые в социуме, влиять на из-

бирательность в еде, одежде и т.д., менять стереотипные реакции, а главное значительно быстрее получать те результаты в развитии ребенка с РАС, которые при других способах требуют более длительного времени коррекционных воздействий.

В работе с родителями мы все увереннее планировали стрессовые условия для каждого ребенка с учетом его особенностей, повышая доступный уровень напряжения. Мы стали управлять формированием адаптационных возможностей детей, искусственно создавая необходимые условия разной степени сложности.

В дальнейшем мы начали тренировать стрессоустойчивость ребенка не только в семье, но и в рамках коррекционных занятий в центре. Мы рассуждали следующим образом. Для детей с расстройством аутистического спектра наиболее сильный и сложный раздражитель, являющийся стрессогенным фактором — это общение. Деятельность общения является наиболее подвижной, изменчивой и требует максимальной пластичности и гибкости реакций со стороны каждого из ее участников. Дети с РАС таким набором качеств не обладают и поэтому чувствуют дискомфорт, стремятся избежать общения, вырабатывают специфические защиты. Мы стали интенсивнее включать ребенка в ситуации общения со взрослым на индивидуальных занятиях, объединять детей в пары и малые группы осознанно планировать повышение уровня напряжения, тренируя таким образом его стрессоустойчивость.

В качестве ступеней, позволяющих постепенно планировать повышение напряжения, мы используем разные виды деятельности: предметную, продуктивную, игровую. Опираясь на поддержку семьи и ближайшего окружения, учитывая актуальный уровень развития ребенка, мы специально создаем условия, позволяющие дозировать интенсивность вовлечения ребенка в общение. Это способствует наращиванию его терпимости к ситуации общения сначала со взрослыми, а затем и со сверстниками, снижению аутистических защит, повышение включенности в ситуации социального взаимодействия, способность воспринимать обучающую помощь взрослого, повышает адаптивные возможности, открывает иные перспективы для дальнейшего развития. По-

этому формирование деятельности общения стало центральным содержанием коррекционной работы с детьми в рамках центра.

Со временем опыт повышения адаптационных возможностей детей с помощью планируемых изменений в рамках семьи и социума и поиск эффективных способов включения ребенка с РАС в общение и взаимодействие со сверстниками в рамках коррекционных занятий соединились в комплексный подход к формированию адаптационных возможностей для детей с РАС.

Опыт активной практической работы с детьми данной категории, убеждает нас в том, что для получения устойчивого результата коррекции для детей с РАС нужны специально созданные условия. Под такими условиями мы понимаем специально организованную ситуацию общения и управление социальной ситуацией развития ребенка. Это предполагает комплексную коррекционную помощь в трех направлениях одновременно – ребенок, семья и социум. Рассмотрим последовательно условия.

Первое условие – специально организованные ситуации общения.

К специально созданным ситуациям общения мы относим все формы индивидуальной и групповой работы с детьми в центре, направленные на повышение их адаптивных способностей и подготавливающих к социализации. Это

- индивидуальные занятия специалиста с ребенком,
- парные занятия (специалиста с двумя детьми),
- групповая работа для детей с РАС,
- интегрирование детей с РАС в группу с детьми, не имеющими нарушений аутистического спектра, для формирования навыков общения со сверстниками и предпосылок учебной деятельности,
 - проектные формы работы по социализации детей с РАС.

Проектные формы работы подготавливают детей с РАС к социальной адаптации в ином формате.

- группа по обучению навыкам самообслуживания,
- «Кукольный театр»,
- большие ролевые игры с детьми и родителями,
- игровые группы «Учусь играть»,

- летний лагерь для особых детей дошкольного и школьного возраста (специализированный для PAC и интегрированный для детей с PAC),
 - день рождения особого ребенка и многое другое.

Организация специально созданных ситуаций общения подчинена определенной логике. От индивидуальных занятий с детьми, имеющими нарушения аутистического спектра, мы переходим к построению мини групповой работы, далее увеличиваем количество детей с РАС в группе и завершаем интеграцией детей с РАС в группу сверстников, не имеющих нарушений аутистического спектра. Дополняют картину разные виды проектной деятельности.

Таким образом, специально созданные условия для детей с РАС помогают разрушать закрепленные неправильные способы поведения и снижать привычные аутистические защиты, наращивать терпимость к контактам, а значит повышать адаптационные возможности.

Вторым необходимым условием, является изменение социальной ситуации развития ребенка. Это предполагает построение программы общей коррекции. Опираясь на положение о том, что социум понимается как источник и стимул развития, мы считаем, что принцип управления социальной ситуацией развития должен стать приоритетным в организации работы с ребенком, имеющим любое нарушение развития, а тем более РАС.

Изменение социальной ситуации развития ребенка в большей степени зависит от окружающих его взрослых, их активной позиции, осознанности и целенаправленности собственных действий. Иными словами, родители должны стать управленцами социальной ситуации развития ребенка. Это целое большое направление в коррекционной работе с семьями детей, имеющими РАС. Для управления процессом социальной адаптации детей с РАС со стороны взрослых нужно создать ряд специальных условий: учесть сенситивный возраст для осуществления этого процесса, разработать технологии тренировки адаптационных возможностей детей с РАС и обучить взрослых не следовать слепо за особенностями таких детей, подкрепляя аутозащиты, стереотипии и

ритуалы, а управлять поведением, включая их постепенно в ситуации взаимодействия со сверстниками и обучая этому.

Организация работы по оптимизации социальной ситуации развития в рамках нашего центра «Развитие» происходит через построение программы общей коррекции. В этом случае речь идет о выделении и учете всех факторов, влияющих на психическое развитие ребенка в рамках семьи и социума в целом, и поиске способов воздействия на эти факторы со стороны родителей.

Таким образом, наша основная цель в контексте помощи семье аутичного ребенка, научить родителей управлять социальной ситуацией его развития. Мы абсолютно уверены, что активность и ответственность родителей, а не специалистов должна стать приоритетной в оказании помощи ребенку.

Данная цель требует длительной и серьезной работы, решения множества задач.

Первая задача. Всем близким взрослым (не только родителям, но и бабушкам, другим членам семьи, няням) детей с РАС требуется информационная поддержка. Нехватка знаний о закономерностях развития и особенностях воспитания детей на разных возрастных этапах не позволяет взрослым ориентироваться в ситуации развития ребенка, своевременно видеть проблемы, обращаться за помощью к специалистам, выбирать правильные способы поведения. Взрослым нужны доступные знания об особенностях искаженного развития при РАС. Избыточная информация по аутизму, полученная из интернета, как правило, вызывает недоверие, депрессию и тяжелые переживания родителей, повышает их деструктивные защиты.

Вторая задача. Необходимо выделить, рассмотреть и учесть все факторы, влияющие на психическое развитие ребенка, определить те, которые воздействуют не благоприятно и найти возможные способы влияния на данную ситуацию. В числе важных факторов мы выделяем: наличие регулярного наблюдения врачами, медицинского диагноза, лечения при необходимости; детскородительские и внутрисемейные отношения; условия воспитания; совокупную нагрузку на ребенка в течение дня, недели; режим дня; особо выделяем сформированность сна, как важный показатель состояния ЦНС; включенность ребенка в социум (посещение

д/с, развивающих центров, и др.), использование возможностей социума для развития; получение ребенком коррекционной помощи. Мы считаем, что управление социальной ситуацией развития со стороны родителей будет выражаться в осмысленном и активном подходе к посильному изменению неблагоприятных факторов на развитие ребенка.

факторов на развитие реоенка.

Третья задача. Необходимо повысить адекватность отношения, поведения и требований к ребенку со стороны родителей и других взрослых из ближайшего окружения ребенка. Родителям необходимы практические навыки. Мы уверены в том, что сопровождение семей через практические занятия специалистов со взрослыми из ближайшего окружения ребенка необходимы на протяжении всего процесса коррекционной работы. Построение протяжении всего процесса коррекционной работы. Построение пошаговых стратегий поведения родителей в каждом конкретном случае является необходимым элементом помощи семье. Задачи, поставленные совместно (специалистами и родителями) на основе диагностики зоны ближайшего развития ребенка, четко планируемый результат работы, находящийся в зоне шаговой доступности для ребенка и родителей, помогают родителям осознанно менять свое поведение в соответствии с разработанной стратегией. Это позволяет родителям видеть достижения ребенка (на ограниченном временном этапе) как результат собственных усилий избавиться от неоправланных ожиданий неалекватных треограниченном временном этапе) как результат собственных усилий, избавиться от неоправданных ожиданий, неадекватных требований, вселяет уверенность в том, что они успешны, компетентны в вопросах воспитания ребенка и помощи своему ребенку в развитии. Анализ динамики продвижения ребенка в развитии совместно со специалистами и родителями, позволяет усложнять коррекционную программу, поддерживает адекватность требований взрослых. Понимание родителями особой динамики психокоррекционного процесса не как планомерного, поступательного прижения в сканкообразного предполагающего крижения хокоррекционного процесса не как планомерного, поступательного движения, а скачкообразного, предполагающего кризисы, ускорение и замедление движения помогает родителям не опускать руки в ситуациях, когда накопительный период долго не позволяет увидеть качественных изменений в психическом развитии и воспринимается как ухудшение состояния ребенка.

Четвертая задача. Родителю необходимо получать психотерапевтическую помощь, позволяющую ему принимать сложную

жизненную ситуацию, когда проблемы ребенка носят пролонгированный характер. Сложность жизненной ситуации родителей связана с длительной депривацией, когда большинство потребностей взрослых, особенно матерей детей с РАС не могут удовлетворяться в силу особого состояния ребенка. Нехватка, а порой отсутствие личного времени, невозможность реализовываться профессионально, нарушение жизненных планов, невозможность увидеть жизненные перспективы, переживание родительской не успешности, выраженное чувство вины, охлаждение отношений в паре, все это зачастую негативно сказывается на эмоциональном состоянии родителей, приводит к депрессивным состояниям и деструктивным защитам. Кроме того, отказ одного из родителей от собственных потребностей приводит к его симбиотической связи с ребенком и блокирует позитивные перспективы развития и самого взрослого и ребенка. Изменить ситуацию в лучшую сторону помогает:

- общение родителей в сообществе взрослых, сталкивающихся с аналогичными проблемами в развитии детей, и имеющими опыт проживания и преодоления отдельных особых ситуаций;
- осознанное расширение круга поддержки семьи, привлечение родственников, друзей, знакомых для помощи родителям в воспитании и уходе за ребенком с РАС;
- понимание родителями своих потребностей и осознанный поиск способов их удовлетворения, как необходимое условие позитивного развития и поддержания эмоционального равновесия самого взрослого, ребенка и семьи в целом. Родители, не умеющие себя восполняться эмоционально позитивно, не могут помочь в развитии своему ребенку на длинной временной дистанции;
- возможность увидеть перспективу социализации детей с РАС, позитивные примеры социализации детей (2, 3, 4 гр. по О.С. Никольской), на разных возрастных этапах, на этапах обучения в начальной, средней школе (общей и специальной), получения профессионального образования (после общей и специальной школы), перспективу освоения профессиональной деятельности, возможности создания семьи и др.;

Наша технология оказания коррекционной помощи семьям детей с РАС включает в себя 3 направления: семья, ребенок, социум. Мы выделяем 4 взаимосвязанных этапа работы, на каждом из которых представлены все три направления. С родителями и ребенком в рамках нашего коррекционного центра мы работаем напрямую, а с социумом опосредованно.

Первый этап – консультационно-диагностический. Он предполагает консультационно-диагностическую работу по запросу семьи. Мы осуществляем раннее выявление проблем в развитии ребенка силами специалистов центра (специальные и медицинские психологи, дефектологи, логопеды), диагностику уровня его актуального развития и диагностику проблем семьи в связи с особенностями ребенка. Направляем родителей (при необходимости) к специалистам нужного профиля на медицинское обследование (неврологи, психиатры), помогаем собрать полную информацию о состоянии ребенка если нет диагноза к моменту обращения в центр. Делаем прогноз на дальнейшее развитие ребенка в разных психолого-педагогических условиях, объясняем родителям стратегию оказания помощи семье и ребенку в рамках центра и за его пределами. Если семья решила получать коррекционную помощь в рамках центра, мы переходим ко второму этапу работы.

этапу работы.

Второй этап – разработка коррекционных программ. Длительность этого этапа от 1 до 1,5 месяцев. Работа осуществляется так же в трех направлениях: с семьей, ребенком и социумом. На этом этапе мы предоставляем родителям достоверную информацию об особенностях и закономерностях развития детей с РАС, начинаем оказывать психотерапевтическую помощь, разрабатываем программы общей коррекции для семьи, предполагающие изменение социальной ситуации развития ребенка с выделением приоритетных направлений. Подготавливаем необходимые сопроводительные документы для медицинских и образовательных организаций. Данная работа происходит через серию теоретических и практических занятий с родителями.

Лля ребенка на этом этапе разрабатывается и уточняется ин-

Для ребенка на этом этапе разрабатывается и уточняется индивидуальная программа коррекции в рамках центра. Она вклю-

чает целый комплекс мероприятий, помощь команды специали-

стов (психологов, дефектологов, логопедов, физиотерапевтов).

Третий этап — коррекционный. Он носит пролонгированный характер и может осуществляться длительное время от 1 до 7 лет. Он направлен:

- на осуществление пошаговой помощи семье,
- систематические занятия с ребенком командой специалистов
- разработку стратегий по расширению сфер социальной адаптации ребенка (группа детского сада/класс, мероприятия в рамках образовательного учреждения, кружки, секции, массовые культурные мероприятия).

Пошаговая помощь семье предусматривает: последовательное планомерное решение задач по каждому направлению программы общей коррекции. Мы рассматриваем такие направления, как изменение детско-родительских и оптимизация внутрисемейных отношений, коррекция сна, режим нагрузок ребенка, система медицинской помощи, согласование методов коррекционной помощи разными организациями, социальная адаптация в рамках образовательных учреждений и др.

С опорой на актуальный уровень развития ребенка, при участии родителей мы разрабатываем индивидуальные пошаговые программы формирования отдельных жизненно важных умений: считывать и распознавать сигналы, идущие от тела; сообщать о потребности; умение пользоваться туалетом; чистить зубы; обращаться за помощью; поддерживать общение с помощью речевых алгоритмов и т.д. Обучаем родителей блокировать негативные поведенческие реакции ребенка.

При непосредственном участии родителей нами разрабатываются пошаговые стратегии поведения взрослых оказавшихся в конкретной жизненной ситуации: например, на этапе сбора родителями информации о состоянии развития ребенка, если диагноз еще не поставлен; на этапе выбора оптимального образовательного маршрута и адаптации ребенка к ДОУ или СОШ; при перемене места жительства или в условиях любых других изменений

социальной ситуации развития ребенка.

В рамках работы клуба «Другие возможности» в чате «Время меняться» для родителей детей с РАС, семьи получают информа-70

ционную, психотерапевтическую, практическую помощь специалистов и возможность общаться с родителями, которые сталкиваются с аналогичными проблемами.

Для детей, посещающих образовательные учреждения, разрабатываем психолого-педагогические рекомендации для педагогов (воспитателей, учителей, психологов ОУ), которые призваны помочь создать индивидуальный образовательный маршрут (ИОМ) для каждого ребенка и продумать необходимые условия, учитывающие его особые образовательные потребности в условиях воспитательного процесса или учебной деятельности. Мы подготавливаем заключения, психолого-педагогические характеристики на ребенка для медицинских и образовательных организаций. Специалисты центра проводят обучающие семинары для педагогов практиков, работающих с детьми с РАС, как частных специалистов – гувернеров, практиков, тьюторов, так и целых педагогических коллективов.

Каждый месяц на родительских занятиях проводится анализ решения поставленных задач развития ребенка в условиях семьи, социума и в рамках центра, отслеживается динамика изменений (в центре, в семье, в социуме).

(в центре, в семье, в социуме).

Ребенок включается в индивидуальные и групповые занятия (логопедической, дефектологической, физиотерапевтической, психологической направленности), а также проектные формы работы по социальной адаптации. Предусмотрены самые разные формы занятий с учетом возможностей детей.

Через равные периоды времени (трижды в год) проводится промежуточная диагностика, с помощью которой отслеживаются

Через равные периоды времени (трижды в год) проводится промежуточная диагностика, с помощью которой отслеживаются изменения, происходящие в развитии ребенка под воздействием всего комплекса мер. С учетом полученных данных вносятся изменения в программу коррекции как индивидуальную (меняются формы и содержание работы), так и общую (коррекция негативно действующих факторов). Завершается данный этап, как правило, тогда, когда ребенок оказывается устойчиво встроенным в образовательное пространство школы.

Четвертый этап (заочный) — поддерживающий. Он предполагает оказание ситуативной помощи семье или ребенку по необходимости после завершения посещения ребенком и родителями

занятий в центре. Потребность семьи в ситуативной помощи часто возникает на кризисах развития, а также при смене образовательного маршрута ребенка и при резких изменениях социальной ситуации. В этих случаях родители вновь обращаются в наш центр. Взрослым нужно помочь разобраться в происходящих изменениях и выбрать правильную стратегию действий, а детям может снова потребоваться помощь специалистов на уровне серии групповых или индивидуальных занятий. Кроме того, этот этап необходим и в случае вынужденного завершения семьей курса занятий в центре в результате смены места жительства или по каким-либо другим объективным причинам. В этом случае помощь оказывается нами через онлайн консультирование родителей. Еще одна задача четвертого этапа — это поддержка заочных отношений центра с семьей, что дает возможность получить обратную связь, информацию о дальнейшей социальной адаптации ребенка.

Опыт нашей работы позволяет констатировать, что подавляющее большинство детей с РАС (90%) получивших вместе с родителями системную коррекционную помощь в рамках центра, социально адаптируются, интегрируются в общеобразовательные и специализированные ДОУ и СОШ и, лишь единицы остаются на домашнем режиме обучения. Семья социально адаптируется, повышается родительская самооценка, взрослые обретают уверенность в завтрашнем дне, самостоятельно управляют социальной ситуацией развития ребенка.

Таким образом, описанный выше комплексный подход к повышению адаптационных возможностей детей с РАС сложившийся в Нижегородском коррекционном центре «Развитие» позволяет результативно и грамотно оказывать полноценную помощь родителям и детям, из года в год достигая основной цели – успешной социальной адаптации детей.

Список литературы

1. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – СПб.: Издательство «Лань», 2003.-656 с.

- 2. Введение в психологическую теорию аутизма. / Франческа Аппе; [пер. с англ. Д.В. Ермолева] 3-е изд. М.: Теревинф, 2013 216 с.
- 3. Ермолаев Д.В., Захарова И.Ю. Средовой подход в работе с детьми с нарушениями развития эмоциональной сферы // Особый ребенок: Исследования и опыт помощи: Сборник. М.: Теревинф, 2006. Вып. 5. С. 9–33.
- 4. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М Аутичный ребенок. Пути помощи. Изд. 3-е М.: Теревинф, 2005. 288 с.
- 5. Никольская О.С., Баенская Е.Р. Детский аутизм как системное нарушение психического развития ребенка // Вопросы психологии. 2017. № 2. С. 17—28.

МАРКЕЛОВА ТАТЬЯНА ВЛАДИМИРОВНА

доктор психологических наук, доцент, заведующий кафедрой общей и социальной психологии, markelova@fsn.unn.ru

ШУТКИНА ЖАННА АЛЕКСАНДРОВНА

кандидат педагогических наук, доцент, доцент кафедры общей и социальной психологии, shutkina.zhanna@fsn.unn.ru

БУРОВА ЕКАТЕРИНА АЛЕКСЕЕВНА

заведующий учебно-научной лабораторией специальной психологической подготовки и экспертизы кафедры общей и социальной психологии burova.ekaterina@fsn.unn.ru

> ННГУ им. Н.И. Лобачевского, г.Нижний Новгород, Российская Федерация

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, СКЛОННОЙ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Аннотация. Авторами проведен теоретический анализ ряда исследований, посвещенных проблеме суицидального поведения личности, в которых исследователи раскрывают различные факторы, влияющих на суицидальное поведение. В статье обобщается, что в основе формирования суицидального поведения лежит взаимосвязь средовых, личностных и патологических факторов.

Ключевые слова: суицидальное поведение

Проблема суицидального поведения является сложной междисциплинарной задачей, которая находиться в широком круге наук о человеке. Самоубийство связано с кризисом личности, под которым понимается душевная и эмоциональная напряженность, вызванная значимыми для личности психотравмирующими событиями [2]. Человек, находящийся в глубокой депрессии, испытывает чувство безнадежности, теряет веру в себя и в способность

преодолевать жизненные трудности. Он теряет смысл своего существования, но не смысл смерти, выбирая добровольный уход из жизни как единственно верный способ решения проблем. Для того, чтобы выявить психологические маркеры личности, которые могут свидетельствовать о повышенном суицидальном риске, были проанализированы исследования, посвященные изучению специфики личности, склонной к суициду.

С целью изучить особенности личностных факторов, а точнее личностных убеждений, людей с суицидальным поведением, бы-

личностных убеждений, людей с суицидальным поведением, была проанализирована научная работа А. М. Каргина, А. Б. Холмогоровой и В. Ф. Войцеха [4].

Всего в исследовании приняло участие 72 человека, из них 89% были женщины, остальные 11% были мужчины. Средний возраст выборки составил 23 года. Само исследование проводилось на базе кризисного отделения. Для сравнения и выявления особенностей личности испытуемые были разделены на три группы. Экспериментальная группа была в составе 32 человек, в нее входили люди, которые совершили в прошлом суицидальную попытку. Причем стоит отметить, что у большинства из них был поставлен диагноз расстройства личности. Также были две контрольные группы. Первую группу составили пюли с лепрессивтрольные группы. Первую группу составили люди с депрессивными реакциями, но не совершавших суицидальных действий. Их составило всего 15 человек. 25 здоровых испытуемых, ранее не находившихся на приеме или лечении у психиатра, вошли в состав второй контрольной группы.

Чтобы определить выраженность психопатологической симптоматики, исследователи использовали опросник SCL-90-R. Для определения личностных факторов была использована шкала А. Бека, которая отражает оптимистичные или пессимистические убеждения относительно будущего, шкала чувства связанности убеждения относительно будущего, шкала чувства связанности SOC А. Антоновского, которая определяет способность человека справляться со стрессом. Для определения личностных расстройств был использован опросник SCID-II, а также для выявления различных личностных типов, исследователи применили опросник личностных убеждений (PBQ А. Бека).

В результате проделанной работы исследователи отмечают тот факт, что для людей с суицидальным поведением характерна

личностная патология. У испытуемых с суицидальным поведением, в отличии от здоровых респондентов, степень выраженности тревоги, депрессии и значение психопатологической симптоматики значительно выше. Зависимый, обсессивно-компульсивный, параноидный, избегающий и пограничный тип являются наиболее выраженными личностными расстройствами у группы испытуемых с суицидальным поведением. Также в результате исследования было отмечено, что у респондентов с суицидальным поведением превалируют пессимистические убеждения относительно будущего, которые выражаются в мыслях, связанные с ожиданием только неприятностей, с невозможностью получить удовольствие от жизни, а также с невозможностью реализовать свои желания. Стоит отметить, что данные установки могут стать стимулом для суицидального поведения. Исследователи пришли к выводу, что такие пациенты воспринимают окружающие стимулы и само будущее как непредсказуемые, а себя видят, как неспособного справиться с ними, из чего можно заключить, что способность справляться со стрессом у пациентов с суицидальным поведением выражена меньше, чем у здоровых респондентов. Что касается сравнения группы пациентов с депрессивными расстройствами, но без суицидальных попыток, с группой с суицидальным поведением, то в последней дисфункциональные убеждения будут встречаться чаще.

Чтобы узнать больше о специфических личностных особенностях и психологических тенденций, которые могли бы объяснить причины совершения суицида, а также определить его риск, была изучена научная работа С.А. Бузук [3].

изучена научная работа С.А. Бузук [3].

В данной работе приняли участие 47 человек. Респонденты были разделены на 3 группы. В первые две группы входили испытуемые с депрессивной симптоматикой, только стоит отметить, что в первой группе были люди без суицидальных тенденций, эта группа состояла из 18 респондентов, а во второй группе отмечались эти суицидальные тенденции, она состояла из 15 человек. Третья группа, в количестве 14 человек, была представлена лицами, совершившими суицидальную попытку. Данной группе пациентов был поставлен диагноз «Расстройство адаптации».

В качестве исследовательских методов, были использованы: клиническое интервью, диагностическая беседа и диагностика состояния, по критериям МКБ-10, а также Минессотский многофазный личностный опросник (ММРІ – адаптированный вариант ПНИИ им. В.М. Бехтерева).

В ходе исследования авторами были показаны следующие результаты и отмечены такие особенности испытуемых:
1. В группе с депрессивными и суицидальными реакциями:

- Эмоциональная недоступность или отчуждение;
- Внутреннее беспокойство и напряжение;
- Пессимистическое угнетенное настроение;
- Непринятие себя и ситуации;
- Повышенная раздражительность, направление агрессии вовнутрь;
 - Внешняя отчужденность от близких отношений;
 - Амбивалентность в чувствах и переживаниях;
 - Импульсивность в поведении и подавление аффектов.
 - 2. В группе с суицидальными попытками:
 - Внутреннее беспокойство и напряжение;
 - Настроение в негативном фоне;
 - Импульсивность в поведении;
 - Антисоциальные тенденции;
 - Повышенная раздражительность.

Таким образом, сравнивая эти две группы испытуемых, исследователи пришли к следующим выводам. Люди, больные депрессией и имеющие суицидальные реакции имеют следующие личностные особенности: подавление агрессивных импульсов, то есть сдерживание аутоагрессивных тенденций, а также общая пассивность в поведении. Все это может являться сдерживающими факторами от реализации суицидальных намерений. Группа людей с суицидальными попытками в прошлом имеет такие отличительные особенности как: антисоциальные наклонности, то есть враждебное отношение к окружающим, а также недоверие и импульсивность. Такие черты могут являться почвой для развития суицидальных действий.

Для того чтобы правильно оценить свойства личности, склон-

Для того чтобы правильно оценить свойства личности, склонной к суициду, и выявить ее здоровые и патологические аспекты, была проанализирована научная работа Н.М. Абрамовой [1]. В своей исследовательской работе автор использовал Я-структурный тест Аммона, который с помощью отдельных шкал гуманфункций выявляет бессознательные области личности.

В группу испытуемых вошло 82 человека, которые совершили суицидальную попытку путем отравления различными веществами. Исследование структуры личности суицидентов с помощью данной методики показало, что в личности суицидента преобладают деструктивно-дефицитарные гуманфункции, что указывает на нарушения отношения к самому себе, к другим людям и в целом к окружающему миру. У респондентов отмечается низкий уровень конструктивной агрессии, что говорит о нарушениях в формировании и раскрытии идентичности суицидента, но в то же время отмечается высокий уровень дефицитарной агрессии, который характеризуется направленностью агрессии вовнутрь, в отдалении от людей и неспособностью выражать свои чувства. Все эти данные свидетельствуют о переживании суицидента внутренней пустоты, чувства безучастности, то есть речи идет о переживании депрессивного состояния. Гуманфункция страха выражена более высоким деструктивным показателем у испытуемых, что указывает на неадекватную оценку реальных угроз, проблем, а также на плохо организованную активность в опасной ситуации, с паническими проявлениями, так и указывает на боязнь устанавливать близкие доверительные контакты с другими подьми. У респондентов также был выражен дефицитарный страх, который выражается в избегании самого этого чувства, а также в избегании с собственной идентичностью. Что касается границ «Я» у данных испытуемых, то деструктивные внешние и внутреннее отграничение карактеризуется нарушением во взаимотношениях с окружающими людьми, а деструктивному внутреннему отграничению свойственно закрытие Я-границ, то есть блокировка к собственному бессознательному, что ведет к неспособности к сновидениям, к бедности чувств и фантазий. П 78

низкий уровень конструктивного нарциссизма. Данная гуманфункция свидетельствует об отрицательном образе самого себя. В свою очередь наличие высоких значений у испытуемых деструктивного и дефицитарного нарциссизма свидетельствует о неадекватные оценки себя и своих возможностей, о неспособности переносить критику, а также о несерьезности восприятия своих мыслей и чувств. Также был выявлен низкий уровень конструктивной сексуальности и более высокий уровень дефицитарной сексуальности у испытуемых. Все это указывает на наличие сексуального запрета у суицидента и в целом запрет на удовольствие.

Все представленные результаты исследований достаточно полно описывают личностные особенности людей с психическими расстройствами, а также без них, на разных этапах суицидального поведения.

Список литературы

- 1. Абрамова Н.М. Результаты исследования личности суицидентов с помощью Я-структурного теста Γ . Аммона (ISTA) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 27–37.
- 2. Барсуков А.В., Бурова Е.А. Личностные особенности людей, склонных к суицидальному поведению // Мир педагогики и психологии. -2018. -№ 8(25). -C. 78-83.
- 3. Бузук С. А. Личностные особенности депрессивных больных с суицидальными тенденциями / С.А. Бузук // Журнал ГрГМУ. -2006. -№ 4. -C. 87–88.
- 4. Каргин А.М. А.Б. Холмогорова, В.Ф. Войцех. Личностные факторы суицидального поведения у пациентов кризисного стационара, совершивших суицидальные попытки // Социальная и клиническая психиатрия. -2009.-C.15-20.

ДАВЫДОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ

кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и социальной психологии ФСН ННГУ им. Н.И. Лобачевского г. Нижний Новгород e-mail: sergej.davydov@gmail.com

СЕМОНЮК АРТЕМ МИХАЙЛОВИЧ

кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей и социальной психологии ФСН ННГУ им. Н.И. Лобачевского г. Нижний Новгород e-mail: slavros@yandex.ru

ФЕНОМЕН ТЕЛЕСНОСТИ В ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ

Аннотация. Рассматривается феномен телесности как универсальный интегративный онтогенетический подход, позволяющий осуществлять эффективную психотерапевтическую помощь на примере телесно-ориентированной психотерапии

Ключевые слова: телесность, телесно-ориентированная психотерапия, онтогенез

«Телесность» как психологическое и социокультурное явление не тождественно «телу» как биологическому объекту, а представляет из себя одухотворенное тело, как результат процесса личностного онтогенетического развития и несущее в себе жизненность и духовность. Именно живое движение, соединяющее в себе психологическое содержание и материальную форму является по мнению Т.С. Леви основным показателем телесности [1]. Формируясь с момента зачатия в процессе жизни, «телесность» как утверждает Тхостов Ш.А. «это первый в онтогенезе предмет овладения и трансформации в универсальное орудие и язык» [2]. Человек не существует отдельно от своего тела. Тело выражает то, что он чувствует, как относится к жизни, обладает собственной памятью. Именно в теле происходит запечатление всех 80

наших чувств, переживаний, отпечатывается негативный и позитивный жизненный опыт, важные события, причем этот процесс осуществляется с самого рождения. Сталкиваясь с различными ситуациями в жизни и социальными требованиями, мы копим эмоциональный и психический опыт, который связан с запретом и подавлением социально неприемлемых, но в то же время естественных чувств и эмоций. Накопленные чувства уходят в бессознательное человека и конвертируются в теле областями мышечного напряжения, которое со временем может вылиться в психологический дискомфорт, телесный симптом, психосоматические нарушения, а в крайних случаях в соматическое заболевание.

Своевременная психотерапевтическая помощь клиенту, направленная на устранение возникшего мышечного напряжения, психосоматических проявлений может оказаться крайне полезной, в особенности, если является онтогенетически направленной. Безусловно, что в той или иной степени любая психотерапия учитывает возрастные особенности функционирования личности в онтогенезе, однако, для онтогенетически-ориентированной психотерапии требуется нечто большее. Как справедливо указывает Шевченко Ю.С. основной идеей такой психотерапии является гармонизация структуры личности клиента и решение актуальных психотравмирующих проблем за счет сочетания двух разнонаправленных процессов: позитивного регресса (направленного на оживление онтогенетически ранних форм общения, саморегуляции, деятельности с активным включением их в процесс адаптивной перестройки и гармонизации психики в качестве ранее неиспользуемых резервов) и психоэлевации (направленной на одновременную стимуляцию освоения личностью клиента более зрелых психических уровней функционирования, которые находятся в его «зоне ближайшего развития» в терминологии Л.С. Выготского) [3].

При этом именно обращение психолога к техникам телесности за счет наработки перцепции, развития сензитивности, невербальной экспрессивности, интуиции способно запустить оба вышеназванных процесса: позитивного регресса к более ранним уровням психической организации, что в религиозных писаниях соответствует призыву уподобится ребенку (ср. будьте «как де-

ти» (Мф. 18:3) и «психоэлевации» к зонам ближайшего развития, что создает основу гармоничного развития личности клиента и максимального раскрытия его потенциала. Не случайно Л.С. Выготский в своем культурно-историческом подходе утверждает, что главная особенность формирования телесности совпадает с центральной линией развития любой психической функции, телесность входит в общий ход развития как неизбежное условие и инструмент его, и подобно любой функции, обретает знаковосимволический характер, культурную форму. Существуют многочисленные эмпирические данные о важной роли телесности в психотерапии: телесность влияет на отношения, эмоции и действия человека, часто имплицитным, подсознательным образом, в том числе непосредственно и на сами психотерапевтические отношения. При этом, когда между психотерапевтом и клиентом возникают действительно доверительные отношения, то телесность проявляется как невербальная синхрония в процессе психотерапевтического взаимодействия, коррелируя с важными переменными его успешности. В той или иной степени психические процессы всегда встроены в тело [5], что кажется тривиальным только на первый взгляд, но, по сути, таковым не является. В клинической психологии и психотерапии до сих пор существует устоявшаяся традиция, которая является излишне когнитивной в том смысле, что ни клиент, ни психотерапевт не учитывают фактора телесности. Так когнитивно-поведенческая терапия, как правило, ограничивается лишь «ошибочными представлениями» и когнитивными искажениями, которые в дальнейшем исправляются при помощи методов когнитивной реструктуризации; динамическая психотерапия также зачастую понимается излишне когнитивно, акцентируясь прежде всего на интеллектуальном проникновении в прошлые конфликты. Но оправдан ли такой бестеникновении в прошлые конфликты. Но оправдан ли такои оестелесный взгляд на психотерапевтический процесс? Необходимо признать, что телесно-ориентированная психотерапия как непосредственная практика телесности несмотря на то, что ее ранним представителем в психоанализе был Вильгельм Райх, никогда не рассматривалась как серьезное направление психотерапии, заслуживающее внимания научного сообщества. Возможно, именно в противовес этой «бестелесности» классической психотера-82

пии и психологии современные психотерапевтические подходы, такие как метод Фельденкрайза или соматика Ханны опираются на телесность как на основу своих психотерапевтических практик, пытаясь интегрировать телесно-ориентированные практики в академическую психотерапию, а современная психология все больше обращается к феномену телесности, изложенному в феноменологии Гуссерля и Мерло-Понти и рассуждает о «телесном повороте», затронувшем гуманитарные, культурологические и социальные науки [4].

Особенность телесно-ориентированной психотерапии заключается в целостном подходе к человеку. Через раскрепощение тела обретается свобода от мышечного напряжения, а так как ощущения от собственного тела служат ключом к пониманию своего эмоционального состояния, это ведет к осознанию вытесненной информации и к глубинным личностным изменениям человека. Зрелая личность способна в равной мере как контролировать проявления чувств, так и отключать самоконтроль, отдаваясь потоку спонтанности; ей одинаково доступны как неприятные чувства страха, гнева или отчаяния, так и приносящие удовольствие переживания радости и любви. Телесно-ориентированная психотерапия даёт возможность клиенту проявить чувства, эмоции, которые были подавлены и мешали ему быть наполненным энергией и целостным; изменить неконструктивные телесные и психологические привычки, благодаря специальным техникам и особому терапевтическому контакту, который создаётся во время сессии. Мы полагаем, что в контексте онтогенетически ориентированной психотерапии телесно-ориентированная психотерапия является тем универсальным ключом, который способен обеспечить и глубокий позитивный регресс личности и открыть возможности психоэлевации к зонам ближайшего развития. Наш практический опыт показывает эффективность данного подхода в отношении клиентов различных возрастных групп, ведь все мы независимо от нашего возраста проживаем свою жизнь только через телесное существование и любое отчуждение от своего тела ведет к внутриличностной отчужденности. Телесное взаимодействие является способом поддержания контакта и выхода из него, учит понимать другого человека, развивать чувство эмпатии, что является основой здоровой личности и одинаково важно для разных возрастных групп. Работа с телесностью, в частности, включение телесно-ориентированных психотехник в практику психотерапии на разных этапах онтогенетического развития позволяет осуществлять раннюю диагностику и коррекцию психомоторной функции, эмоционального состояния и различных поведенческих нарушений, а значит и оказывать своевременную психологическую помощь.

Список литературы

- 1. Леви Т.С. Психология телесности между душой и телом // Психология телесности между душой и телом. Ред-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. М.: ACT, 2005. C. 288-309.
- 2. Тхостов Ш.А. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. С. 8–9, 70–72.
- 3. Шевченко Ю.С. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия третья отечественная концепция неэклектической интеграции [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. − 2012. № 5 (16).
- 4. Alloa, E., Bedorf, T., Grüny, C. &Klass, T.N. (2012). Leiblichkeit: Geschichte und AktualitäteinesKonzepts. Tübingen: Mohr Siebeck.
- 5. Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G. &Tschacher, W. (2010). Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen (2. Aufl.). Bern: Huber.

ФАРХУТДИНОВА ЮЛИЯ НИЗАМУТДИНОВНА

кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет» г. Донецк, ДНР e-mail: julia82.06@mail.ru

К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Аннотация. В статье дан анализ факторов детских невротических расстройств, рассмотрены теоретические концепции отечественных и зарубежных исследователей по проблеме детских неврозов.

Ключевые слова: невротические расстройства, невроз, конфликтные отношения

Современные исследования свидетельствуют о значительном росте числа невротических психических расстройств. При этом отмечается увеличение их доли среди детей и подростков. По данным мировой медицинской статистики и результатам профилактических осмотров нервно-психическими нарушениями страдают более половины учащихся массовых школ.

Проблема детских невротических расстройств освещена как в отечественных (Ю.Ф. Андропов, А.И. Захаров, Д.Н. Исаев, В.В. Ковалев, А.Е. Личко, В.Н. Мясищев и др.), так и в зарубежных исследованиях (Дж. Боулби, М. Кляйн, З. Фрейд, К. Хорни и др.).

Так, по мнению А.И. Захарова, с одной стороны, детские невротические расстройства представляют собой эмоциональное расстройство, возникающее в условиях искаженных отношений с матерью; с другой стороны, детские расстройства рассматриваются как клинико-психологическое отражение личностных проблем родителей и прародителей [5, с. 182].

Следует отметить, что одним из ведущих клинических проявлений детских неврозов исследователь считает чувство страха и предлагает дифференцировать механизмы его возникновения в зависимости от возраста ребенка. Он отмечает, что в младшем

дошкольном возрасте это страх «быть никем» (страх эмоциональной изоляции, одиночества); в старшем дошкольном возрасте – страх «быть ничем» (страх смерти); в младшем школьном возрасте – страх «быть не тем» (не соответствовать общепринятым нормам, ожиданиям окружающих, сопровождающийся скованностью или излишней двигательной активностью); в подростковом возрасте – страх «быть не собой» (страх заражения, сумасшествия,

возрасте – страх «быть не собой» (страх заражения, сумасшествия, изменения физического облика и т.д.) [3, с. 42].

По исследованиям В.В. Ковалева особенности клиники невротических расстройств зависят от стадий развития психики ребенка, от возрастного уровня нервно-психического реагирования. Автор выделяет следующие уровни: 1) соматовегетативный (0-3 года); 2) психомоторный (4-10 лет); 3) аффективный (7-12 лет); 4) эмоционально-идеаторный(12-15 лет) [5, с. 183].

Г.Е. Сухарева считает, что возникновение невротических заболеваний у детей связано с возрастными факторами в виде изменений общей и нервной реактивности в критические периоды онтогенеза — в 2-4 года,7-8 лет, 12-15 лет [3, с. 41]. Однако А.С. Спиваковская убеждена, что неврозогенез не имеет существенных возрастных особенностей, из чего следует вывод о бидентичности этиопатогенеза невротических расстройств у детей. Указывается также на то, что возрастной фактор сказывается лишь на симптомообразовании, а не на этиопатогенезе.

Анализ современных исследований показывает, что на проис-

Анализ современных исследований показывает, что на происхождение детских невротических расстройств влияют три группы факторов: органически-резидуальная ослабленность, преморбидные личностные особенности ребенка, заболевшего неврозом, макро- и микросоциальные факторы. В последние годы психологи и психиатры среди важных предпосылок детских неврозов выделяют особенности семейного воспитания и семейных отношений, связанные с личностными качествами родителей. Следует отметить, что отечественные исследователи связыва-

следует отметить, что отечественные исследователи связыва-ют психотравмирующие ситуации в большинстве случаев с нали-чием конфликтов, неправильным воспитанием в семье и потерей близких. Так, А.И. Захаров, С.В. Лебедев рассматривают в каче-стве ведущих источников психогений у детей с неврозами непра-вильное воспитание в семье и конфликты. При изучении структу-86

ры пограничных расстройств среди детей выявлена корреляционная связь с неврозами, прежде всего, хронической психотравмирующей ситуации в семье и дефектов воспитания, затем школьных конфликтов, острой психической травмы и на последнем месте — алкоголизма родителей. В.Н. Мясищев, Б.Д. Карвасарский рассматривают также конфликтные отношения в семье как основную причину психической травматизации при неврозах [2].

Исследователи А.И. Захаров, В.В. Ковалев, Б.Д. Карвасарский в зависимости от причин возникновения выделяют следующие виды неврозов:

- невроз страха (часто при засыпании в одиночестве);
- невроз навязчивых состояний (шмыганье носом, покашливание, моргание);
 - нервный тик;
- фобические неврозы (страх смерти, болезни, клаустрофобия и др.);
 - депрессивные неврозы (в период полового созревания);
 - истерические неврозы (чаще у дошкольников);
 - неврастения (чаще у школьников);
 - ипохондрический невроз (озабоченность своим здоровьем);
 - логоневроз (заикание, запинание);
 - нервная анорексия;
 - невроз, проявляющийся через энурез, энкопрез [6].

С позиций психоаналитического подхода (Д. Винникотт, М. Кляйн, З. Фрейд, К. Хорни и др.) важную роль в формировании детских неврозов играет характер эмоциональной связи матери и ребенка на ранних этапах жизни. По теории З. Фрейда основное патогенное значение придается Эдипову комплексу и ранней психической травматизации. В исследованиях Р. Шпица подчеркивается неблагоприятное влияние психической материнской депривации. Х. Рихтер уделяет внимание ролевым конфликтам, в том числе несоответствию семейной роли ребенка и требований школы [2].

К. Хорни считала, что дефицит родительской любви развивает «базальную тревогу». Из-за этого ребенок не ощущает себя в безопасности и уход в болезнь является выражением поиска заботы,

тепла, любви, безопасности. Кроме того, Хорни выделяет 10 невротических наклонностей, характеризующихся иллюзорностью, аспонтанностью, бессмысленностью и утилитарной нацеленностью на безопасность и решение всех проблем, конфликт которых и приводит к возникновению невротической симптоматики [3, с. 12].

В работах А. Адлера отмечается, что причиной невроза является гиперопека.

Интересен комплексный подход Д. Оудсхоорна, который рассматривает 6 уровней (проблем), которые способствуют формированию детских невротических расстройств: 1) ситуационные проблемы; 2) проблемы системы семьи; 3) проблемы уровня сознания (эмоции, когнитивные функции и поведение); 4) эмоциональные нарушения с аспектами бессознательного (интрапсихический конфликт); 5) нарушения развития и личностные расстройства; 6) соматические факторы, которые являются первичными или следствием психических расстройств [4].

Таким образом, анализ теоретических концепций исследователей показывает, что на появление детских невротических расстройств влияют с одной стороны социально-психологические факторы (неправильное воспитание, конфликты между родителями), с другой стороны — неразрешенные проблемы детского возраста, связанные с тревогой, материнской депривацией, а также преморбидные особенности. Однако, несмотря на большое количество исследований в области неврозов детского возраста, остается ещё очень много неопределенного о содержании факторов этиопатогенеза невротических нарушений, что требует дальнейшей разработки этих вопросов.

Список литературы

- 1. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. М.: Медицина, 1988. 244 с.
- 2. Захаров А.И. Происхождение и психотерапия детских неврозов. М.: Эксмо-Пресс, Апрель-Пресс, 2000. 448 с.
- 3. Куликов С.А. Учение о неврозах / Методические указания. Архангельск, 2010. 59 с.

- 4. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза. М.: ИД «Городец», 2018. 432 с.
- 5. Менделевич В.Д. Соловьева С.Л. Неврозология и психосоматическая медицина. Москва, 2002.-603 с.
- 6. Сидорик О.Н. Психологические аспекты развития невротических расстройств у детей школьного возраста // Мастерство Online / $N_{\rm 2} 1. 2019$.

МАТВЕЕВА НАТАЛЬЯ ВИКТОРОВНА,

психолог государственного бюджетного учреждения комплексного центра социального обслуживания населения Автозаводского района

г. Нижний Новгород, e-mail: nataliamatveyeva@mail.ru.

ИСАЧЕНКОВА ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА

медицинский психолог, кандидат медицинских наук, Приволжский исследовательский медицинский университет г. Нижний Новгород,

e-mail: isachenkova@mail.ru

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Аннотация. Статья раскрывает основные проблемы психологического сопровождения людей пожилого возраста. Среди них решение экзистенциальных задач возрастного кризиса, улучшение навыков саморегуляции, когнитивной деятельности, стабилизация психоэмоционального состояния

Ключевые слова: геронтопсихология, экзистенциальный кризис, психологическая поддержка, варианты старения, когнитивно-эмоциональные нарушения.

В результате увеличения продолжительности жизни в последние годы во всем мире отмечается рост пожилого населения. Если в 1955 году число пожилых людей 65 лет и старше составляло 143 млн (5,2%), то в 2005 – уже 478 млн (7,1%), а в 2025 – ожидается 822 млн (9,7%). В связи с этим процессом глобальных демографических изменений проблемы старения стали в последнее время предметом пристального изучения медиков, физиологов, психологов, социологов. Так, с конца прошлого века во всем мире, в том числе и нашей стране, стали активно развиваться такие науки как геронтология, изучающая механизмы старения и осо-

бенности лечения пожилых пациентов, и геронтопсихология, исследующая психологические аспекты людей пожилого возраста. Стратегическими задачами геронтопсихологии является поиск условий и средств продления полноценной активной жизни человека, предотвращение раннего старения, установление психологических факторов долголетия. Исследования геронтопсихологии должны быть направлены на преодоление представлений о старости как о возрасте упадка и потерь, на определение потенциала развития, его возможных форм и вариантов [1].

Неоспоримым является тот факт, что период старения, обусловленный наступлением очередного экзистенциального возрастного кризиса в жизни человека, связан с неизбежным угасанием физиологических функций организма, существенными переменами образа жизни, нередко связанными с потерей близких, одиночеством, возникновением различных возрастных заболеваний, страха смерти и т.д. Отмечено также, что в старости наблюдается повышенная склонность к ригидности и консерватизму. Многим пожилым людям трудно приспособиться к изменениям собственной жизни. Они вызывают беспокойство и, следовательно, стремление придерживаться привычных моделей поведения. Однако центральное изменение, которое происходит в процессе старения, это изменение мировоззрения (системы взглядов, оценок и представлений человека об окружающем мире и месте ченок и представлении человека об окружающем мире и месте человека в нем). Оно касается двух основных аспектов: во-первых, снижением внешней активности и вовлеченности в окружающую среду, и во-вторых, возросшей озабоченностью внутренним миром, тенденцией к внутреннему сосредоточению. Эта тенденция, по-видимому, связана как с уменьшением необходимости справляться с трудностями внешнего мира (карьерой, самореализацией), так и с переоценкой ценностей и принятием своей жизни. Такая озабоченность внутренним миром может привести к открытию новых смыслов и интересов (занятие искусством, желанию инвестировать в собственную семью и т.д.). Однако если эта тенденция носит отрицательный характер, то общение с другими людьми может вызвать ощущение упущенных возможностей, чувство вины, депрессии и чрезмерного погружения в себя. Исследователи, занимающиеся изучением пожилого возраста, выделяют два основных варианта старения — успешный (адаптивный) и неуспешный (дезадаптивный) [2;3;4]. В связи с этим очень актуальной становится проблема социально-психологической поддержки пожилых людей, направленной на достижение благополучного старения, характеризующего хорошим психофизиологическим самочувствием, развитием социальных, творческих ресурсов человека, возможностей к самореализации.

сурсов человека, возможностей к самореализации.

Наше государство уделяет много внимания этой проблеме. В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Правительство Российской Федерации разработало национальный проект «Демография», составной частью которого является федеральный проект «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение». Успешно работает развивается государственная программа Российской Федерации «Социальная поддержка граждан». В каждом Российском городе существуют комплексные центры социальной защиты населения, их насчитывается по России 2020. Основной контингент обращающихся в них за помощью — это пенсионеры и инвалиды.

их насчитывается по России 2020. Основной контингент обращающихся в них за помощью – это пенсионеры и инвалиды.

На базе центра социальной защиты Автозаводского района разработана и успешно осуществляется комплексная программа психологической помощи людям пожилого возраста, которая включает обучение механизмам саморегуляции, самопомощи, поддержанию памяти и когнитивных ресурсов, стабилизации психоэмоционального состояния, помощь в решении психологических (экзистенциальных) проблем, связанных с проживанием чувства утраты, одиночества, страхом смерти и т.д.

Материалы и методы

Разработанная программа психологической помощи пожилым людям состоит из двух основных направлений, каждое из которых включает по 15 занятий, продолжительностью 60 мин. Первое из них заключается в улучшении навыков саморегуляции и самопомощи, а второе – в улучшение когнитивной деятельности, развитии творческого потенциала. Для реализации первого 92

направления работы используются лекционные занятия по обучению основам психофизиологических знаний, навыкам саморегуляции таким как аутогенная тренировка, дыхательные упражнения, акупунктура, восточные практики. С помощью темпингтеста Е.П. Ильина проводится диагностика индивидуальных психофизиологических особенностей нервной системы, с целью вы-

хофизиологических особенностей нервной системы, с целью выявления и объяснения сильных и слабых сторон того или иного типа функционирования. Все это способствует улучшению психоэмоционального состояния, физического состояния, повышению факторов стрессоустойчивости.

В рамках реализации второго направления используются различные упражнения нейрогимнастики, мнемотехники, арттерапии, направленные на развития памяти, внимания, творческого воображения, эмоционального интеллекта, абстрактнообразного мышления и т.д. Отмечено, что с возрастом в большей степени страдает механическая память, и в меньшей – логическая, образная и смысловая. Большой интерес представляют исследования, изучающие механизмы пластичности памяти, и свидетельствующие об её возможном улучшении в процессе тренировки у людей пожилого возраста, и обусловленный накоплением и осмыслением жизненного опыта [5].

Для пациентов, испытывающих различные эмоциональные

и осмыслением жизненного опыта [5].

Для пациентов, испытывающих различные эмоциональные проблемы, связанные с чувствами утраты, одиночества, страха смерти и др. проводится также психотерапевтическая работа в индивидуальном и групповом формате с использованием методов символ драмы, эриксоновского гипноза, ДПДГ Ф. Шапиро, НЛП и др. Психотерапевтические группы проводятся 1 раз в неделю продолжительностью 1,5 часа. В таких группах участники реализовывают потребность в общении, изучают себя во время группового взаимодействия, получают поддержку от группы и от специалиста получают. алиста психолога.

Результаты и выводы. В результате проводимой работы участники отмечают улучшение ночного сна, настроения, памяти, уменьшение тревожности и конфликтности. Усвоение новой информации способствует возникновению новых связей между нейронами, а ежедневные домашние задания помогают сохранить интерес к приобретению новых знаний, удерживают внимание на

положительных сторонах жизни, уменьшая тем самым негативные мысли и плохое настроение. Проведение занятий в групповом формате позволяет проявиться групповой динамике, появлению лидера, возникновению симпатий и антипатий, новых впечатлений, дающих толчок к развитию, появлению новых впечатлений и снятию излишней социальной напряженности. Групповая терапия открывает возможности для получения обратной связи, улучшению межличностных отношений и коммуникации, возникновению инсайтов, повышению самооценки и уверенности в себе, т.е. способствует личностному росту и развитию.

Таким образом, работа психолога очень востребована и необходима для граждан пожилого возраста, в котором на фоне ухудшения здоровья, возрастного кризиса, эмоциональных переживаний имеется ещё много нерастраченных сил, желаний в общении и самореализации. Психологическая помощь помогает раскрыть внутренние ресурсы для реализации жизненных задач пожилых людей, преодолеть негативные моменты, улучшить качество жизни, наполнив её созиданием и оптимизмом.

Список литературы

- 1. Малкина-Пых И.Г. Геронтопсихология наука о будущем // интернет-ресурс https:// psy.su/feed/9203/ 2021 г.
- 2. Анциферова Л.И. Поздний период жизни человека: типы старения и возможности поступательного развития личности // Психология старости / под редакцией Д.Я. Райгородского, Самара, 2004г. С. 490—512.
- 3. Геронтопсихология. Учебное пособие. Изд-во Екатеринбургского университета, 2020 г.
- 4. Стрижецкая О.Ю. Современные проблемы психологии старения // Здоровая личность / под редакцией Г.С. Никифорова, СПб, 2013 г. С. 336–353.
- 5. Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста» https://static-0.minzdrav.gov.ru/

СЕМОНЮК АРТЕМ МИХАЙЛОВИЧ

кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей и социальной психологии ФСН ННГУ им. Н.И. Лобачевского e-mail: slavros@yandex.ru

ДАВЫДОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ

кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и социальной психологии ФСН ННГУ им. Н.И. Лобачевского e-mail: sergej.davydov@gmail.com

ГЛЕБОВ ИВАН АЛЕКСЕЕВИЧ

студент 4 курса факультета социальных наук ННГУ им. Н.И. Лобачевского по специальности «Психология служебной деятельности» e-mail: glebov.vanyusha@inbox.ru г. Нижний Новгород

СТРЕСС И РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ

Аннотация: обнаружена корреляция между наличием ранних дезадаптивных схем (опросник YSQ – S3R Дж. Янга) и наличием стрессовой реакции при повседневной деятельности, выявленной электрофизиологическим методом с помощью оценки уровня постоянных потенциалов головного мозга. Таким образом, ранние дезадаптивные схемы («детские травмы», в результате хронического неудовлетворения эмоциональных потребностей) являются уязвимостью, факторами, предрасполагающими к стрессу во взрослой жизни.

Ключевые слова: стресс, уровень постоянных потенциалов головного мозга, ранние дезадаптивные схемы, схематерапия.

Стресс – универсальная системная реакция, направленная на мобилизацию ресурсов в ответ на угрозу значимым потребностям. Как временное состояние стресс, безусловно, полезен, и даже приводит к повышению стрессоустойчивости. Однако при превышении возможностей организма наблюдается истощение ресурсов и наступает дистресс, который является причиной цело-

го ряда расстройств, таких как неврозы, психосоматические забого ряда расстройств, таких как неврозы, психосоматические заболевания, химические и нехимические зависимости. Исходя из этих представлений, для профилактики расстройств было бы крайне полезно осуществлять мониторинг состояния организма, не допуская дистресса. Удобным инструментом для этого является оценка уровня постоянных потенциалов головного мозга (УПП) [2]. УПП относится к электрофизиологическим способам функциональной диагностики, оценивается медленно-волновая активность нейронов головного мозга. УПП отражает степень закисления экстраклеточного матрикса вследствие катаболизма глюкозы и является показателем интенсивности церебрального метаболизма. При этом стресс повышает показатели выше нормы, а дистресс снижает показатели резко ниже нормы, что очень удобно для отделения полезного стресса от опасного. К достоинмы, а дистресс снижает показатели резко ниже нормы, что очень удобно для отделения полезного стресса от опасного. К достоинствам метода, по сравнению с позитронной эмиссионной томографией и магнитно-резонансной томографией (при сопоставимых результатах количественной характеристики энергообмена головного мозга) относится портативность аппаратуры, невысо-

кая стоимость исследования, неинвазивность аппаратуры, невысо-кая стоимость исследования, неинвазивность [4]. Психоэмоциональный стресс как физиологическая неспеци-фическая реакция организма никак не отличается от любого дру-гого по влиянию на гормональный фон и обмен веществ. Отличагого по влиянию на гормональный фон и обмен веществ. Отличается лишь причина возникновения стрессовой реакции — эта причина психогенная (психикой рожденная). Запустится ли стрессовая реакция в результате психологических факторов в большей степени субъективный процесс. Одно и то же событие для одного будет стрессовым, для другого не будет являться таковым. И тогда можно предположить некую уязвимость (диатез-модель стресса) к тем или иным факторам [3]. Эта уязвимость, повидимому, формируется в процессе онтогенеза. Было бы крайне полезно выявлять эту уязвимость, как для целей профориентации, профотбора, так и для психопрофилактики и психотерапии.

Одним из перспективных направлений изучения этой уязвимости, является представление о ранних дезадаптивных схемах (РДС) [5]. РДС — паттерны, состоящие из когнитивных процессов, эмоций, телесных ощущений и воспоминаний относительно себя и взаимоотношений с другими людьми. Сформировавшись в дет-

96

стве, они продолжают свое существование на протяжении всей жизни и являются дисфункциональными в значительной степени [1]. Понятие введено Дж. Янгом в контексте схема ориентированного подхода в психотерапии. РДС формируются в детстве, если не удовлетворяются эмоциональные потребности ребенка. Всего выделяют 18 РДС.

Программа эмпирического исследования

Целью нашего исследования являлось изучение особенностей взаимосвязи текущего психофизиологического состояния (норма, стресс, дистресс) и ранних дезадаптивных схем, как фактора субъективной онтогенетической уязвимости к стрессогенным факторам.

Гипотеза исследования: при наличии ранних дезадаптивных схем выше вероятность обнаружения стрессовой реакции в процессе обычной повседневной жизни.

Для проверки гипотезы были обследованы 31 человек в возрасте от 26 до 51 года, лица опасных профессий, которые занимались достаточно напряженной, но в то же время рутинной повседневной работой.

Использовались следующие методики:

- Опросник ранних дезадаптивных схем Д. Янга (YSQ S3R)
- Оценка уровня постоянного потенциала головного мозга (УПП).

Для статистического анализа использовался коэффициент корреляции Спирмена, а также U-критерий Манн-Уитни.

Анализ результатов эмпирического исследования

Анализ полученных данных выявил следующие закономерности.

Показатель УПП положительно коррелирует со шкалами YSQ–S3R: «покинутость» (r=0,37, p≤0,05); «отчужденность» (r=0,43, p≤0,05); «уязвимость» (r=0,4, p≤0,05); «покорность» (r=0,41, p≤0,05); «подавленность эмоций» (r=0,41, p≤0,05), «недоверие» (r=0,6, p≤0,01); «неуспешность» (r=0,56, p≤0,01); «зависимость» (r=0,56, p≤0,01); «запутанность» (r=0,49, p≤0,01); «недостаточность самоконтроля» (r=0,53, p≤0,01); «поиск одобрения»

 $(r=0,5, p\leq0,01)$; «негативизм» $(r=0,52, p\leq0,01)$; «пунитивность» $(r=0,65, p\leq0,01)$.

Для проведения дальнейшего расчета показателей полученные результаты респондентов были разделены на две группы: испытуемые с выявленным наличием стресса, и испытуемые, у которых стресс обнаружен не был.

По критерию U-Манн-Уитни обнаружено достоверное отличие между этими выборками по шкалам: «Покинутость/нестабильность»; «Недоверие/ожидание жестокого обращения»; «Социальная отчужденность»; «Неуспешность»; «Зависимость/беспомощность»; «Уязвимость»; «Запутанность/неразвитая идентичность»; «Покорность»; «Подавленность эмоций»; «Недостаточность самоконтроля»; «Поиск одобрения»; «Негативизм/пессимизм»; «Пунитивность».

Таким образом, полученные данные подтверждают предположение о том, что вероятность стрессовой реакции выше у людей с выраженными ранними дезадаптивными схемами.

Список литературы

- 1. Арнтц А., Якоб Г. Практическое руководство по схема-терапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах / пер. с англ. Е. Плотниковой; под научн. ред. А.В. Черникова. М.: Научный мир, 2016. 320 с.
- 2. Депутат И.С., Нехорошкова А.Н., Грибанов А.В., Большевидцева И.Л., Старцева Л.Ф. Анализ распределения уровня постоянного потенциала головного мозга в оценке функционального состояния организма (обзор) // Экология человека. 2015. № 10. С. 27–36.
- 3. Тукаев Р. Д. Триггерные механизмы биологического и психического стресса в соотнесении с диатез-стрессовыми моделями психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. №2. с. 69–76.
- 4. Фокин В.Ф., Пономарева Н.В. Энергетическая физиология мозга. М. Издательство «Антидор», 2003. 288 с.
- 5. Christopher D. J. Taylor, Penny Bee, Gillian Haddock. Does schema therapy change schemas and symptoms// A systematic review across mental health disorders // Psychol Psychother. 2017 Sep; 90(3): 456–479.

ДЯКИНА НАТАЛИЯ ВИКТОРОВНА

Медицинский психолог ТОГБУЗ «МПБ» г. Мичуринск e-mail: dyakina2011@yandex.ru

ДИССОЦИАЦИЯ КАК ЗАЩИТНЫЙ МЕХАНИЗМ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ТРАВМАХ

Аннотация: Инстинктивная реакция к защите психики (самосохранение) при сильном воздействии негативного (травмирующего) события запускает первичный защитный механизм — диссоциацию. Защитная функция диссоциации — через расщепление сохранить психику от более серьезных повреждений. Диссоциация личности бывает двух типов: нормативная и патологическая. Подавляющее большинство пациентов с диссоциацией в прошлом были жертвами сексуального, физического или эмоционального насилия.

Ключевые слова: психическая травма, диссоциация, защитные механизмы, психогенная амнезия, психогенная фуга, расстройство деперсонализации.

Понятие и определение травмы

Термин психологическая травма широко применяется во многих аспектах психологической науки и практики, поскольку внимание теоретиков и практиков в области психологии с конца 80-х годов было привлечено посредством кризисной психологии, которая активно развивала теорию посттравматического стрессового расстройства. С точки зрения теории ПТСР, травма расстраивает нормативную организацию психики и вводит ее в клиническое или пограничное состояние.

Швейцарские ученые конца XX века считают, что психологическая травма имеет свойство отражаться на генетическом коде человека, т.е. передаются по наследству. С точки зрения педагогики, человек, находящийся в состоянии душевного разлада, диссонанса, испытывающий душевную боль вследствие психологических страданий, не может дать ребенку необходимой для пси-

хологического благополучия заботы, а передает ему свою боль, страх, тревогу. Исходя из любой из этих двух теорий, генетическая цепочка человека XXIвека отягощена войнами, чрезвычайными ситуациями, терактами и революциями, что подкрепляет интерес психологов практиков к изучению ПТСР.

Научно-практический интерес психологов к травмам вполне оформлено прозвучал еще в работах 3. Фрейда. Не смотря на многолетнюю работу в научно-практическом изучении вопроса, споры исследователей продолжаются, единой точки зрения пока не найдено, остается открытым вопрос влияния психотравм на развитие личности.

В психоаналитической концепции травма рассматривается как глубокие и мучительные переживания человека, вызванные какими-либо событиями в его жизни, а также предельные накопления возбуждений, с которыми он не может справиться или которые частично преодолеваются посредством бессознательных механизмов защиты, ведущих к образованию невротических симптомов

Большая энциклопедия по психиатрии определяет травму так: «греч. trauma – повреждение) – любой ущерб, нанесённый индивиду прямым или косвенным внешним воздействием, как физическим, так и психологическим» [1].

Большой психологический словарь предлагает такое определение травмы: «органическое повреждение или душевное потрясение, сопровождающиеся нарушением функциональной деятельности человека и способные привести к патологическим изменениям в нем» [2].

А.В. Петровский и М.Г. Ярошевский рассматривают травму как «вред, нанесенный психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику» [3].

По DSM-IV (AmericanPsychiatricAssociation, 1996), травматическое событие имеет место тогда, когда оно связано со смертью или угрозой таковой, тяжелым ранением или какой-то другой угрозой физической целостности; причем данное событие может затрагивать непосредственно самого человека или проявляться 100

косвенно - через близких лиц. Однако, иногда травма возникает вследствие того, что человек становится сторонним свидетелем опасности, угрожающей совершенно чужому человеку.

Не смотря на разные подходы и взгляды к изучению вопроса, все исследователи сходятся в понимании, что травма являет собой события, накладывающие отпечаток на дальнейшую жизнь человека, затрагивающие значимые серы жизнедеятельности и ведущие к глубоким психологическим переживаниям, что, в свою очередь, может стать точкой манифестации расстройства адаптации, постстрессовых расстройств и других, более сложных расстройств и заболеваний.

Градация психической и психологической травмы
Во многих литературных источниках, описывающих психотравму, широко применяется терминологический синонимический ряд: травма — психотравма — психологическая травма — психическая травма.

Травма – душевная боль, страдание человека от переживания какого-либо негативного события своей жизни, которая наносит вред здоровью. Понятие «травма» используется для обозначения любого переживания, которое вызывает непереносимые душевные страдания. А определение «непереносимые» применимо всяные страдания. А определение «непереносимые» применимо всякий раз, когда обычных защитных механизмов психики (конкретной личности) оказывается недостаточно. Эта идея была впервые сформулирована Фрейдом в тезисе о «защитном экране» и подразумевает, что уровень непереносимости является глубоко индивидуальным. Исходя из некоторых предопределяющих факторов, таких как пол, возраст, сила нервной системы и многих других, можно отметить закономерность, что травматические события могут переживаться как с последующими изменениями психики, так и без них. Следовательно, понятия «психическая» и «психологическая» травмы не являются синонимами и не могут употребляться в равнозначном понимании.

При психологической травме психика человека остается не нарушенной, т.е. он сохраняет естественную способность к адаптации во внешней среде, поскольку все процессы в психике человека сохраняют свое единство. Тогда как при психической травме

человеку не удается сохранить нормальную слаженную работу всех психических функций и процессов. При психической травме отдельные процессы изолируются от сознания и делаются в некоторой степени независимыми. Например, может теряться личностная идентичность и появляться новая, как при состоянии диссоциативной фуги или множественной личности, или отдельные воспоминания для сознания могут стать недоступными, как при психогенной амнезии.

Специалистам, работающим в кризисной и клинической пси-хологии, психотерапии кризисных состояний важно понимать и разграничивать понятия «психической» и «психологической» травмы, не допуская их подмены, а, следовательно, и в полной мере оценивать ущерб, нанесенный человеку пережитым негативным событием.

Диссоциация как защитный механизм

при тяжелых психических травмах

Инстинктивная реакция к защите психики (самосохранение)
при сильном воздействии негативного (травмирующего) события
запускает первичный защитный механизм — диссоциацию. Защитная функция диссоциации — через расщепление сохранить
психику от более серьезных повреждений. Специфика феномена психику от более серьезных повреждений. Специфика феномена в том, что человек может отделить от себя как негативные, так и позитивные эмоции, если те вызывают состояние дистресса. Например, сильные любовные чувства мешают работать, думать, жить, что может заставить человек абстрагироваться от них.

Фрэнк В. Патнем в своей работе «Диагностика и лечение расстройства множественной личности» опирается на определение диссоциации, предложенное Жаклин Вест (1967): это «психобиологический процесс, который активно препятствует интеграции информации — прируоляцией сохраняемой или исхоляцией — нерез

логическии процесс, которыи активно препятствует интеграции информации – привходящей, сохраняемой или исходящей – через образование ассоциативных связей обычными естественными путями»[4]. Патнем признает, что «не все переживания такого рода являются патологическими», однако определяет диссоциативную реакцию как «переживание или поведение, характеризующееся заметными изменениями в сферах мышления, эмоций или в деятельности индивида, вызванными диссоциацией, так что 102

нормальные естественные пути построения обычных ассоциативных связей с блоком некой информации и ее интеграции оказываются блокированы в течение некоторого времени».

Таким образом, мы можем говорить о том, что диссоциация личности бывает двух типов: нормативная и патологическая. В первом случае речь идет о естественной защитной реакции на стресс, потрясение, неприятные переживания. Диссоциация в норме возникает в трудных ситуациях, где от человека требуется сохранять собранность, сдержанность, рациональность, но он не может сознательно взять себя в руки. Тогда включается бессознательный процесс — защитный механизм психики. В итоге человек получает преимущество над ситуацией, может трезво оценить ее и принять рациональное решение. В этом случае диссоциацию можно рассматривать как средство адаптации, а не как защитный механизм.

При патологической форме человек диссоциируется в любых эмоциональных ситуациях, а не только в трудных жизненных обстоятельствах. Таких людей называют толстокожими, равнодушными, холодными, черствыми, без эмоциональными. Они исключают любой негатив, отказываются решать конфликты, не готовы к продуктивному социальному взаимодействию. Такое поведение может привести к изоляции. Говоря о влиянии психической травмы на психику, мы говорим распаде психики с целью сохранения жизнедеятельности всего организма целом. Т.е., для сохранения жизнеспособности запускается целый комплекс психических нарушений личности, для которого характерны трансформации психических процессов или расстройства целого ряда процессов, проистекающих в психике, таких как чувство личностной идентичности, память, сознание, осознание беспрерывности собственной идентичности.

От рождения каждый человек имеет предпосылки для возникновения диссоциативного расстройства личности, поскольку человек не рождается с ощущением цельной идентичности, становление личности – процесс, растянутый во времени, и происходит в результате разнообразных переживаний и внешних воздействий. Благоприятной почвой для формирования и развития диссоциативного расстройства в первую очередь следует считать дефицит внимания со стороны родителей, нарушенная или отсутствующая связь матери с ребенком в возрасте до двух лет, социальная депривация ребенка, т.е., отсутствие внимания и заботы взрослых в возрасте, когда ребенок еще не овладел механизмами преодоления проблем, а потому вынужденно использует деструктивные формы защиты — вытеснение негативно окрашенных ощущений из области сознания. Сталкиваясь в дальнейшем с повторяющимся психологическим или физическим насилием, ребенок продолжает использовать в качестве защиты вытеснение. Вытесненные из сознания воспоминания о психотравмирующих ситуациях становятся пусковым механизмом для диссоциативного расстройства личности. В основе формирования данного защитного механизма заложен феномен восприятия происходящих травмирующих событий, словно они происходят с кем-то посторонним, что позволяет ребенку пережить экстремальные психологические переживания и физические ощущения, мысленно отрываясь от ситуации, которую не способен контролировать, ребенок все же сохраняет связь некоторой части сознания с реальностью. Сохраняя эту связь, ребенок, переживающий диссоциацию, может создать внутри себя другую личность, которая способна совладать с непереносимой ситуацией.

Таким образом, можно сделать вывод, что диссоциация — есть форма психологической защиты, не применяемая в обычных условиях. Подобная форма защиты используется при тяжелых эмоциональных ситуациях по форме «как будто это происходило не со мной». Переживая ситуацию как бы со стороны, ребенок получает возможность трезво оценивать ее, переживать негативную ситуацию в состоянии эмоциональной собранности и контроля над собственными действиями, в чем, собственно, и заключается адаптивная функция диссоциации. Обеспечивая способность здраво оценить любую ситуацию, диссоциация зачастую блокирует возможность адекватно оценить эмоциональную её

ность здраво оценить любую ситуацию, диссоциация зачастую блокирует возможность адекватно оценить эмоциональную её составляющую.

Диссоциация – первичный инстинктивный механизм защиты психики (инстинкт самосохранения), который запускается при сильном воздействии негативного (травмирующего) события. Защитная функция диссоциации – через расщепление сохранить 104

психику от более серьезных повреждений. Специфика феномена заключается в том, что человек может отделить от себя как негативные, так и позитивные эмоции, если те вызывают состояние дистресса.

Диссоциация личности бывает двух типов: нормативная и патологическая. В первом случае речь идет о естественной защитной реакции на стресс, потрясение, неприятные переживания. Диссоциация в норме возникает в трудных ситуациях, где от человека требуется сохранять собранность, сдержанность, рациональность, но он не может сознательно взять себя в руки. Тогда включается бессознательный процесс — защитный механизм психики. В итоге человек получает преимущество над ситуацией, может трезво оценить ее и принять рациональное решение. В этом случае диссоциацию можно рассматривать как средство адаптации, а не как защитный механизм.

При патологической форме человек диссоциируется в любых эмоциональных ситуациях, а не только в трудных жизненных обстоятельствах. Таких людей называют толстокожими, равнодушными, холодными, черствыми, без эмоциональными. Они исключают любой негатив, отказываются решать конфликты, не готовы к продуктивному социальному взаимодействию. Такое поведение может привести к изоляции. Говоря о влиянии психической травмы на психику, мы подразумеваем распад психики с целью сохранения жизнедеятельности всего организма целом. Таким образом, для сохранения жизнеспособности запускается целый комплекс психических нарушений личности, для которого характерны трансформации психических процессов или расстройства целого ряда процессов, проистекающих в психике, таких как чувство личностной идентичности, память, сознание, осознание беспрерывности собственной идентичности.

Специалисты, работающие с пациентами с диссоциативным расстройством личности, отмечают, что подавляющее большинство в прошлом были жертвами сексуального, физического или эмоционального насилия, а следовательно, жизнь их наполнена секретами и тайнами, которые они зачастую не раскрывают не только окружающим, но и самим себе.

Как уже говорилось ранее, изучением механизма воздействия психических травм на становление личности, использование запсихических травм на становление личности, использование защитных ресурсов привлекало интересы многих исследователей XX века. Несмотря на это, диссоциация как защитный механизм при воздействии психических травм и расстройство множественной личности как крайняя патологическая форма защиты до

настоящего времени остаются малоизученными.
В 1981 году американский психиатр Джон Немия сформулировал два основных принципа для определения патологической диссоциации:

- 1. Диссоциация сопровождается изменением идентичности индивида. Нарушение личностной идентичности может принимать различные формы от полной утраты способности воспроизводить в памяти основную информацию о самоидентификации (имя, возраст), до существования нескольких альтернизирующих идентичностей, каждая из которых заявляет о своей самостоятельности (в данном случае речь идет о крайней форме патологической диссоциации – расстройстве множественной личности).
- 2. Наличие серьезного нарушения воспроизведения воспоминаний о событиях, когда индивид находился в диссоциативном состоянии.

В 1985 году Фрэнк Патнем предположил наличие причинно-следственной связи между психическими травмами и патологической диссоциацией, заявив, что подавляющее большинство диссоциативных расстройств является результатом перенесенных психических травм.

Диссоциативное расстройство определяется наличием следуюших нарушений:

- Психогенная амнезия
- Психогенная фуга

 Расстройство деперсонализации.
 Психогенная амнезия проявляется во внезапной неспособности вспомнить важную личную информацию, при этом нарушение памяти не обусловлено соматическим состоянием или воздействием психоактивных веществ [2]. Как правило, забытая информация связана с идентичностью индивида и касается его имени, возраста, семейного положения, информации о роде его дея-106

тельности, а также истории его жизни. При этом остается неповрежденной способность индивида к воспроизведению совокупности общих знаний, что является основным признаком, отличающим психогенную амнезию от расстройств, обусловленных органическими причинами, при которых прежде всего забывается информация общего свойства, а способность воспроизведения личной информации утрачивается в последнюю очередь. Обычно люди, страдающие психогенной амнезией, осознают, что они не могут вспомнить важную личностную информацию, хотя они могут демонстрировать классическую *«прекрасное безразличие»* в отношении своих симптомов [5].

Различают несколько типов психогенной амнезии по основа-Различают несколько типов психогенной амнезии по основанию особенностей нарушения воспроизведения содержимого памяти. Под «локальной» или «ограниченной» амнезией подразумевают неспособность вспомнить все события, которые происходили в определенный период времени. В DSM-III отмечено, что эта форма психогенной амнезии наиболее распространена, однако в литературе, посвященной этому вопросу, такая оценка встречается нечасто [1]. «Избирательная» амнезия — это забывание некоторых, но не всех событий, относящихся к определенному периоду времени [2]. Неспособность индивида припомнить важную личную информацию, которая охватывает его прошлую жизнь, обозначают термином «ретроградная» амнезия. Именно важную личную информацию, которая охватывает его прошлую жизнь, обозначают термином «ретроградная» амнезия. Именно эта форма наиболее часто описывается в клинической литературе [8]. «Генерализованная» амнезия относится к воспоминаниям, охватывающим всю прошлую и настоящую жизнь индивида.

Избирательная психогенная амнезия может проявиться в отрицании подростком собственного имени (подросток не отзывается на свое имя, считая, что его зовут как-то иначе; не помнит свой возраст; не помнит ярких жизненных событий своей жизни

(например, празднование дня рождения)). Более тяжелая форма психогенной амнезии – генерализованная, при которой подросток забывает всю прошлую и настоящую жизнь.

Как правило, нарушение памяти длится от нескольких часов до нескольких дней и имеет четкие временные границы. Обычно начало психогенной амнезии бывает внезапным и следует сразу после завершения травматического события. При этом ребенок

иногда испытывает необычные соматические ощущения, головокружение, головные боли или чувство деперсонализации.

Психогенная фуга — это состояние, не вызванное органическим нарушением (травма головы), в котором личность предпринимает внезапную неожиданную поездку.

В большинстве случаев личности в состоянии фуги, в отличие

от пациентов, страдающих психогенной амнезией, не осознают, что они не могут вспомнить некую важную для них информацию. Как правило, у индивидов в состоянии фуги отсутствуют воспоминания, с их исходной личностной идентичностью. После прекращения фуги и возвращения основной идентичности у пациента наступает амнезия на события, которые происходили в состоянии фуги.

нии фуги.

Некоторые специалисты-психологи как в рамках клинической, так и в рамках психолого-педагогической картин считают, что это расстройство встречается достаточно часто, тогда как другие полагают, что это расстройство является достаточно редким. В состоянии фуги ребенок может покинуть свой дом или школу (уйти или даже уехать куда-либо). При этом во время скитаний сохраняется амнезия на события жизни ребенка, предшествовавшие фуге.

В рамках педагогической психологии состояние диссоциативной фуги очень легко спутать с тягой к бродяжничеству.

Деперсонализация приобретает характер психического расстройства, если ребенок переживает один или несколько эпизодов, в которых состояние деперсонализации вызывает либо значимые нарушения социального функционирования, либо явный дистресс. Переживание деперсонализации связано с изменением самовосприятия, так что человек утрачивает чувство реальности в отношении самого себя, он как будто бы погружен в сон, воспринимает себя как некий механизм или ощущает себя мертвецом, каким-то образом отчужден от себя или как-то иначе существенным образом отличается от себя в обычном состоянии. При этом могут иметь место сенсорные нарушения, например, анестезии, парастезии, изменение восприятия размеров тела или отдельных частей тела, макроскопия или микроскопия, а также состояния, характеризующиеся тем, что он воспринимает себя как 108

бы находящимся вне собственного тела и наблюдающим самого себя с некоторого расстояния или из некоторой точки пространства, расположенной над ним. Человек также иногда испытывает состояние пассивного влияния, выражающееся либо в чувстве тотального контроля над ним, либо в чувстве утраты контроля за отдельными функциями (например, речи), которые начинают действовать «сами по себе».

Индивид может описывать свои воспоминания как имеющие качество сновидений, которые порой невозможно отличить от фантазии, так что он утрачивает уверенность в том, действительно ли те или иные события происходили с ним в реальности. Находясь в состоянии деперсонализации, он может воспринимать события, информация о которых хранится в его памяти, как происшедшее очень давно и с другим человеком. Часто после нормализации состояния человек сталкивается с трудностями воспроизведения воспоминаний о событиях, происходивших с ним, когда он находился в состоянии деперсонализации. Иногда эти воспоминания похожи на сновидения.

Только недавно деперсонализация получила статус самостоятельного синдрома, который может быть диагностирован лишь при отсутствии у индивида других расстройств, клиническая картина которых включает симптом деперсонализации.

Исследователи отмечают, что преходящее чувство деперсонализации также часто встречается и у «нормальных» людей, особенно у подростков [4]. Нет единого объяснения для такого широкого распространения деперсонализации, встречающейся у 15-30% всей популяции психиатрических пациентов независимо от диагноза. Тем не менее, как ранее отмечалось, синдромы деперсонализации часто бывают связаны с перенесенной в прошлом психической травмой.

Практикующий психолог должен уметь разграничивать патологическую деперсонализацию (связанная с перенесенной психической травмой) и «нормальную» деперсонализацию.

Провалы во времени являются единственным наиболее распространенным диссоциативным симптомом данного расстройства. Такие подростки привычны к «провалам во времени», а потому не упоминают о них, как о беспокоящих их симптомах.

Диссоциация как защитный механизм психики всегда сопряжена с приступами тревоги. Часто подростки жалуются на такие соматические симптомы, как одышка, сильное сердцебиение, удушье или тяжесть в груди, чувство нереальности, головокружение, дрожь в теле. Конкретные местности, объекты, социальные ситуации, слова и другие эмоционально — заряженные стимулы, сопряженные с пережитой психотравмирующей ситуацией, могут вызывать у подростка фобические состояния. Нередко, пытаясь заглушить душевную боль и страдания, подростки, страдающие диссоциативным расстройством, прибегают к self-harm, заменяя душевную боль физической.

Таким образом, нельзя отрицать актуальность и важность проблемы диссоциации как защитного механизма при психических травмах, равно как нельзя отрицать необходимость разработки как методов диагностики, так и коррекции данного расстройства.

Список литературы

- 1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-5, DSM-V). Washington, DC: London: American Psychiatric Association, 2013. 970 p. ISBN 978-0-89042-554-1.
- 2. Большая психологическая энциклопедия: самое полное современное издание: более 5000 психологических терминов и понятий / [А.Б. Альмуханова и др.]. М.: Эксмо, 2007. 542.
- 3. Детская психиатрия. Учебник / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. СПб.: Питер, 2005. 1120 с.
- 4. Дякина Н.В. Диссоциация и расстройство множественной личности как следствие перенесенных психических травм в детском возрасте. Мичуринск, 2020.
- 5. Екатеринина, А.А. Влияние детской психической травмы на взрослую жизнь / А.А. Екатеринина. Текст: непосредственный // Молодой ученый. 2020. № 10 (300). С. 213-215.
- 6. Зинченко, В. Большой психологический словарь / ред. Б. Мещеряков, В. Зинченко. М.: АСТ, 2009. 816 с.
- 7. Краткий психологический словарь/Составители: Л.А. Карпенко, А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский, 1998 год
- 8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клинические описания и указания по диагностике: Классификация психи-

- ческих и поведенческих расстройств. М.: Сфера, 2005. 308 с. ISBN: 966-8782-08-9.
- 9. Менделевич В.Д. Клиническая (медицинская) психология: Учебник. М.: Медицина, 1995.
- 10. Патнем Фрэнк В. Диагностика и лечение расстройства множественнойличности / Пер.сангл. –М.: «Когито-Центр»,2004.–440с. (Клиническая психология)
- 11. Подопригова, А.С. Краткий психологический словарь / А.С. Подопригова. М.: Феникс, 2012. 459c.
- 12. Фрейд 3. Введение в психоанализ / 3. Фрейд. М.: ACT, 2019. 608с.

ШАПКИНА ЮЛИЯ ВЛАДИМИРОВНА,

педагог-психолог Государственного казенного общеобразовательного учреждения «Чернухинская школа-интернат», Нижегородская обл., г. Лысково e-mail: yulia.ikonnikova@yandex.ru

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Аннотация. Проблема подросткового суицида в последнее время превратилась в одну из острых и первостепенных проблем современного общества. Решение проблемы суицидального поведения носит комплексный, системный и междисциплинарный характер. Склонность к суицидальному поведению имеет взаимосвязь с психологическими особенностями подростков, представленными в комплексе: обусловлены степенью фрустрированности, тревожности и готовности к открытому проявлению агрессивности.

Ключевые слова: суицид, подростковый возраст, суицидальное поведение, профилактика суицида.

Проблема подросткового суицида в последнее время превратилась в одну из острых и первостепенных проблем современного общества.

По данным ВОЗ в 2017 году Россия занимает 15 место в мире по числу самоубийств на сто тысяч жителей, уступая сердечнососудистым и онкологическим заболеваниям, третье место по числу самоубийств, среди подростков. Наибольшая частота суицида наблюдается у подростков и молодежи в возрастном диапазоне 15–20 лет. У этой категории подростков на одну смерть приходится до 200 нереализованных суицидальных попыток.

Наиболее восприимчивым к влияниям подобного рода является подростковый возраст, когда ребенок проходит в своем развитии огромный путь, обретает чувство личности. Возраст подростка является периодом особой концентрации конфликтов, которые

зачастую приводят к поведенческим отклонениям, в том числе суициду.

Все сказанное выше указывает на значимость проблемы профилактики суицидального поведения школьников, в особой степени – подростков.

Причины суицидального поведения исследуются современными философами Ф. Арсьесом, К.В. Зориным, В.Н. Карандышевым, А.В. Мартыновым, В. Франклом, В.Э. Чудновским, Г. Чхартишвили, и др. С точки зрения философии, основной причиной суицидальности является потеря смысла жизни.

Отечественные исследователи в начале XX века высказали основополагающую профилактическую идею совместной деятельности государства, общественности, семьи, школы в борьбе с детскими суицидами [14]. Н.К. Крупская, Б.А. Рович, А.Г. Трахтенберг, М.Ю. Феноменов, В.Г. Хлопин изучили роль школьных проблем в развитии тенденций суицидального поведения. И.Е. Майзель, П.А. Сорокин отметили значение высокого потенциала школы в профилактике суицидов. Г.И. Гордоном, И.П. Островским, В.К. Хорошко изучено влияние возрастных особенностей на суицидальное поведение школьников. А.Н. Острогорский, И.А. Сикорский осуществили исследования психологических причин суицидов подростков, проблемы просвещения педагогов и родителей в сфере профилактики детских суицидов [5].

Современная наука изучает проблемы раннего выявления и предотвращения детских суицидов, их причин, взаимодействия в рамках системы профилактики суицида (Е.В. Змановская, В.А. Конторович, П.Д. Павленок и др.).

Таким образом, по проблеме суицидального поведения подростков существует множество научных разработок, однако, необходимо отметить, что единая концепция суицидального поведения и его профилактики на уровне государства, единая лицензированная программа профилактики суицидального поведения подростков пока не разработаны.

Решение проблемы суицидального поведения носит комплексный, системный и междисциплинарный характер.

Подростковый возраст – один из наиболее сложных периодов в становлении личности. Для подросткового возраста характерны следующие особенности: половое созревание и неравномерное физиологическое развитие, обуславливающие эмоциональную неустойчивость и резкие колебания настроения; изменение социальной ситуации развития: переход от зависимого детства к самостоятельной и ответственной взрослости; смена ведущей деятельности: учебную деятельность вытесняет интимно-личностное общение со сверстниками; открытие и утверждение своего «Я», поиск собственного места в системе человеческих взаимоотношений; познание себя через противопоставление миру взрослых и через чувство принадлежности к миру сверстников. Это помогает подростку найти собственные ценности и нормы, сформировать свое представление об окружающем его мире; появление «чувства взрослости», желание подростка признания своей «взрослости».

Суицидальное поведение подростков – увеличительное зеркало, в котором наиболее отчетливо проявляются основные трудности и проблемы детей. Многие факторы, приводящие к суициду, но действующие более мягко, лежат в основании и прочих форм аутодеструктивного поведения: наркомания, алкоголизация, токсикомания детей. Не будет преувеличением сказать, что причины сикомания детеи. Не оудет преувеличением сказать, что причины аутодеструктивного проведения сходны для всех его форм. Вопрос лишь в интенсивности действия этих причин. Можно сказать, что аутодеструктивное поведение питается из двух источников: неблагополучие жизненных обстоятельств и недостаточность личностных ресурсов для преодоления этих обстоятельств. Современный подход к работе по профилактике суицида сре-

ди подростков характеризуется усилением традиционных психологических, педагогических, медицинских, правовых и обще-

логических, педагогических, медицинских, правовых и общественных мер воздействия с помощью использования достижений практической, возрастной и социальной психологии.

В процессе теоретического анализа литературы по вопросам изучения психологических особенностей подростков, страдающих психическими расстройствами, склонных к суицидальному поведению, было установлено, что данная проблема требует усиления традиционных психологических, педагогических, меди-114

цинских, правовых и общественных мер воздействия с помощью использования достижений практической, возрастной и социальной психологии.

Эксперимент проводился на базе ГКОУ «Чернухинская школа-интернат» Лысковского района Нижегородской области. Экспериментальную группу составили 20 обучающихся 8-10 классов, которые согласно данным медико-психолого-педагогической комиссии имели диагноз «умственная отсталость легкой степени» различной этиологии.

В эксперименте были использованы следующие методы:

- 1. Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнейдер).
 - 2. Анкета-опросник «Суицидальные наклонности».
 - 3. Анкета «Самооценка психических состояний (Г.Айзенк)».

В эксперименте приняли участие учащиеся 8-10 классов в количестве 19 человек в возрасте от 13 до 16 лет с диагнозом лёгкая умственная отсталость.

Учитывая психолого-педагогические особенности подростков с умственной отсталостью, соответственно трудности при организации экспериментального исследования перед нами встала необходимость определения «группы риска» подростков с умственной отсталостью, склонных к суицидальному поведению, для дальнейшей работы по выявлению их психологических особенностей. Для реализации этой задачи, были использованы 2 психодиагностических метода: методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнейдер) – карта заполнялась педагогами; анкетирование подростков с помощью анкетаопросник «Суицидальные наклонности».

1. Результаты методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнейдер) представлены на рисунке 1.

Из рисунка 1 видно, что почти у половины обучающихся исследуемой группы присутствует риск суицидального поведения: у 21% обучающихся — «риск присутствует» (4 человек), у 26,3% обучающихся «риск значителен» (5 человек). У 52,6% обучающихся (10 человек) — «риск незначителен». Таким образом, 9 обучающихся (47,3% испытуемых) можно отнести к «группе риска» по признакам суицидального поведения. С данной группой

обучающихся провести дополнительные методы психодиагностической диагностики, на выявление индивидуальных психологических особенностей. С подробными количественными результатами психодиагностического исследования можно ознакомиться в приложении 4 (где представлены индивидуальные результаты, а также результаты по классу).



Рис. 1. Количественные показатели опроса педагогов по методике «Карта риска суицида»

2. Результаты анкеты «Суицидальные наклонности».

На рисунке 2 представлены результаты анкетирования подростков. При оценке эксперимента учитывалось состояние всех структурных компонентов деятельности ребенка, позитивных и негативных условий ее изменения. Рассматривались следующие компоненты деятельности детей:

- принятие задачи, т.е. согласие ребенка выполнять задание;
- понимание инструкции, что обеспечивало ребенку возможность ориентироваться в задании;
- возможность самостоятельного выполнения заданий и способы действий;

- отношение к результату, т.е. на сколько адекватно ребенок способен оценивать результат своей деятельности;
 - принятие и использование помощи.



Puc. 2. Количественные показатели анкетирования подростков по методике «Суицидальные наклонности»

Из рисунка 2 видно, что у 78,9% испытуемых (9 обучающихся) «риск» суицида низкий., Средний уровень «риска» суицида можно наблюдать у 21% опрошенных (4 ребенка); высокий «риск» суицидальных наклонностей не зафиксирован. Подробные результаты анкетирования представлены в приложении 5 (таблица 3).

Таким образом, обучающихся со средним уровнем (в количестве 4 человек) также необходимо отметить, как подростков «группы риска», склонных к суицидальному поведению.

Результаты выполнения 2 методов психодиагностического исследования, позволили выделить «группу риска» подростков, склонных к суицидальному поведению, которую составили 9 человек (4 обучающихся отнесены в группу риска по результатам

обоих методов психодиагностического исследования). С данной группой обучающихся необходимо провести дополнительный метод психодиагностического исследования, позволяющий выявить психологические особенности подростков, в качестве которого возможно использование анкеты «Самооценка психических состояний (Г. Айзенк)».

3. Результаты анкеты «Самооценка психических состояний (Г. Айзенк)».

Подросткам «группы риска» необходимо было ответить на вопросы по методике «Самооценка психических состояний» (по Айзенку) — «тревожность, фрустрованность, агрессивность, ригидность». Анализ данных методики "Самооценка психических состояний по Айзенку" дал возможность получить результаты, представленые в Приложении 6, таблица 4. На рисунке 3 представлены количественные показатели самооценки психических состояний по Г.Айзенку испытуемой группы.

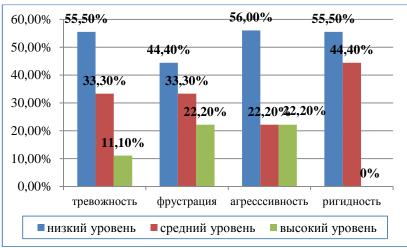


Рис. 3. Количественные показатели самооценки психических состояний по Г. Айзенку

Из рисунка 3 видно, что у 55,5% группы обнаружен низкий уровень тревожности. К этому уровню относятся подростки, ко-

торые не чувствуют напряжения или нервозности. Было также обнаружено, что 33,3% подростков имеют средний уровень тревожности, а 11,1% – высокий уровень тревожности. Эти подростки характеризуются наличием субъективно переживаемых эмоций в процессе обучения.

У 44,4% подростков «группы риска» выявлен низкий уровень фрустрации. Эти дети, имеющие высокую самооценку, устойчивы к неудачам и не боятся трудностей. У 33,3% опрошенных соответственно был выявлен средний, а у 22,2% — высокий уровень фрустрации. Они имеют низкую самооценку, стремятся избегать трудностей и боятся неудач.

Из рисунка 3, видно, что для 56% обучающихся характерным является низкий уровень агрессивности, эти дети довольно спокойно и взвешенно воспринимают учебный процесс. Вместе с этим, в равных долях, по 22,2%, выявлен средний уровень и высокий уровень агрессивности. Такие дети, как правило, испытывают серьёзные трудности в общении и взаимодействии с другими людьми, в том числе с преподавателями, а также внутри студенческого коллектива.

Высокий уровень ригидности отмечается у 44,4% подростков, для них характерна неизменность поведения, взглядов и убеждений, даже если они расходятся и не совпадают с реальными обстоятельствами жизни. Вместе с этим, соответственно для 55,5% детей характерен низкий уровень ригидности, это указывает в целом на низкий уровень проявления этого состояния.

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что склонность к суицидальному поведению имеет взаимосвязь с психологическими особенностями подростков, представленными в комплексе: обусловлены степенью фрустрированности, тревожности и готовности к открытому проявлению агрессивности. Стоит отметить, что при проведении опроса было выявлено, что не все подростки, которые в предыдущих тестах показывали высокие показатели. Таким образом, можно предположить, чтобы можно было уверенно сказать, что их суицидальный риск высок настолько, что они могут совершить суицидальную попытку. У детей подросткового возраста с умственной отсталостью присутствует желание привлечь внимание окружающих людей. Как и

всем подросткам, им присущ юношеский максимализм. Поэтому в школе должна в первую очередь вестись профилактика, направленная прежде всего на по предупреждению суицидальных действий среди подростков. Учитывая ведомость детей с умственной отсталостью, в программе должны быть, отражены составляющие по формированию безопасного пользования Интернетом, где подростки могут получить максимальную информацию о суицидах.

Список литературы

- 1. Амбрумова, А.Г., Диагностика суицидального поведения / А.Г. Абрумова, В.А. Тихоненко. М., 2012.
- 2. Андронникова, О. О. Основные характеристики подростков с самоповреждающим виктимным поведением/ О.О. Андронникова // Вестник томского государственного педагогического университета. 2014. №9. с. 120-126.
- 3. Егоров, А.Ю., Игумнов, С.А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты / А.Ю. Егоров, С.А. Игумнов. СПб.: Речь, 2015. 436 с.
- 4. Новикова, Е.В. Профилактика суицидального поведения обучающихся. Методические рекомендации / Е.В. Новикова. Уфа:НИМЦ, 2016.-126с.
- 5. Синягина, Н.Ю. Детский суицид: результаты исследования // Психологические аспекты детского суицида: технологии профилактики: Сборник материалов международной научно-практической конференции. / Сост. и науч. ред. Н.Ю. Синягина, Н.В. Зайцева, Е.Г. Артамонова. М.: АНО «ЦНПРО», 2013. с. 90-99.

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие во

II Всероссийской межведомственной научно-практической конференции

«КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, ОБРАЗОВАНИИ И СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ»

Дата проведения: 16 февраля 2023 г.

Планируется издание сборника по материалам конференции и размещение в научной электронной библиотеке eLIBRARY.

Публикация материалов в сборнике бесплатная.

Ответственный организатор: Шуткина Жанна Александровна, к. п. н., доц., заместитель руководителя Первой психологической клиники ННГУ им. Н.И. Лобачевского, (+79601790923); e-mail: kafedra_osp@fsn.unn.ru.

«КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, ОБРАЗОВАНИИ И СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ: ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ»

Сборник докладов по материалам Всероссийской межведомственной научно-практической конференции

17 февраля 2022 г.

Печатается в авторской редакции

Ответственность за аутентичность и точность цитат, имен, названий и иных сведений, а также за соблюдение законов об интеллектуальной собственности несут авторы публикуемых материалов

Электронная версия сборника подготовлена отделом дизайна Редакционно-издательского управления Нижегородского госуниверситета им. Н.И. Лобачевского

603000, г. Нижний Новгород, ул. Большая Покровская, 37 Тел. (831) 433-83-25

> Формат 60×84 1/16. Бумага офсетная. Печать цифровая. Усл. печ. л. 7,1. Заказ № 756. Тираж 500 экз.

Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии ННГУ им. Н.И. Лобачевского. 603000, г. Нижний Новгород, ул. Б. Покровская, 37