

**УЧЕБНИК
ДЛЯ ВУЗОВ**

ПИТЕР®

СТАНДАРТ ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ



Под ред. Э. Г. Эйдемиллера, М. Ю. Городновой, А. Э. Тарабанова

Детская психиатрия, психотерапия и медицинская психология

РЕКОМЕНДОВАНО В КАЧЕСТВЕ УЧЕБНИКА ДЛЯ ВУЗОВ
УЧЕНЫМ СОВЕТОМ ФАКУЛЬТЕТА ПСИХОЛОГИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА



Под редакцией

Под ред. Э. Г. Эйдемиллера, М. Ю. Городновой, А. Э. Тарабанова

Детская психиатрия, психотерапия и медицинская психология

Рекомендовано в качестве учебника для вузов
Ученым советом факультета психологии
Санкт-Петербургского государственного
университета



Санкт-Петербург • Москва • Минск

2022

ББК 57.336.4я7
УДК 616.89-053.2(07)
Д38

Рецензенты:

А. А. Александров, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей медицинской психологии, педагогики ФГБОУ ВО «Северо-Западный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава РФ»;
Ю. В. Попов, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, главный научный сотрудник Национального исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева.

Д38 Под ред. **Эйдемиллера Э. Г.**, **Городновой М. Ю.**, **Тарабанова А. Э.**
Детская психиатрия, психотерапия и медицинская психология. Учебник для вузов. Стандарт третьего поколения. — СПб.: Питер, 2022. — 720 с.: ил. — (Серия «Учебник для вузов»).

ISBN 978-5-4461-1466-5

Этот учебник уникален. До настоящего времени в России существовали только монотематические учебники — психиатрии, с минимальным описанием психотерапии и медицинской психологии. Построение этого учебника осуществляется по принципу интеграции. Специфика нервно-психических расстройств у детей, «аномальное» поведение часто ошибочно расценивается специалистами как патология, а на самом деле это может быть особенностью нормального функционирования на разных этапах онтогенеза. Поэтому помогающему специалисту — детскому психиатру, психотерапевту и медицинскому психологу — необходимо изучать психику детей в норме и патологии по интегративным медико-психологическим руководствам.

В учебнике описаны современные теории: новые версии психоанализа, в частности нейропсихоанализ, новая трактовка психологии отношений В. Н. Мясищева, системный подход, теории поля, акторно-сетевая теория Бруно Латура. В теоретической части приведены новые данные о генезе невротических расстройств, шизофрении, синдроме дефицита внимания и др. Рекомендовано студентам и преподавателям психиатрии, психотерапии, медицинской (клинической) психологии, психологам.

16+ (В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2010 г. № 436-ФЗ.)

ББК 57.336.4я7
УДК 616.89-053.2(07)

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 978-5-4461-1466-5

© ООО Издательство «Питер», 2022

© Серия «Учебник для вузов», 2022

© Коллектив авторов, 2022

© Тарабанова В. А., Никольский М. А., Никольский А. В., наследники, 2022

Оглавление

Предисловие	14
Введение. «Психиатрия, психотерапия и медицинская психология в современном культурном контексте мира и России»	15
Глава 1. Психоаналитические и неаналитические теории развития личности детей и подростков	31
Психоаналитические теории развития	31
Мелани Кляйн (1902–1960) и Британская школа объектных отношений	36
Анна Фрейд (1895–1982) и эго-психология	42
Рене Спитц (1887–1974)	46
Маргарет Малер (1897–1985)	47
Неаналитические теории развития личности	51
Теории научения	51
Когнитивные теории	55
Гуманистические теории развития личности	64
Глава 2. Основные теории в психоневрологии (психиатрии, психотерапии и медицинской психологии)	67
Психология отношений В. Н. Мясищева	67
Личность — система отношений	67
Сущностные характеристики отношений	68
Компоненты отношений	69
Развитие и динамика отношений	71
Свойства целостной системы отношений	75
Системный подход, теория хаоса и акторно-сетевая теория в современной психотерапии	78
Системная парадигма	78
Теория хаоса в психотерапии	82
Акторно-сетевая теория в современной психотерапии	84
Детский нейропсихоанализ	87

Теория поля	105
Развитие теории поля в психологии: от контекста к ситуации, от детерминизма к процессуальности	106
Среда как синоним поля в других концепциях психологии	110
Теория ситуаций	113
Глава 3. Психологические защиты и копинг-поведение у детей ...	117
Общие сведения о психологической защите	117
Особенности психологической защиты у детей	121
Защитные автоматизмы	121
Защитные поведенческие реакции	124
Психологические защитные механизмы у детей	128
Семья — среда, определяющая развитие защиты	139
Общие сведения о копинг-поведении	141
Копинг-поведение у детей	144
Глава 4. Патологизирующее семейное воспитание и концепция патологизирующего семейного наследования	149
Основные параметры патологизирующего семейного воспитания	150
Уровень протекции в процессе воспитания	150
Степень удовлетворения потребностей ребенка	150
Количество и качество требований к ребенку в семье	151
Неустойчивость стиля воспитания	152
Психологические причины отклонений в семейном воспитании	154
Отклонения в личности самих родителей	154
Психологические (личностные) проблемы родителей, решаемые за счет ребенка	154
Глава 5. Методы исследования в детской и подростковой психиатрии.	162
Наблюдение за поведением клиента в разных социально-психологических ситуациях	165
Глава 6. Методы психологического исследования в детской и подростковой психиатрии.	167
Основные задачи психологического исследования	167

Методы психологического исследования	167
Экспериментально-психологические методики	167
Психодиагностические методики	171
Подбор психологических методик для исследования психически больных детей	179

Глава 7. Психодинамическая классификация нервно-психических расстройств у детей и подростков (PDM) 182

Младенчество и раннее детство	192
Наблюдение за психическим функционированием младенца или ребенка	194
Детство	195
Подростковый возраст	200

Глава 8. Шизофрения 203

Социокультурный и психодинамический факторы стресса	207
Ряд направлений проведенных исследований	214
Реорганизация и оздоровление ближайшей социальной среды пациента	215
Классификация и клиника шизофрении	218
Злокачественная и непрерывно-прогредиентная шизофрения	219
Непрерывная вялотекущая шизофрения (шизотипическое расстройство личности)	219
Приступообразная малопрогредиентная шизофрения	220
Особенности шизофрении в раннем детском и детском возрасте	220
Особенности шизофрении в подростковом возрасте	220
Лечение шизофрении	221
Шизотипическое расстройство (F-21)	222
Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении ...	223
Введение	223
Психотерапевтическая работа с семьей	224
Психотерапия	225
Этапы психотерапевтического процесса (Э. Г. Эйдемиллер, 2008)	230
Системное взаимодействие помогающих специалистов	232

Глава 9. Расстройства аутистического спектра.	240
Определение	240
Эпидемиология.....	240
Классификация.....	241
Этиология.....	243
Патогенез	243
Клиника.....	244
Ранний детский аутизм (аутизм Каннера)	245
Синдром Аспергера.....	247
Клиника.....	249
Атипичный аутизм.....	250
Диагностика	251
Терапия.....	252
Глава 10. Аффективные психозы у детей и подростков	255
Эпидемиология.....	255
Классификация.....	255
Синдромология и клиника	256
Маниакально-депрессивный психоз у детей и подростков	264
Атипичные аффективные психозы у детей и подростков	264
Шизоаффективные психозы у детей и подростков.....	265
Органические аффективные психозы	266
Особенности лечения аффективных психозов у детей и подростков	267
Глава 11. Олигофрения	269
Классификации олигофрений.....	270
Международная классификация болезней (МКБ-10).....	270
Этиопатогенетическая классификация олигофрений Г. Е. Сухаревой.....	271
Клинико-физиологическая классификация состояний общего психического недоразвития С. С. Мнухина и Д. Н. Исаева	272
Динамика олигофрений.....	274
Лечение и абилитация детей с общим психическим недоразвитием.....	275

Глава 12. Резидуально-органические нервно-психические расстройства у детей и подростков.	280
Классификация.	281
Лечение резидуально-органических нервно-психических расстройств у детей и подростков	296
Глава 13. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.	298
Определение	298
Эпидемиология.	298
Этиология.	298
Роль органического фактора	301
Роль преморбида	301
Биологические теории	301
Диагностика.	302
Классификация и клиника	302
Общие неврозы	303
Системные неврозы	323
Глава 14. Личностные расстройства	331
Особенности диагностической категории «личностные расстройства» в детском и подростковом возрасте	333
Этиология и патогенез.	334
Эпидемиология	335
Классификация.	335
Психотерапия.	348
Выводы.	349
Глава 15. Особенности аддиктивного поведения у детей и подростков.	351
Предпосылки аддиктивного поведения	353
Эпидемиология химической зависимости в детском и подростковом возрасте	356
Особенности химической зависимости в детско-подростковом возрасте	356
Психотерапия аддиктивного поведения у подростков	365

Глава 16. Психосоматические расстройства у детей и подростков	370
Психотические расстройства, реализующиеся в соматической сфере (по А. Б. Смулевичу)	373
Особенности психосоматических нарушений у детей и подростков	374
История психосоматического подхода	374
Психосоматическая патология и психическое развитие ребенка	378
Клинические проявления, оценка и диагностика	378
Диагностика, дифференциальный диагноз и психиатрическая коморбидность	380
Эпидемиология	381
Соматизация как защитный механизм	382
Нейробиологическая основа соматизации и восприятие боли	383
Нейробиологические корреляты измененной эмоциональной обработки в соматизации	384
Психотерапия	385
Глава 17. Расстройства пищевого поведения	388
Стили пищевого поведения в семье и их влияние на формирование расстройств питания у детей и подростков	391
Нейропсиходинамический подход к расстройствам пищевого поведения	394
Нервная анорексия. Исторический экскурс	395
Психодинамические гипотезы булимии	396
Психодинамические гипотезы нервной анорексии	396
Перфекционизм (семейный, социальный)	398
Психотерапия	399
Глава 18. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей	402
Классификации СДВГ и критерии диагностики	408
Комплексный способ лечения СДВГ	414
Психотерапия	418
Глава 19. Деструктивное поведение: рискованное и самоповреждающее поведение	422
Деструктивное поведение	422

Рискованное поведение	423
Аутодеструктивное поведение	428
Модели коррекции деструктивного поведения	435
Профилактика суицидального и рискованного поведения	437

Глава 20. Психофармакотерапия в детской психиатрической практике 440

Правила назначения и проведения психофармакотерапии у детей и подростков	440
Общая характеристика препаратов ноотропного ряда	442
Пирролидоновые производные	445
ГАМК-ергические препараты	446
Препараты, усиливающие холинергические процессы (глиатилин, холина альфосцерат)	448
Лецитин (фосфатидилхолин)	448
Глутаматергические препараты	449
Нейропептиды и их аналоги	450
Антиоксиданты и мембранопротекторы	451
Общая характеристика группы нейролептиков	452
Классификация нейролептиков	452
Общие свойства нейролептиков	452
Общие особенности традиционных нейролептиков	454
Общие особенности атипичных нейролептиков	455
Традиционные нейролептики преимущественно с седативным действием	457
Традиционные нейролептики преимущественно с антипсихотическим действием	457
Атипичные нейролептики	458
Общая характеристика группы антидепрессантов	460
Ингибиторы моноаминоксидазы	461
Избирательные ингибиторы	462
Трициклические антидепрессанты	462
Атипичные трициклики	462
Гетероциклические антидепрессанты	463
Селективные ингибиторы обратного нейронального захвата ...	463
Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина ...	464
Специфические серотонинергические антидепрессанты	464

Общая характеристика группы транквилизаторов	464
Классификация транквилизаторов (анксиолитиков)	465
Общая характеристика группы антиконвульсантов	467
Глава 21. Перинатальная психотерапия	469
Психотерапия семьи, планирующей зачатие ребенка	470
Психотерапия семьи, ожидающей рождения ребенка	475
Психотерапия семьи, имеющей новорожденного ребенка	478
Психотерапия пациентов с нервно-психическими расстройствами, связанными с проблемами перинатального периода	481
Глава 22. Детский психоанализ	484
Глава 23. Игровая психотерапия детей и подростков	506
Глава 24. Аналитическая психодрама и метод краткосрочной аналитико-сетевой психодрамы	517
Теория метода и описание аналитической психодрамы	517
Уровни реальности в аналитической психодраме	520
Основные техники аналитической психодрамы	521
Фазы сеанса аналитической психодрамы	523
Структура сеанса аналитической психодрамы	524
Метод краткосрочной аналитико-сетевой психодрамы Э. Г. Эйдемиллера — Н. В. Александровой	525
Глава 25. Гештальт-терапия	538
Гештальт-терапия детей и подростков	541
Глава 26. Групповая психотерапия детей и подростков	549
Глава 27. Когнитивно-поведенческая психотерапия в работе с детьми, подростками и их родителями	555
Теория и методология когнитивной психотерапии	560
Когнитивная концептуализация	563
Этапы когнитивной терапии	564
Установление контакта. Знакомство	564
Идентификация (распознавание) эмоций	564

Работа с автоматическими мыслями	565
Работа с промежуточными и глубинными убеждениями	566
Завершение когнитивной терапии	567
Когнитивная психотерапия третьей волны	567
Глава 28. Телесно-ориентированная психотерапия в работе с детьми, подростками и их родителями	571
Глава 29. Танцевально-двигательная психотерапия	582
Теоретическое обоснование метода танцевально-двигательной психотерапии	583
Глава 30. Семейная психотерапия	595
Семейная системная психотерапия	595
Основные положения системного подхода	598
Семейный диагноз	603
Приемы и техники семейной психотерапии	614
Описательно-образные и эмотивные приемы	625
Аналитико-системная семейная психотерапия	629
Теоретические аспекты	630
Котерапия в аналитико-системной психотерапии	632
Случай аналитико-системной семейной психотерапии девочки Дины	634
Нарративная (конструктивистская) семейная психотерапия	669
Бифокальная семейно-групповая психотерапия	676
Краткосрочная бифокальная модель семейно-групповой психотерапии (КБМСГП)	677
Биполярно-бифокальная групповая психотерапия (на примере работы семейного клуба для семей с членом семьи, имеющим положительный ВИЧ-статус)	689
Глава 31. Профилактика нарушения психического здоровья детей и подростков	692
Понятие психического здоровья	692
Факторы риска нарушения психического здоровья детей и подростков	694
Биологические факторы	694
Индивидуально-психологические и возрастные факторы	695

Социальные факторы	695
Направления профилактики нарушения психического здоровья детей и подростков	697
Модели здоровья	698
Уровни, задачи и направления деятельности в профилактике нарушения психического здоровья	700
Психологическая помощь ребенку и семье в системе профилактики нарушений психического здоровья	702
Практика консультирования ребенка и его семьи	703
Список использованной литературы	706
Информация об авторах	718

Учителю и отцу посвящается

Предисловие

О переиздании учебника Эдмонд Георгиевич думал в течение последних трех лет. Он ставил перед собой и нами задачу создать новый учебник, сочетающий лучшее из актуального прошлого и современные новации в психиатрии, психоневрологии, медицинской психологии и психотерапии. Авторский коллектив данного издания — ученики, единомышленники и друзья, разделяющие общие ценности, несмотря на разные взгляды и подходы. К сожалению, завершить работу над учебником Эдмонду Георгиевичу не удалось, он передал ее нам — сыну и ученице.

Объем собранного материала не вписывался в рамки, заданные договором, поэтому нам пришлось не только сократить текст, но и отказаться от некоторых разделов. Например, в учебник не вошла большая глава по общей психопатологии И. В. Добрякова, материал которой высоко ценил Эдмонд Георгиевич. Сокращение привело бы к потере ее эстетики, поэтому мы рекомендуем читателям обратиться к первому изданию учебника, чтобы познакомиться с этим уникальным материалом. По той же причине отсутствует глава, посвященная арт-терапии, написанная профессором И. М. Никольской и проиллюстрированная собранными ею клиническими примерами. Заинтересованный читатель может познакомиться с ними в предыдущей редакции или обратиться к материалам по данной теме, широко представленным в разных изданиях. Сокращая материал, мы постарались сохранить авторскую уникальность и новизну, с уважением относясь к проделанной работе и профессиональному опыту, представленному в изложении. Иллюстрации для учебника подобрал сам Эдмонд Георгиевич: над ними он работал до последних дней жизни.

Напутствуя нас, Эдмонд Георгиевич подчеркивал уважение и признательность всему авторскому коллективу и каждому автору в отдельности, просил с благодарностью отметить работу технического редактора его текстов, Татьяны Владимировны Ахматчиной. Мы постарались следовать его рекомендациям и ожиданиям и надеемся, что наш совместный труд будет полезен и востребован не только молодыми специалистами, но и профессионалами в области детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии.

*Марина Юрьевна Городнова, Арсений Эдмондович Тарабанов
Санкт-Петербург — Вильнюс, 25 августа 2020 года*

Введение. «Психиатрия, психотерапия и медицинская психология в современном культурном контексте мира и России»

В настоящее время психиатрия и психотерапия — те виды духовной практики, которые, с одной стороны, наиболее востребованы населением разных стран мира, с другой — предмет ожесточенных споров и причина разногласий в профессиональных кругах.

Психиатрия обретает черты гуманной профессии: на смену стеснению в рамках больниц и жесткому патернализму пришли партнерские отношения между врачом-психиатром, врачом-психотерапевтом, клиническим психологом и семейным окружением идентифицированного пациента.

Термин «идентифицированный пациент» (ИП) заимствован из семейной психотерапии и совмещает два других термина — пациент и клиент. ИП — носитель симптоматического поведения (СП). Под СП понимают симптомы психических расстройств, нарушения адаптации, переживания, связанные с семейными конфликтами, прохождением ситуативных и нормативных кризисов и др.

ИП — тот, кого идентифицирует в данном качестве он сам, члены его семьи и помогающий специалист (психиатр, психотерапевт, медицинский психолог).

Психиатрия и психотерапия взаимно обогащают друг друга. Современный психиатр умеет учитывать особенности семейного психологического контекста и других социальных сред, в которых функционирует психически больной ребенок, подросток и взрослый.

Лечение психически больных детей и подростков может осуществлять только врач, имеющий профессиональную подготовку в области психиатрии, психотерапии и клинической психологии. Поэтому, решив написать учебник, коллектив авторов старался соединить данные о психологических особенностях детей и подростков, методах диагностики психических расстройств и их комплексном лечении, которое включает в себя психотерапию и биологические методы.

В 1960-х годах я познакомился с трехтомным «Американским руководством по психиатрии» под редакцией Сильвано Ариети (1959). Поразило то, что в этом руководстве, кроме описания общей и частной психопатологии, биологических методов лечения психических заболеваний, значительное место было отведено описанию различных методов психотерапии.

Нам хочется, чтобы наш учебник по структуре изложения имел сходство со ставшим классикой «Американским руководством по психиатрии», и мы постарались воплотить эту идею, создавая «Учебник детской психиатрии» (2005), а сейчас — данное издание.

Приблизительно 30% материала учебника занимает освещение современных и традиционных методов психотерапии, доказавших свою эффективность в детской и подростковой практике.

К сожалению, в других руководствах по психиатрии описанию методов психотерапии отводится всего несколько страниц.

Учебник написан сотрудниками кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, а также известными специалистами, сотрудничающими с кафедрой.

В него включены лишь те разделы психоневрологии детей и подростков, которые актуальны в настоящее время. Поэтому два автора, А. Ю. Егоров и М. Ю. Городнова, освещают проблемы аддикций.

Учебник предназначен для студентов старших курсов медицинских и психологических вузов, клинических ординаторов и аспирантов.

Коллектив авторов позволил себе изменить сложившийся порядок изложения методов лечения: вначале — современные теории, затем — клиника и лечение.

Принципы медикаментозного лечения нервно-психических расстройств у детей и подростков и характеристики основных классов психотропных препаратов, за исключением антиконвульсантов, приведены в соответствующей главе. Медикаментозная терапия требует большой осторожности и сугубо индивидуального подхода — в выборе как препарата, так и его доз. Психотропные препараты имеют, помимо лечебного, мощные и разнообразные побочные эффекты, искажающие физическое и личностное развитие детей и подростков.

Я согласен с мнением Жан-Пьера Лежандра (1997), директора Детского психиатрического и психотерапевтического центра им. Жана Итара в Ан-немассе (Франция): «В лечении психически больных детей необходимо использовать все средства воздействия на психику, чтобы как можно дольше избегать госпитализации и применения фармакотерапии, которые являются не первым, а последним выбором — “выбором отчаяния”».

Следует помнить, что современные лекарства, используемые в психиатрии, не прошли клинических испытаний на детях.

Изучение схем и алгоритмов медикаментозного лечения студентами, аспирантами и клиническими ординаторами требует непосредственного руководства и контроля со стороны преподавателей.

Задача авторов учебника — выстроить его как синтез психиатрии, психологии и психотерапии, оттенив возрастные особенности детей и подростков, находящие свое отражение в клинике нервно-психических расстройств, механизмах психологической защиты, приспособительных эмоционально-поведенческих реакциях и др.

В настоящее время психотерапия в России переживает бум и превращается в новую самостоятельную специальность, широко интегрируется в разные области медицины. Психиатрия — не исключение.

Настоящий учебник «Детская психиатрия, психотерапия и медицинская психология» является вторым, исправленным и дополненным изданием учебника «Детская психиатрия» 2005 года под редакцией Э. Г. Эйдемиллера — первого в истории отечественной психоневрологии, предназначенного для студентов, аспирантов и клинических ординаторов. Учебник «Детская психиатрия» Г. К. Ушакова (1973) был посвящен психиатрии вообще, детской — лишь в частности.

Психотерапия — это медицина или гуманитарная практика? Теоретическими концептами психотерапии является/являются естественно-научная парадигма (каузальная модель) и/или гуманитарная парадигма?

Для меня психотерапия, несмотря на ее длительный исторический путь становления и развития, — новая междисциплинарная специальность, основанная на естественно-научной и гуманитарной парадигмах, интегрирующая такие духовные практики (по мере их возникновения), как религия, этика, медицина, философия, педагогика, психология и др.

Здесь уместно дать собственное определение психотерапии: психотерапия — новая и одновременно древняя интегративная духовная практика, включающая в себя **другие практики** по мере их возникновения.

Первая из них, по мнению Франца Александера и Шелтона Селесника (1995), — **медицина**. Когда первобытная аморфная общность стала структурироваться, появились вожди, шаманы, воины и другие функционеры. Именно шаманы, жрецы, священники взяли на себя труд лечения, совершая репозиции сломанных конечностей, трепанации черепа и пр. Они же использовали различные естественные биологические вещества. Но самые главные открытия, которые они совершили, — это **мимикрическая, или гомеопатическая, эмпатия**. Когда приносили больного в коме, шаман ложился рядом, синхронизировал дыхание и сердцебиение, впадал в транс. Возникало то, что значительно позже Джейкоб Леви Морено назвал «теле», то есть взаимопроникающая эмпатия.

По мнению современных реаниматологов, такое «живое сопровождение» опекающим лицом пациента имеет сильный терапевтический эффект для последнего.

Трансовое изменение сознания у идентифицированного пациента (ИП) и психотерапевта является важнейшим подтверждением качественного взаимодействия трансфера и контртрансферного. Поэтому первую духовную практику можно назвать **«Медицина. Психотерапия»**.

Умение управлять степенью трансового изменения сознания является важнейшей профессиональной характеристикой помогающего специалиста.

Вторая — религия. Священник и психотерапевт помогают страдающим и поддерживают их. В поведении священника и психотерапевта много похожего, а кардинальное отличие заключается в том, что священник действует от имени Бога и религиозной традиции, психотерапевт — исходя из запроса ИП.

Священник имеет право оценивать поведение паствы, у психотерапевта такого права нет.

Третья — педагогика. Здесь уместно вспомнить высказывание великого просветителя эпохи Ренессанса Яна Амоса Коменского: «Сначала полюби, а потом обучай». Признавая справедливость данных слов, следует сделать коррекцию: «Сначала полюби, а потом создай условия, чтобы люди могли учиться».

Четвертая — философия. В свое время философию справедливо называли «королевой наук». В настоящее время, в связи с успехом точных и естественных наук, они присвоили себе многие функции философии, так же поступили и гуманитарные науки, литература и искусство.

Достаточно вспомнить выдающегося физика-теоретика Альберта Эйнштейна, предсказавшего существование бозонов. Нобелевский лауреат, физик-теоретик Питер Хиггс доказал их существование, а дальнейшие исследования на Большом адронном коллайдере позволили их обнаружить. Бозоны П. Хиггса претендуют на роль первоосновы Вселенной.

Известный отечественный физик А. Б. Мигдал теоретически доказывал Красоту и Гармонию Вселенной.

Такие исследования и теории обладают несомненно большей доказательностью, чем постулаты философии.

Пятая — психология. Большинство теорий, лежащих в основе методов психотерапии, принадлежат психологии.

Наконец, **шестая — политика.** По мнению американских семейных терапевтов М. С. Уили и Марка Каррела (2007), политика — это умение людей оказывать влияние. Самый эрудированный и высокоморальный человек не сможет работать политиком, священником, психотерапевтом, педагогом и т. д., если он не обладает даром оказывать влияние.

Духовная практика — термин, родившийся в результате компромисса науки и искусства. В нашем понимании это формулирование, выдвижение и реализация идей, способствующих переживанию комфорта каждым отдельным человеком и человечеством в целом.

Следовательно, психотерапевтическая деятельность в нашей стране не должна быть привилегией одних врачей, а осуществляться и психологами, и социальными работниками, то есть профессионалами, имеющими соответствующую додипломную и последипломную подготовку и несущими юридическую ответственность за свою деятельность.

Следует сказать, что вне зависимости от того, кто будет проводить психотерапию — врач, психолог или специалист по социальной работе, — все эти специалисты должны пройти подготовку по психиатрии и неврологии.

ПРИМЕР

На занятия групповой психотерапии приходил мужчина 40 лет, который лечился в психиатрическом стационаре с диагнозом «невротическое расстройство». Психолог, проводившая групповую психотерапию, обратила внимание на то, что едва успев сесть в кресло, он тут же засыпал. Сон был настолько глубоким, что первоначальная гипотеза, что сон является своеобразной формой защитного поведения, была отринута. Психолог поделилась своей тревогой из-за необычного поведения пациента в группе с его лечащим врачом. Проведенные рентгенологические исследования выявили опухоль головного мозга, так возникла необходимость в нейрохирургическом лечении.

Знание психиатрии и неврологии позволяет психотерапевту увидеть за озвученными клиентом психологическими проблемами признаки болезни, если она есть, и признаки здоровья, спрятанные за психологическими коллизиями в жизни клиента.

Я в своей работе почти не пользуюсь терминами «пациент» или «клиент». Когда семья приходит на прием, психиатру и/или психотерапевту предстоит ответить на вопрос: кто здоров, а кто болен? Симптомы у ребенка — фобии, тики, манкирование учебой, упрямство, грубость — часто являются отражением дисфункции семейной жизни.

Можно предложить еще несколько определений психотерапии. Психотерапия — это система психологических воздействий на ИП, группу, семью как открытые живые системы с целью оптимизации его/их функционирования. С моей точки зрения, данное определение, психологическое по своей сути, опирается на основные положения системного подхода, которыми наиболее плодотворно пользуются в семейной психотерапии (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис, 1999; Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова, В. В. Юстицкис, 2000).

Системное определение: психотерапия — система психологических воздействий на ИП или группу как открытую живую систему с целью оптимизации его/ее функционирования.

Наконец, определение психотерапии, которое тоже относится к психологическим, но в нем лучше подчеркнуты партнерские отношения психотерапевта и клиента: психотерапия — это психологическое взаимодействие психотерапевта/психотерапевтов и ИП, группы, в результате чего осуществляются конструктивные изменения и личностный рост каждого участника взаимодействия.

Две метафоры, отражающие суть психотерапевта:

1. Здоровый или выздоравливающий **Сталкер**, который сопровождает нуждающихся в помощи по маршруту исследования их проблем. Главные функции Сталкера: сопровождение, побуждение к достижению цели и обеспечение безопасности.

2. **Арфа**. У арфы — семь педалей. Чтобы настроить инструмент с их помощью, нужно много времени. Психотерапевту тоже приходится настраивать «педали», как до психотерапии, так и во время нее: эти «педали» — интерес, эмпатия, надежда, терпение, квалификация, следование за (tracing), выстраивание терапевтических гипотез.

Психотерапия по сути — это превращение словоблудия идентифицированного пациента (ИП) с помощью психотерапевта в аутентичные слова, чувства и поступки. Обоснование термина ИП приведено далее. Словоблудие — блуждание, потеря в результате шока слов, чувств и намерений совершать поступки в лабиринтах психологического пространства ИП.

В процессе психотерапии тандем «психотерапевт — ИП» с помощью психологических вмешательств способствует трансформации содержания переживаний в структуру переживаний. Переживания ИП по содержанию весьма разнообразны, а по структуре во многом идентичны. Осознание этого позволяет ему достигать катарсиса и инсайта.

Можно продолжить ряд определений психотерапии, не менее эффективно это сделают и другие специалисты. Однако возникает очередной вопрос: почему мои определения, по своей сути, в большей степени являются психологическими, нежели медицинскими? Отвечая на него, я, будучи врачом по образованию и по специальности, хочу поддержать психологов, оказывающих психотерапевтические услуги, поскольку их роль и место в современном культурном и административном контексте России весьма значительны, но они неравноправны по сравнению с врачами.

Законодательство РФ, регулирующее оказание медицинских услуг, закрепляет право лечить только за специалистами медицинского профиля и оставляет за скобками деятельность психологов, педагогов, специали-

стов по лечебной физкультуре, не имеющих медицинского образования, работающих в органах здравоохранения и вне их. Законодательная база о здравоохранении была создана на основании редуccionистских теорий здоровья и болезни и требует существенной модернизации.

Чтобы понять роль и место психиатрии и психотерапии в культурном контексте мира и современной России, необходимо осветить культурный контекст в его развитии везде и в России в частности.

В развитии культуры выделяют четыре эпохи (Э. Г. Эйдемиллер, 2000; Ф. Александер, Ш. Селесник, 1995; В. Зельцер, 1999, 2000):

1. Премодерн.
2. Модерн.
3. Постмодерн.
4. Эпоха явной поляризации сил добра и зла.

В эпоху **премодерна** мышление человека было магическим, поэтому главенствующими методами психиатрии и психотерапии, сохранившими свое значение и сейчас, были разные религиозные ритуалы, гипноз и методы психотерапии, основанные на феномене внушения и самовнушения.

Для эпохи модерна, которая условно начинается с работ Р. Декарта и Д. Локка, характерно стремление находить (или приписывать) причинно-следственные связи в природе и поведении людей. Важным инструментом в познании психики становится метод: это психоанализ З. Фрейда, основанный на наблюдении и интроспекции, теория условных рефлексов И. П. Павлова и основанные на ней методы поведенческой психотерапии. Психоневрология — понятие, ассоциирующееся с фигурой В. М. Бехтерева, была попыткой целостного понимания человека, его здоровья и болезней.

Психоневрология стала предшественницей биопсихосоциальной модели болезни и здоровья человека Дж. Л. Энгеля, согласно которой заболевание рассматривается как страдание на биологическом, психологическом и социальном уровнях.

Здесь следует подробнее остановиться на основных положениях, которые вызывают дискуссии в методологии современной психиатрии и психотерапии: метод, направление, школа и техники.

Метод — определяемые границы единства и взаимодействия теории и практики. Применительно к психотерапии можно сказать, что психоанализ имеет две ипостаси: мировоззрение и метод психотерапии. Метод — технологическое воплощение теории/теорий.

Направление — группа методов в психиатрии и психотерапии, имеющих больше сходства, чем различий в теории; имеющих общие и разные черты в практическом, то есть технологическом, воплощении этих теорий.

В качестве примера сошлемся на психобиологию Адольфа Майера. А. Майер использовал основные положения психоанализа для объяснения психосоциогенеза психических расстройств. Он описал типы реагирования — параноидный, шизофренический, депрессивный и др. В ответ на определенные нарушения во внутриличностном и межличностном пространстве человека формируются так называемые психоневрозы в форме, например, шизофренического типа реагирования с соответствующей клинической картиной (Ариети С., 1959). В настоящее время многие теоретические положения этого направления в психиатрии подвергнуты ревизии, но близкое к нему направление — динамическая психиатрия — успешно развивается (Г. Аммон, 1996; М. М. Кабанов, 1998).

Школа — это персонификация направления или метода психотерапии (есть основоположник теории, ее методология, концепция и программы обучения, система верификации результатов, исследования эффективности и т. д.). Например, психоанализ З. Фрейда, аналитическая психодрама Д. Л. Морено, гештальт-терапия Ф. Перлза, патогенетическая психотерапия неврозов В. Н. Мясищева, динамическая психиатрия Г. Аммона и другие.

Техники — это конкретные технологические действия в рамках психотерапевтического процесса, определяемого параметрами направления или метода. Следует сказать, что техники часто не имеют специфических признаков, позволяющих относить их к тем или иным методам психотерапии. К примеру, работа со стульями в равной степени относится и к аналитической психодраме, и к гештальт-терапии.

Культура эпохи постмодерна не только включает в себя признаки предыдущих эпох, но и имеет собственные характерные признаки:

- принцип ризомы (Ж. Делез, Р. Гваттари) предполагает новый способ структурирования в отношении как знания, так и мировосприятия в целом. Ризома — термин, пришедший из биологии. Существуют растения, у которых нельзя отличить, что относится к растению, а что — к почве. Таким образом, ризома — это метафора тесного взаимодействия (контекста). Для описания этого принципа в наибольшей степени подходят понятия «контекст переживаний», «взаимодействие», «семейный контекст», которые пришли из семейной психотерапии (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 1999; М. Николс, 1984; Дж. Браун, Д. Кристенсен, 1999). Контекст бытия — поле описания всего того опыта, который входит в рамки исследования/описания. При этом отсутствует классическое деление на целое, частное, подчиняющее и соподчиненное. Речь идет о неоднородном поле идентичности.

Контекст характеризуется несимметричностью, вследствие чего так называемая периферия бытия может оказаться более значимой, чем

«центр». В аналитической психодраме, которой я занимаюсь много лет и которую считаю одним из наиболее универсальных и эффективных методов психотерапии, пригодных для детей, подростков и взрослых, «маленькие» детали, например уточнение цвета обоев и времени суток, открыты или закрыты двери в комнатах, в психодраме протагониста имеют подчас большее значение для достижения ими инсайта и катарсиса, чем формулирование и проговаривание им основной темы. Ризома пришла на смену структуре.

Граница становления эпохи постмодерна — подвижная, охватывает конец 1920-х годов и 1990-е:

- критика абсолютизма разума, так называемого научного познания, основанного на догмате измерения. Помимо измерений, в современной психологии наиболее важным стало вслушивание, вчувствование, взаимная эмпатия. Диктатура рационального объяснения, действия, последствия и следствия уступила место созданию и воссозданию контекста множественной intersубъективности;
- критика классической противопоставленности субъекта и объекта. Согласно данному критерию взаимоотношения психотерапевта и клиента следует рассматривать как intersубъективные.

На сеансе индивидуальной психотерапии в случае явлений переноса и контрпереноса происходит взаимное выстраивание образов друг друга психотерапевтом и клиентом (рис. 0.1).

В начальной фазе психотерапии психотерапевт, имеющий личную биографию, соответствующие профессиональные качества, опыт самораскрытия и инвентаризации личного психологического пространства, проницаемые внутренние и внешние границы «Я», демонстрирует клиенту эмпатию, принятие его таким, какой он есть, инициативу. Клиент же предъявляет психотерапевту свои страхи, тревогу, ригидные паттерны эмоционально-поведенческого реагирования, а также веру и надежду, что психотерапевт ему поможет. Границы личностного пространства клиента либо размытые, либо жесткие, большая часть его потенциала оказывается невостребованной.

В средней фазе психотерапии продолжается процесс взаимодействия, в котором важнейшими сенсациями являются взаимовосприятие, взаимная акцептация личного материала психотерапевта и клиента, причем психотерапевт, в этом его сила и профессионализм, усваивает для себя лишь то из материала клиента, что способствует умножению его потенциала и опыта. Границы клиента становятся более проницаемыми, вследствие чего он способен осуществлять инвентаризацию и коррекцию своего и чужого опыта.

В заключительной фазе психотерапии клиент завершает «встраивание» в себя материала, который образовался в процессе взаимоотношений/взаимодействий с психотерапевтом, инвентаризацию и коррекцию своего опыта. Наличие проницаемых внешних и внутренних границ позволяет ему осуществить интеграцию уже имевшегося опыта и вновь приобретенного. Это полностью самостоятельная аутентичная личность, освободившаяся от зависимости от психотерапевта. Психотерапевт в результате общения с клиентом либо подтверждает, либо подвергает сомнению опыт переживания, который был у него ранее. Если терапевт занимается психотерапией на профессиональном уровне, он всегда будет в выигрыше при выстраивании собственной личности, если непрофессионально — противопереносы разрушают его личность.

В эпохе постмодерна подвергается критике принцип функциональности, предполагающий жесткое слияние предназначения личности, ее судьбы и аутентичности с выполнением социальных ролей. В тоталитарных обществах принцип функциональности был жестко самодовлеющим, каждый человек рассматривался как элемент большой государственной машины.

Преобладающими теориями в философии и психотерапии становится теория социального конструктивизма и нарративный (описательный) подход (Efren J. S., Lukens M. D., 1992; Seltzer W. J., 2000). Благодаря работам чилийских биологов Умберто Матураны и Франсиско Варелы стало понятным, что так называемые очевидные в биологии факты далеко не всегда являются таковыми. Очень трудно отнести тот или иной вид животных, организмов на определенные позиции классификаций. Так, большую панду одно время относили к медведям, потом — к енотам, затем — снова к медведям, причем оказалось, что и еноты, и медведи являются представителями одной большой семьи.

Суть конструктивизма заключается в осознании того, что наши предположения о мире невозможно непосредственно подтвердить.

«Язык — это самое главное, без него невозможны были бы такие сложные согласования действий в социальном сообществе, и именно поэтому конструктивисты настаивают на том, что человеческие жизни, в сущности, являются “разговорами”. Следовательно, конструктивистская психотерапия в фигуральном и буквальном смысле представляет собой особую форму “разговора”» (Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова, В. В. Юстицкис, 2000, с. 86).

Основное допущение конструктивистских и нарративных психотерапевтов заключается в том, что все, что мы говорим, опирается на какую-то традицию, на то, что мы привыкли что-то понимать определенным образом, и все сказанное имеет смысл лишь в рамках данной традиции. Если что-то вырвать из контекста, оно потеряет смысл. Если мы поместим фрагмент

сообщения в новый контекст, он будет означать что-то другое. Понимание между людьми возникает в условиях взаимосозданного и взаиморазделяемого контекста переживаний. «Стол — то, что наиболее часто обозначается этим словом» — это утверждение справедливо лишь тогда, когда общающиеся договорились о границах контекста взаимоотношений и о способах проверки качества понимания. При нарушении этих условий «стол» в нашем понимании может трансформироваться в «стул». Главный тезис конструктивистского и нарративного подходов — «практичность» вместо «истинность». Наверное, из всех сфер социального функционирования общение в семье и в ситуации психотерапии имеет больше всего шансов иметь признаки «понимающего общения». Ответственность за свое самоопределение и самоактуализацию является прерогативой личности. Речь идет об ответственном самоформировании (Петер Козловски).

Главенствующей ценностью эпохи постмодерна является свобода, которая предполагает, кроме прочего, отказ от завоевательности и расширительности в области духовных практик. К сожалению, опыт общения и взаимоотношений психотерапевтов в России противоречив: все говорят об объединении, при этом продолжается конкурентная борьба представителей разных школ, ассоциаций, учреждений и просто отдельных специалистов.

Тема, которая волнует всех, но о которой не говорят вслух, — власть и деньги. Кто будет определять параметры специальности, стандарты обучения и сертификации, иметь большее влияние — неявный при декларировании, но более чем явный в поступках лейтмотив развития психотерапии в современной России.

Преодоление научного монизма и декларация множественности форм познания. Отношения традиционной медицины, в частности так называемой научной психотерапии, с альтернативной медициной и психотерапией характеризуются закрытостью и враждебностью. Причем большую враждебность демонстрирует официальная медицина, а альтернативная отвечает ей игнорированием.

Если мы не знаем механизмов лечебного действия методов нетрадиционной медицины, то должны констатировать, что многие целители обладают такими важными качествами, как умение осуществлять присоединение, наводить трансы, стимулировать переносы, вселять веру и надежду. Вопрос в том, как будут использованы эти возможности.

Наконец, в эпоху постмодерна актуализируются качества готической культуры с ее стремлением к чистоте. Функциональность заменяется принципом органичности. Все многообразие природы, человеческого бытия понимается как взаимосвязанное и живое, развивающееся по своим законам.

Метафорой этого принципа может служить ландшафт, в котором есть река, луга, кустарники, деревья, разная самоценная живность, ни в коем случае не выступающая в роли «младших братьев»; небо, солнце и человек, который пытается научиться неагрессивному существованию.

Эпоха поляризации сил добра и зла. Настоящее время характеризуется блестящими прорывными открытиями в точных и естественных науках, великими свершениями в искусстве и гуманитарном познании. В то же время обозначился явный конфликт Культуры и Цивилизации. Культура способствует усложнению жизни, цивилизация, наоборот, упрощает жизнь и делает ее более комфортной, автоматизированной. Донор и реципиент культуры вынуждены творчески оценивать свою жизнь и прилагать усилия, чтобы оставаться в парадигме культуры, то есть усложнения.

Глобализация, унификация опыта, онлайн-поведение способствуют не только обретению комфорта, но и «отчуждению» от самоценности живого.

Глобализация также приводит к общемировому межконфессиональному напряжению и апелляции к силе при разрешении конфликтов.

Следует помнить главную заповедь биологии человека: его гармония — это гармония первой и второй сигнальных систем. Цивилизация способствует игнорированию богатств первой системы.

Другая тенденция современной эпохи — **социальный схизис**. В речи многих людей — политиков, чиновников, руководителей разного ранга — наблюдается амбивалентное сочетание фраз, из-за чего смысл высказываний исчезает.

Многие термины противоречивы. Например, Университет путей сообщения (название придумано. — *Ред.*): здесь противоречиво соединены универсальность (от *лат. universalis* — «общий, всеобщий») и локальность — пути сообщения. Другой пример — губернатор области, а не губернии.

И самое важное — прогрессирующее социальное расслоение во многих странах мира.

Можно сказать, что две тенденции развития современной цивилизации — глобализация и социальный схизис — взаимно компенсируют друг друга.

В настоящее время исследователи (Б. Д. Карвасарский, 2000; В. В. Макаров, 2000) насчитывают от 500 до 1000 методов психотерапии. Очевидно, что их значительно меньше, а увеличение количества связано с тем, что каждый психотерапевт стремится скорее персонифицировать свой опыт, нежели признаться в том, что он является учеником и последователем другого психотерапевта.

Чтобы лучше ориентироваться в многообразии методов и техник психотерапии, стоит воспользоваться предложением М. М. Решетникова (2000)

и разделить методы психотерапии по следующим направлениям (Э. Г. Эйдемиллер, 2000):

- 1) методы психотерапии, основанные на внушении и самовнушении;
- 2) поведенческая психотерапия;
- 3) когнитивная психотерапия.

Два последних направления многие исследователи объединяют (А. П. Федоров, 1998; А. Б. Холмогорова, 2000).

- 4) психоанализ и психоаналитическая (психодинамическая) психотерапия;
- 5) экзистенциальная (гуманистическая) психотерапия;
- 6) семейная психотерапия.

Разумеется, в современной России одни направления психотерапии развиты лучше, как, например, первое, второе и четвертое, а другие — значительно хуже, скажем, нейропсихоанализ.

Выделение семейной психотерапии в самостоятельное направление достаточно спорно и имеет в нашей стране больше противников, чем сторонников.

Какие у меня есть основания называть семейную психотерапию самостоятельным направлением?

Во-первых, собственный психотерапевтический опыт. Мне повезло быть вместе с В. К. Мягер и А. И. Захаровым — основоположником семейной психотерапии в СССР и России. Мы поняли, что семья является уникальным социальным организмом, имеющим свои уникальные специфические признаки, механизмы и теории функционирования:

- 1) структура базисных семейных ролей;
- 2) учение о вертикальных и горизонтальных стрессорах — концепция «патологизирующего семейного наследования» (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис, 1990; М. Николс, 1984; Дж. Браун, Д. Кристенсен, 1999);
- 3) семья как живая открытая система, функционирующая в неравновесных условиях;
- 4) семейные подсистемы и границы;
- 5) семейные мифы;
- 6) семейные когнитивные сценарии, «наивная семейная психология» В. В. Юстицкиса и Э. Г. Эйдемиллера (1990; 1999).

Во-вторых, наличие разнообразных теорий, объясняющих функционирование семей как целого.

В-третьих, близость и взаимопроникновение этих теорий в объяснении функционирования семей — психодинамические, системные, структурные, коммуникативные и стратегические теории семейной психотерапии скорее дополняют друг друга, чем претендуют на самостоятельность.

В-четвертых, именно в семейной психотерапии впервые получили развитие конструктивистский и нарративный подходы, которые, с моей точки зрения, явились своеобразной интеграцией философии постмодерна, теории и практики психоанализа, системного подхода (общей теории систем Людвига фон Берталанфи), психотерапии, основанной на опыте В. Сатир и К. Витакера.

В настоящее время доказан факт, что использование семейной психотерапии в комплексном лечении и реабилитации больных с психозами, невротическими и психосоматическими расстройствами повышает эффективность на 40% (Э. Г. Эйдемиллер, 2000).

Авторы «Учебника детской психиатрии» излагают материалы в соответствии с требованиями МКБ-10 (Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; десятый пересмотр), при этом они пользовались отечественными традициями преподавания психиатрии и придерживались традиционной классификации психических расстройств у детей и подростков.

Для ознакомления приведена классификация PDM, основанная на идеях психоанализа.

Некоторые классы расстройств не нашли отражения на страницах учебника, а некоторые изложены конспективно. Мы отважились включить в него в качестве самостоятельной главы суицидальное поведение. Это связано с тем, что суициды стали в настоящее время одной из самых актуальных проблем — не только и не столько в психиатрии, сколько в рамках всего человечества.

Вряд ли этот учебник был написан, если бы не дружеская поддержка наших родных и близких. Большое им спасибо!

Особая благодарность — нашим друзьям и коллегам — тем, кого уже нет рядом: Г. Б. Абрамовичу, Е. С. Авербуху, С. И. Коган, А. Е. Личко (Санкт-Петербург), С. С. Мнухину, В. Н. Мясищеву, Д. С. Озерецковскому (Санкт-Петербург), П. И. Ивайкову и О. И. Тарасовой (Республика Мари Эл).

Для всех нас большая честь, что мы учились и прислушивались к советам учителей и коллег, опытом которых имеем счастливую возможность пользоваться и сейчас благодаря непосредственному контакту с ними: В. И. Гарбузова, Р. М. Грановской, Ю. М. Губачева, В. Д. Вида, А. И. Вовка, А. И. Захарова, Д. Н. Исаева, Г. Л. Исуриной, В. Е. Кагана, Б. Д. Карвасарского, С. С. Либиха, Ю. В. Попова, Л. П. Рубиной, Б. Е. Микиртумова, В. С. Плаксиной, В. К. Смирнова, В. А. Ташлыкова, А. П. Федорова (Санкт-Петербург), В. Д. Менделевича (Казань), Ю. С. Шевченко, А. А. Северного (Москва). Большое вам спасибо!

Мы не можем не упомянуть с благодарностью замечательных психотерапевтов, которые живут за пределами России и которые щедро дели-

лись с нами своим опытом: Ирйо Аалтонена (Финляндия), Джил Горел Барнс, Аллана Куклина, Джефа Робертса, Роуз Эчкамб (Великобритания), Жан-Батиста Гильомина, Жан-Поля Лежандра (Франция), Дэвида Киппера (США), Грету Лейтц (ФРГ), Стефана Ледера (Польша), Киршти Хааланд (Норвегия) и многих других.

Настоящий учебник предназначен для студентов старших курсов медицинских и психологических вузов, интернов и клинических ординаторов.

В заключение хочу высказать пожелание себе, своим коллегам и ученикам: учиться пониманию, терпению и толерантности, расти самим и не мешать росту других.

*Профессор Эдмонд Эйдемиллер,
январь 2020 года*

Глава 1. Психоаналитические и неаналитические теории развития личности детей и подростков

Психоаналитические теории развития

Васильева Н. В.

В результате многолетних клинических исследований психоанализ сложился как одна из наиболее фундаментальных теорий личности. Современная психоаналитическая теория представляет собой систему научных концепций, разрабатываемых как клинически, так и экспериментально. Психоанализ к настоящему времени — это не целостная законченная теория, в процессе развития возникли и завоевали свое право на жизнь разные школы мысли, каждая со своими теориями, техниками, клинической культурой. В течение многих десятилетий эти школы соревновались друг с другом за право монопольного объяснения психической жизни человека. Однако в настоящее время многие психоаналитики придерживаются плюралистской позиции, считая, что теоретическая разнородность психоаналитических направлений не является взаимоисключающей, а расширяет понимание клинического опыта. По мере развития психоаналитической теории направление возрастного развития вышло на первый план, и именно оно является сегодня краеугольным камнем психоанализа.

Зигмунд Фрейд

Для психоанализа характерен психогенетический взгляд на развитие личности: каким образом прошлое индивида повлияло на его функционирование в настоящем. С тех пор как клиническая работа привела Зигмунда Фрейда к исследованию психического конфликта, отправной точкой психоанализа стало его убеждение, что неврозам взрослых предшествовал некоторый опыт детства и что от симптома эмоционального происхождения нельзя избавиться, пока его происхождение и развитие не будут прослежены.

Фрейд предлагал пациентам свободно выражать свои мысли и обнаружил, что ассоциации уводили их непременно назад, к важным событиям в детстве. Ребенок стал центральной фигурой в конфликтах взрослого. («Ребенок — отец человека»). Таким образом, первые попытки понять младенчество и детство были основаны на реконструкции ранних периодов, полученных из воспоминаний взрослых пациентов.

По мнению З. Фрейда, личность развивается в ответ на четыре главных источника напряжения:

1. Процессы созревания (физиологический рост).
2. Фрустрации.
3. Внутренние конфликты.
4. Внешние угрозы (опасности).

Эти источники вызывают напряжение. Как следствие, индивид вынужден обучаться новым методам снижения напряжения. Это обучение и подразумевается под термином *личностное развитие*. Индивид учится справляться с фрустрациями, конфликтами и тревогами разнообразными способами, прежде всего *идентификацией* и *замещением*.

Идентификация — метод, посредством которого человек перенимает черты другого человека и делает их неотъемлемой частью собственной личности. Он учится снижать напряжение, моделируя свое поведение по подобию другого. Мы выбираем моделями для себя тех, кто нам кажется более успешным в удовлетворении своих потребностей, чем мы сами. Ребенок идентифицируется с родителями, так как они представляются ему всемогущими, по крайней мере в раннем детстве. По мере роста он находит другие образцы для идентификации — людей, чьи достижения больше соответствуют его текущим желаниям. В каждом периоде развития есть свои, характерные для данного периода фигуры идентификации. Большинство этих идентификаций происходят бессознательно — без сознательных намерений с нашей стороны. Необязательно идентифицироваться с другим во всех аспектах. Обычно человек отбирает и переводит во внутренний план лишь те черты другого, которые, по его мнению, помогают достичь желанной цели. Можно идентифицироваться не только с людьми, но и с животными, придуманными персонажами, организациями, абстрактными идеями и неодушевленными предметами.

Окончательная структура личности представляет собой ряд многочисленных идентификаций, сделанных в разные периоды жизни человека, хотя, по всей вероятности, мать и отец остаются наиболее важными фигурами идентификации в жизни каждого.

Замещение. Когда исходный объект инстинктивного выбора оказывается недоступен вследствие внешних или внутренних барьеров, образуется побудительная сила к другому объекту. Фрейд говорил, что развитие цивилиза-

ции стало возможным как результат подавления первичных выборов объекта и перенаправления инстинктивной энергии в социально приемлемые и создающие культуру каналы (1930). Замещение, которое приводит к более высоким культурным достижениям, называется *сублимацией*. В этой связи Фрейд рассматривал интерес Леонардо да Винчи к изображению Мадонны как сублимационное выражение его стремления к матери, с которой он был очень рано разлучен. Поскольку сублимация (как любое другое замещение) не приводит к полному удовлетворению, всегда поддерживается некоторое остаточное напряжение. Оно может разряжаться в форме нервозности, беспокойства, нетерпеливости. Фрейд считал, что это цена, которую человек платит за цивилизованное состояние.

Действуя посредством родителей и других властных фигур, общество разрешает определенные замещения и делает неприемлемыми другие. Например, ребенок обучается тому, что можно сосать соску, а не большой палец.

Способность формировать привязанность к заместительным объектам — наиболее влиятельный механизм развития личности. Сложная сеть интересов, предпочтений, ценностей и установок, которые характеризуют взрослого человека, становится возможной в результате замещений. Если бы психическая энергия не обладала свойствами перемещения и распределения, то не было бы и развития личности. Человек был бы просто механическим роботом, принужденным выполнять заданные инстинктами паттерны поведения.

3. Фрейд предложил первую психоаналитическую теорию развития, впоследствии ставшую известной как *теория психосексуального развития*. Назвав последовательные стадии сексуального развития, он определил их в терминах способов реагирования, свойственных определенной области тела. Фрейд выделил оральную, анальную, детскую генитальную (фаллическую), латентную и генитальную стадии развития. Итоговая организация личности есть общая составляющая их всех. В результате прохождения стадий развития индивид постепенно превращается из настроенного на удовольствия ребенка в социализированного и ориентированного на реальность взрослого.

Оральная фаза. Основной источник удовольствия локализуется в области рта. Существует два типа оральной активности: прием пищи и кусание. Данные типы активности представляют собой прототипы многих более поздних черт характера. Удовольствие от приема пищи в дальнейшем переводится на другие виды «приема», такие как получение знаний или владение чем-либо. Легковерный человек, например, — это человек с фиксацией личности на оральном уровне «приема внутрь»: он «проглотит» практически все, что бы ему ни сказали. Кусание или оральная агрессия позднее могут быть заменены сарказмом и склонностью спорить. Более того, поскольку

оральная фаза совпадает во времени с периодом полной физической и психологической зависимости младенца от матери, весь спектр чувств зависимости родом из этого периода. Чувства зависимости сохраняются в течение всей жизни; несмотря на развитие Эго в дальнейшем, человек обречен всегда переживать их в состоянии тревоги или неуверенности.

Анальная фаза. Начинается вместе с обретением способности контролировать сфинктеры. Начало приучения к туалету, обычно на втором году жизни, — серьезное испытание для ребенка. Он впервые сталкивается с попытками внешнего управления инстинктивными импульсами (первый опыт социализации). Ему приходится учиться откладывать удовольствие, которое возникает после облегчения кишечного напряжения.

Конкретный метод приучения к горшку, применяемый к ребенку, и чувства родителей по отношению к акту дефекации имеют далеко идущие последствия, оказывая влияние на формирование специфических черт характера. Если мать очень строга, а методы подавляющие, ребенок может удерживаться от дефекации и разовьется запор. Этот способ реагирования может распространиться на другие области поведения, и тогда у ребенка разовьется «удерживающий» характер. Он станет упрямым и скупым либо под воздействием подавляющих методов приучения к горшку может начать выражать свой гнев, совершая дефекацию в самое неподходящее время в самом неподходящем месте. Это прототип разнообразных реакций, направленных вовне, — жестокости, разрушительности, неопрятности, истерических припадков и пр.

С другой стороны, если мать поощряет, а не заставляет ребенка пользоваться туалетом, и хвалит его всякий раз, когда это удастся, у ребенка сформируется представление, что весь процесс чрезвычайно важен, а сам он способен созидать нечто весьма ценное. Эта мысль есть основа последующего творчества и продуктивной деятельности.

Фаллическая (детская генитальная) фаза. Следующий период психосексуального развития связан с возрастанием и концентрацией сексуального интереса. Первоначально Фрейд назвал эту фазу **детской генитальной организацией**. Интерес Фрейда к ней ограничился мужским развитием, поэтому впоследствии он назвал ее фаллической фазой. Он считал, что и мальчики, и девочки направляют свой интерес к фаллосу. (Со времени Фрейда, однако, произошли значительные изменения в теории. Современная психоналитическая теория описывает две отдельные линии психосексуального развития и половой идентификации — для мальчиков и для девочек.)

Интерес к гениталиям и анатомическим особенностям начинается у всех детей примерно с третьего года. Происходит это в связи с подъемом эротической чувствительности и локализацией новых ощущений в генитальной области. Интерес к функционированию половых органов и удовольствие

от мастурбационной активности настраивают течение фазы на появление **Эдипова комплекса**. Сам Фрейд считал, что идентификации на фазе Эдипова комплекса являются одним из самых значительных его открытий. Вкратце, Эдипов комплекс состоит из сексуального влечения к родителю противоположного пола и враждебности к родителю одного с ребенком пола. Мальчик хочет обладать матерью и избавиться от отца. Девочка хочет обладать отцом и занять место матери. Эти чувства проявляются в фантазиях, а также в чередовании любящих и бунтарских действий по отношению к родителям. Поведение ребенка от 3 до 5 лет в большой степени отмечено работой Эдипова комплекса, и хотя после 5 лет он модифицируется и подвергается подавлению, все-таки остается ядром личности в течение всей жизни. Отношение к противоположному полу, к людям, наделенным властью, способность соперничать (сравниваться) — все это в большой степени является производным Эдипова комплекса.

Латентный период. Возраст от 6–7 лет до наступления пубертата Фрейд назвал латентным, желая отразить, что это время уменьшения явных сексуальных проявлений. В данный период ребенок претерпевает множество изменений в развитии. До определенной степени он отказался, разрешил или подавил желания Эдиповой фазы вследствие работы и развития Эго и Суперэго. Эго уже гораздо больше контролирует инстинктивную активность, становится возможной сублимация активности драйвов. Одновременно с этим находятся более адаптивные формы удовлетворения. Все более расширяющаяся социальная среда обеспечивает ребенка приятными социальными переживаниями, опытом, обучением, что увеличивает возможности для развития сублимации.

Относительное равновесие латентной фазы нарушается биологическими изменениями пубертата, во время которого генитальные импульсы становятся более интенсивными.

Подростковый период. Биологические изменения пубертата оказывают значительное влияние на психическое развитие. Гормональные сдвиги нарушают установившийся в латентной фазе баланс между Эго и Суперэго, между инстинктами и защитами, возвращают конфликты из более ранних фаз развития. Но теперь, на этой фазе, у подростка формируется необходимый физический аппарат для осуществления своих желаний, а также когнитивная зрелость, чтобы понять значение детских инцестуозных фантазий. В результате у подростка появляется потребность подавить содержание ранних фантазий. Одновременно возникает желание освободиться от прежних табу против сексуального удовлетворения. Все это вместе создает значительный конфликт. Молодой человек должен найти новые объекты удовлетворения сексуальных потребностей. Это требует длительного времени приспособления, в течение которого подросток не только отделяется

от родителей как от объектов любви и зависимости, но и освобождается от их идеализированных образов носителей авторитета.

Вкратце, основная задача подростковой фазы заключается в том, чтобы «принять свою сексуальность». Сюда входит и приобретение зрелого в сексуальном плане тела, и достижение равновесия между драйвами, Эго и Суперэго, а также между объектами прошлого и будущего.

Несмотря на выделение четырех стадий личностного роста, Фрейд считал, что не существует четких возрастных граней между ними или резких переходов из одной фазы в другую. Итоговая организация личности есть составляющая прохождения всех стадий.

Теория Фрейда в своем позднем варианте была попыткой совместить две стороны в познании человека: научный взгляд на человека как на представителя биологического вида, с его физиологическими механизмами развития и функционирования, и гуманистический взгляд на человека как носителя субъективного опыта и смыслов, вырастающих из взаимоотношений с окружающими людьми. Эта попытка синтеза не смогла, однако, привести к созданию единой теории. Последователи Фрейда пошли путем изучения отдельных сторон личности, делая акценты либо на межличностных аспектах формирования личности (взаимоотношения между Эго и Суперэго в терминологии структурной теории), либо на биологическом уровне влечений и инстинктов (взаимоотношения между Ид и Эго). Результатом стало постепенное оформление двух направлений в психоанализе: Эго-психологии и Школы объектных отношений. Психоаналитики, считающиеся родоначальниками двух этих направлений, Анна Фрейд и Мелани Кляйн, являлись одновременно основоположниками детского психоанализа.

Мелани Кляйн (1902–1960) и Британская школа объектных отношений

Мелани Кляйн считается одной из центральных фигур в современном психоанализе, поскольку она раздвинула границы понимания человеческой психики, обратив внимание не только на конфликты Эдипова комплекса, но и на бессознательную эмоциональную жизнь ребенка раннего возраста, на первом году жизни. М. Кляйн была пионером детского психоанализа, стала использовать детскую игру как эквивалент свободных ассоциаций взрослого и по игре изучала бессознательные фантазии и тревоги.

С точки зрения Мелани Кляйн, человек рождается с двумя мощными примитивными, страстными модусами связи с миром. Это восторженная, заботливая, полная благодарности любовь и ужасающая, деструктивная, все портящая, завистливая ненависть. Любовь создает возможность неж-

ных, восстанавливающих взаимоотношений и переживается как хорошая и питающая. Ненависть создает агрессивные, взаимно уничтожающие взаимоотношения с другими и переживается как зло и опасность. С первых месяцев и в течение всей жизни, до самой смерти, каждый человек пытается примирить эти две формы опыта, защитить хороший, любовный опыт от деструктивных, полных ненависти чувств, соединить вместе аффективные полюсы.

Одна из наиболее важных идей Кляйн заключается в том, что в течение первого года жизни младенец совершает переход из параноидно-шизоидной позиции в депрессивную. В параноидно-шизоидной позиции чувства любви и ненависти переживаются как направленные к двум разным фигурам — «плохой» матери и «хорошей» матери. «Плохая» мать воспринимается как «преследующая», «разрушающая». На нее младенец направляет чувства разрушительной ярости. Любовь и благодарность переживаются лишь по отношению к «хорошей» матери. Примерно в возрасте 9 месяцев младенец начинает понимать, что мать одновременно и хорошая, и плохая, что удовлетворяет или не удовлетворяет его потребности одна и та же женщина. Таким образом, он подходит к задаче справиться с амбивалентностью, то есть учиться любить и ненавидеть одного и того же человека. В депрессивной позиции младенец испытывает печаль, когда матери нет рядом; это означает приобретение умения удерживать образ «хорошей» матери и оплакивать утрату. То есть депрессивная позиция — более зрелая; переход от одной позиции к другой не совершается полностью; состояния стресса во взрослой жизни могут вызвать временный регресс к параноидно-шизоидному уровню функционирования.

Предполагается, что пациенты, страдающие психозами, функционируют преимущественно на этом уровне, иначе говоря, используют очень примитивные защиты (отрицание, проективную идентификацию, расщепление), чтобы справиться с тревогой преследования. Такое понимание психопатологии школой Мелани Кляйн привело к росту интереса лечить психоаналитическими методами серьезные психические заболевания, которые ранее считались непригодными для психоанализа.

Школа объектных отношений

Теоретики школы объектных отношений (Винникотт, Фэрберн, Балинт, Боулби) основывали свои теории на точке зрения М. Кляйн о том, что младенец имеет врожденную предрасположенность к человеческим контактам. Однако все они отказались от ее мнения, что агрессия есть врожденное образование, происходящее из инстинкта смерти, а младенец агрессивен и деструктивен от рождения. Вместо этого они постулировали, что ребенок предрасположен

к гармоничному взаимодействию и нетравматичному развитию, и сбои на этом пути определяются несовершенным качеством родительства. Другими словами, сместили акцент с драйвов и защит к образованию и поддержанию отношений с другими. Они подчеркивали роль ранних взаимоотношений, которые затем ребенок переводит во внутренний план (интернализует), а также роль чувств, связанных с этими взаимоотношениями.

Дональд Винникотт (1896–1971)

Винникотт был педиатром и психоаналитиком, проявившим большой интерес к ранним материнско-детским отношениям. Он придал новое направление психоаналитической мысли, концентрирующееся на взаимодействии матери и младенца (не фантазийной, а именно реальной матери). Винникотт говорил о «достаточно хорошей матери», организующей поддерживающую среду, в которой малыш может хорошо развиваться, поскольку его эмоциональные потребности удовлетворяются, а тревоги успокаиваются. Он считал, что именно качество опыта младенца в первые месяцы жизни является принципиальным *для возникновения ощущения себя личностью*.

Обеспечивая среду младенцу, мать оставляет на заднем плане собственную субъективность, ритм и заботы, приспосабливает свои движения, деятельность — все свое существование к желаниям и потребностям ребенка. Как только они возникают у младенца, «достаточно хорошая» мать интуитивно их понимает и так организует среду, чтобы это выполнить. Физическая отзывчивость кормящей матери («молоко течет») — прототип более общей материнской отзывчивости, ее остро переживаемая потребность быть средством для исполнения желаний ребенка.

Важно, чтобы мать была рядом, когда она нужна, но столь же важно, чтобы она отступала на задний план, когда в ней нет потребности. Так создается *holding environment* — физическое и психическое пространство, внутри которого младенец защищен, не зная о том, что его защищают.

Постепенно к переживанию ребенком субъективного всемогущества добавляется опыт *объективной реальности*. Последний не вытесняет предыдущий, а скорее сосуществует с ним. В обычных условиях мать постепенно, по мере взросления младенца, все чаще вспоминает о своих интересах, заботах, удобстве, и ее реакции на требования ребенка становятся чуть более отсроченными. Эта отсроченность растет. Подобные попытки матери «преподнести» младенцу мир имеют мощное следствие: хотя это и болезненно, но помогает ему обрести новый, конструктивный опыт.

Осознавая увеличивающееся расстояние между желанием и его удовлетворением, младенец начинает понимать, что его желания не столь всемогущественны, как ему раньше казалось. Что сигналы не сами по себе создавали

удовлетворение, а это происходило с помощью матери. Растущее понимание имеет очень большое значение: младенец, который для стороннего наблюдателя всегда был беспомощен и зависим, впервые начинает **чувствовать** свою зависимость. Возрастает постепенное понимание, что мир состоит не только из собственной субъективности, но из многих; что удовлетворение желаний требует не только их выражения, но и **адаптации к внешней реальности** (переговоров с другими людьми, у которых есть свои желания и дела).

Временный опыт субъективного всемогущества, который предоставляется младенцу материнским «держанием», остается весьма ценным ресурсом в течение всей жизни человека. Это принципиально важное переживание позволяет растущему ребенку продолжать воспринимать свои спонтанно возникающие желания и проявления как подлинные, важные, имеющие большой смысл, хотя и подлежащие встраиванию в общий социальный контекст (с учетом желаний и возможностей других).

Если мать не может предоставить окружение, необходимое для развития здорового чувства «Я», то личностное развитие, по мнению Винникотта, приостанавливается. Личность ребенка развивается, не имея ядра, сердцевины. Подлинное ощущение себя замещается адаптивным послушанием, и это длится до тех пор, пока не будет найдена «удерживающая» среда, которая позволит проявиться субъективному спонтанному переживанию (опыту). Эта идея привела к созданию нового направления в психоаналитической психотерапии, когда аналитик пытается создать с пациентом те самые поддерживающие отношения, которые позволили бы пациенту расти и развиваться.

Джон Боулби (1907–1990)

Несколько последних десятилетий Джон Боулби был одним из тех, кто оказал наибольшее влияние на соединение психоаналитической мысли с другими науками, включая биологию, антропологию, этологию. В своих исследованиях он опирался на результаты экспериментов, проводимых в этологии — науке о поведении животных.

Боулби интересовался вопросами адаптации человека к среде и рассматривал инстинкты как врожденную основу для выживания, оформленную миллионами лет естественного отбора. Предметом его особого внимания была природа связи ребенка с матерью (*концепция привязанности*). Боулби считал, что возникновение привязанности к матери — *инстинктивная система*, которая увеличивает шансы младенца на выживание.

Для описания первичной привязанности ребенка к матери Джон Боулби постулировал следующие положения: младенец обладает врожденным поведенческим репертуаром, направленным на достижение физической

близости с матерью (или с другим человеком, постоянно ухаживающим за ним). Ученый описывает пять инстинктивных реакций: сосание, цепляние, следование, плач и улыбку, — как поведенческие паттерны, специфичные для человека. Все они вносят свой вклад в формирование поведения привязанности. В противовес традиционной психоаналитической теории Боулби выдвинул гипотезу, что система привязанности является более значимой внутренней мотивационной системой, чем оральное удовлетворение. Она активизирует ответное материнское поведение и тем самым обеспечивает младенцу безопасную основу для исследования мира.

«Объект привязанности» — одно из центральных понятий теории привязанности. Это тот человек, к которому возникает привязанность. Для большинства людей им является мать, но кровное родство здесь не играет особой роли. Мать может заменить любой человек, способный установить отношения привязанности с ребенком. Первичный объект привязанности обеспечивает ребенку безопасность, надежность и уверенность в своей защите. Только при их наличии младенец без труда налаживает вторичную привязанность с другими людьми. Чем менее надежной является связь с матерью, тем больше ребенок склонен подавлять стремление к другим социальным контактам.

В процессе взаимодействия матери и ребенка формируется *эмоциональная связь* — другая важная концепция Джона Боулби, — внутри которой младенец ощущает особое чувство безопасности и комфорта и может использовать фигуру привязанности как надежную базу, с которой можно начинать исследовать окружающий мир. Через отношения с матерью младенец постепенно выстраивает индивидуальную психическую репрезентацию взаимоотношений в целом, окружающего мира, матери и себя. Первичная привязанность возникает к 8–9 месяцам. К этому возрасту привязанность фиксируется на определенном лице и складывается *«внутренняя рабочая модель»*, накладывающая отпечаток на понимание настоящего, воспоминания о прошлом и выбор поведения в новых ситуациях. Это глубинная структура самосознания. Сама она не осознается, но сквозь нее индивид воспринимает и осознает себя и окружающий мир. «Внутренняя модель» ребенка построена из определенных ожиданий и допущений (например, что если он заплачет, мама возьмет его на руки). Эти ожидания базируются на реальном опыте и, будучи сформированными, оказывают влияние на интерпретацию ребенком нового опыта. В каждом новых взаимоотношениях он будет пытаться воспроизвести знакомый паттерн. Если мать (или ухаживающий человек) отвечает на потребности ребенка с сочувствием и пониманием, у него формируется образ себя как достойного заботы и выработается «внутренняя рабочая модель» любящего родителя. И наоборот, если ухаживающий не реагирует на выражаемые ребенком потребности

или отвергает их, у младенца формируются соответствующие ожидания от фигуры привязанности как ненадежной и недоступной и вследствие этого образ себя как не заслуживающего заботы.

Качество привязанности, сформированное в раннем детстве, образует ядро личности. Этот вывод Джона Боулби подтвержден работами Мэри Эйнсворт, которая показала в своих исследованиях, что чувствительность и отзывчивость матери на сигналы ребенка во время кормления, физического контакта, игры и плача в течение первых трех месяцев позволяет предсказать качество привязанности и поведение ребенка в возрасте 12 месяцев в «ситуации с незнакомцем». Данная техника представляет собой стандартные серии трехминутных эпизодов в игровой комнате, где ребенок имеет возможность исследовать игрушки вместе с незнакомым человеком в присутствии матери или ее отсутствие. Такая ситуация обычно вызывает у ребенка поведение поиска комфорта у матери. Эйнсворт разделила реакции детей в этой ситуации на три группы. Дети с надежной привязанностью могут использовать мать как надежное основание для ощущения безопасности и быстро успокаиваются после воссоединения с ней. Дети с ненадежной привязанностью могут быть разделены на две категории: с избегающей привязанностью — уходят от контакта с матерью после ее возвращения и с амбивалентной привязанностью — расстраиваются при уходе матери и не могут восстановить ощущение комфорта после воссоединения. Эти дети одновременно ищут и избегают контакта. Мэри Мэйн дополнительно выделяет четвертую группу детей, классифицируемую по параметру привязанности «ненадежная» — дезорганизованно-дезориентированная. Поведение таких детей характеризуется растерянностью и тревогой.

Качество привязанности определяется отношением к ребенку матери и значительно коррелирует с поведением матери. Дети группы надежной привязанности имеют наиболее чутких, внимательных и теплых матерей, понимающих и удовлетворяющих все их потребности. Матери детей с избегающей привязанностью эмоционально холодны, невнимательны к потребностям ребенка и излишне требовательны. Матери детей с амбивалентной привязанностью неустойчивы, непоследовательны и непредсказуемы.

Исследования показали, что качество привязанности в раннем детстве может служить надежным предсказателем адаптивности ребенка в более позднем возрасте. Были проведены лонгитюдные исследования, в которых дети прослеживались вплоть до 10–11 лет. Учителя, которые ничего не знали о предыстории, оценили детей с надежной привязанностью как более независимых, любознательных, творческих и уверенных в себе. Кроме того, они обратили внимание на то, что эти дети могут использовать учителей как ресурс в трудных ситуациях: после нескольких самостоятельных попыток

справиться с ситуацией они обращаются за помощью. Эти дети легче устанавливают контакты со сверстниками и проявляют больше эмпатии.

Современный психоанализ рассматривает систему привязанности как исходную движущую силу развития, впоследствии служащую фоном для формирования других мотиваций.

Анна Фрейд (1895–1982) и эго-психология

Анна Фрейд, дочь Зигмунда Фрейда, продолжала направление, созданное отцом, но работая с детьми. Ее взгляды оказали большое влияние на развитие эго-психологии. Одной из самых известных работ Анны Фрейд является книга «Защитные механизмы Эго» (1936).

Кроме ведения непосредственно психоаналитической работы с детьми, Анна Фрейд изучала детей в повседневной обстановке. Такие наблюдения давали значительно более широкую информацию, чем только интерпретации в анализе. Анна Фрейд вышла за рамки концепции психосексуальных стадий и предложила концепцию «линий развития», понимаемых как набор разворачивающихся потенциалов. Это было знаменательным событием в психоанализе, выходом за рамки теории либидо, расширением психоаналитического понимания развития.

Концепция «линии развития» традиционно использовалась в психоаналитической теории развития как метафора, описывающая последовательное, поступательное развитие и подчеркивающая его непрерывность и накопительный характер. Зигмунд Фрейд первым предложил такое направление: последовательное созревание либидинального драйва, образующее линию психосексуального развития. С целью поиска контекста, в рамках которого можно оценивать детскую личность, Анна Фрейд выдвинула предположение, что развитие в целом можно описать серией линий: предсказуемых, взаимосвязанных и постепенно разворачивающихся. Последовательность шагов внешнего развития отражает формирование глубинных психических структур. Это позволяет лучше понять, каким путем идет и совершенствуется приспособление ребенка к миру, развитие его независимости.

Анна Фрейд описала следующие линии:

- «от полной зависимости к эмоциональной самодостаточности и взрослым объектным отношениям»;
- линии, приводящие к телесной независимости: «от сосания к рациональному питанию», «от пачкания пеленок к контролю за кишечником и мочевым пузырем», «от отсутствия ответственности до принятия ответственности по уходу за телом»;

- «от эгоцентричности к партнерству (дружбе)»;
- «от тела к игрушке и от игры к работе».

Приведем примеры двух линий развития.

Линия «От сосания к рациональному питанию»

Долгий путь предстоит ребенку, прежде чем он придет в точку, где может регулировать прием пищи активно и рационально, качественно и количественно, на основе собственных потребностей и аппетита, независимо от его отношений к «обеспечителю» еды либо от его сознательных и бессознательных фантазий.

Шаги на этом пути выглядят приблизительно так:

1. Вскармливание грудью или с помощью бутылки, по часам или по требованию, с обычными трудностями кормления, вызванными частично перепадами аппетита и пищеварительными расстройствами, частично позицией тревоги матери относительно кормления.

Вмешательство в процесс удовлетворения потребностей — ненужное ожидание пищи, диета или принуждение к кормлению — образуют первые и часто длящиеся нарушения в позитивном отношении к еде.

2. Отлучение от груди или бутылки, инициатором которого является либо сам ребенок, либо мать.

В последнем случае, особенно если это протекает в сжатые сроки, быстро, протест малыша против оральной депривации искажает нормальное удовольствие от еды. Трудности могут возникать с введением твердой пищи, новых вкусов и консистенций, которые ребенок либо приветствует, либо отвергает.

3. Переход от кормления к самостоятельной еде, с помощью приборов либо без них, «пища» и «мама» все еще идентифицируются друг с другом. Прием пищи как поле битвы, на котором могут происходить сражения, связанные с трудностями материнско-детских отношений.

4. Самостоятельная еда с использованием ложки, вилки и т. п., разногласия с матерью о количестве съедаемого сдвигаются к форме еды, то есть манерам за столом; тяга к конфетам как адекватному заместителю орального удовольствия от сосания; пищевые причуды (капризы) как результат анального тренинга (обучения чистоплотности), то есть вновь приобретенное реактивное образование отвращения.

5. Постепенный выход из уравнивания пищи и мамы в эдипальный период. Установки к еде по-прежнему иррациональные, но теперь обусловлены инфантильными сексуальными теориями, а именно: беременности через рот (страх отравления); беременности (страх пополнеть); анальных родов (страх приема пищи и ее выхода).

6. Постепенный выход из сексуализации еды в латентный период с сохранением или даже увеличением удовольствия от нее. Увеличение рациональных установок к пище и самостоятельное определение в еде. При этом весь более ранний опыт этой линии имеет определяющее значение в формировании индивидуальных пищевых привычек во взрослой жизни, вкуса, предпочтений, а также последующих пристрастий или отвращения относительно пищи или питья.

Практические выводы, которые можно сделать из этой линии:

1. Реакции ребенка на изменения второй фазы (отлучение от еды и введение новых вкусов и консистенций) впервые отражает либо его *стремление к движению вперед* и склонность к приключениям (если с удовольствием принимается новый опыт), либо *«цепляние» к существующим удовольствиям* (когда каждое изменение переживается как угроза и лишение). Можно полагать, что в зависимости от преобладания той или иной установки в процессе принятия пищи это распространится и на другие области развития.

2. Равенство «еда — мать», которое существует (сохраняется) в восприятии ребенка в течение фаз 1–4, представляет собой рациональную основу для субъективной уверенности матери, что каждый отказ ребенка от пищи нацелен лично на нее, то есть выражает отвержение ребенком ее материнской заботы. Эта уверенность вызывает повышенную чувствительность к процессу питания и лежит в основе сражений по поводу пищи со стороны матери. Это также объясняет, почему в данных фазах с отказом от еды или стойкими капризами легче справляется временно замещающий мать чужой человек. Это также объясняет, почему травматическое отделение от матери часто сопровождается отказом от пищи (отвержение материнской замены) либо жадностью и перееданием (еда воспринимается как заместитель материнской любви).

После фазы 6, когда процесс принятия пищи становится собственной заботой зрелой личности. Прежнее сражение с матерью по поводу еды может быть заменено внутренним рассогласованием — между сознательным желанием есть и бессознательно принятой установкой о невыносимости какой-либо пищи, то есть разные невротические пищевые капризы и нарушения пищеварения. Вообще трудности, связанные с количеством принимаемой пищи в течение всей жизни, психоналитики напрямую связывают с ранними отношениями с матерью. Однако в более позднем возрасте эти проблемы интернализуются и становятся внутренним конфликтом (булимия, анорексия).

Линия развития «от эгоцентричности к партнерским отношениям»

1. На первой фазе этой линии для младенца характерен эгоистичный, нарциссический взгляд на объектный мир, в котором другие дети либо вообще

не фигурируют, либо воспринимаются как нарушители материнско-детских отношений и соперники в родительской любви.

2. Для второй фазы характерно отношение к другим детям как к неживым объектам, то есть к игрушкам и предметам, которые можно трогать, толкать, притягивать или отставлять в зависимости от настроения. При этом от них не предполагается ни положительной, ни отрицательной реакции.

3. Третья фаза линии характеризуется отношением к другим детям как к помощникам в выполнении какой-либо задачи, такой как игра, постройка, разрушение и т. п. Длительность партнерских взаимоотношений определяется заданием и вторична по отношению к нему.

4. Только на четвертой фазе другие дети воспринимаются как партнеры и люди в своем собственном праве, которыми ребенок может восхищаться или бояться, кого он любит или ненавидит, с чьими желаниями считается и часто признает их справедливыми. Именно на этой стадии ребенок становится способен к дружбе, партнерским взаимоотношениям различных видов и длительности.

Анна Фрейд считала, что линии развития способны помочь в рассмотрении практических вопросов воспитания детей. Мысля в терминах линий развития, можно рассматривать готовность ребенка принять такие события, как рождение брата (сестры), помещение в больницу, поступление в школу и т. д., как прямое отражение уровней его развития по всем линиям, имеющим отношение к этому конкретному опыту. Если нужный уровень достигнут, событие будет конструктивным и приносящим ребенку пользу. Если же уровень достигнут не на всех или только на некоторых из требующихся линий, ребенок будет чувствовать ярость и неспособность справиться, и никакие усилия родителей, учителей, медсестер не предотвратят чувства огорчения, несчастности и полной ненужности, которые часто приобретают травматические масштабы.

Анна Фрейд возражала как против использования линий развития в качестве чистой метафоры, так и против их слишком конкретной трактовки. Она считала, что развитие содержит как прогрессивное, так и регрессивное движение, и провозглашала регресс в качестве одного из принципов нормального развития. В экстремальных ситуациях или в переломные периоды развития любой нормально развивающийся ребенок может проявить черты регрессивного поведения, то есть поведения, характерного для более ранних фаз развития. В течение всего периода роста для ребенка является вполне допустимым периодическое (например, во время болезни, в состоянии волнения или огорчения) возвращение к детским паттернам поведения, потере уже сформировавшегося, казалось бы, контроля; к детскому поиску защиты и безопасности в отношениях. Такие регрессивные реакции не останавливают движение вперед в целом. Если оно не будет блокироваться

осуждением окружающих или собственным внутренним подавлением, свобода передвижения по линиям развития вскоре позволит восстановить прогрессивное развитие.

Концепция Анны Фрейд оказала большое влияние на детский психоанализ. Все дальнейшие исследователи не могли не считаться так или иначе с ее теорией. В результате многолетних поисков современная психоаналитическая теория рассматривает развитие как сложный процесс, который может быть очерчен изучением линий развития, составляющих его психические системы.

Рене Спитц (1887–1974)

Опубликованная в 1940 году работа Рене Спитца «Госпитализм» сыграла решающую роль в усилении интереса к вопросу среды (окружения). Она не оставила сомнений в том, что каков бы ни был врожденный потенциал человека, его реализация невозможна, если отсутствует эмоциональная связь с другим человеком. Спитц изучал детей, оставленных родителями с момента рождения в детских домах, при этом их физические потребности полноценно удовлетворялись, но они были лишены сопутствующих этому длящихся взаимодействий.

Такие дети однозначно становились вялыми, отрешенными, болезненными. Если эмоциональный голод продолжался более трех месяцев, то ухудшалась зрительная и моторная координация. К концу второго года одна треть этих детей умирала. К четвертому году из оставшихся в живых лишь немногие могли сидеть, стоять, ходить, говорить. Если, однако, мать возвращалась в течение первых трех месяцев жизни, разрушительный процесс останавливался и восстанавливалось нормальное развитие.

Большую часть своей профессиональной жизни Спитц посвятил изучению роли среды в формировании личности ребенка. Он использовал методы экспериментальной психологии: наблюдал, снимал на киноленту, интервьюировал, тестировал, и все это — в поисках ответа на вопрос: что связывает мать и младенца? Фактически он первым провел экспериментальное исследование объектных отношений между младенцем и ухаживающим, проследил, как биологически приспособительная связь между ребенком и матерью постепенно превращается в многогранный психологический ресурс для ребенка.

Спитц считал, что младенец после рождения продолжает слитные взаимоотношения с матерью, которые в утробе существовали на физиологическом уровне, а теперь приобретают вид психологической слитности. Мать, с ее более развитыми психическими способностями, представляет собой среду

для беспомощного, уязвимого младенца. Спитц сравнивает новорожденного со слепым, который неожиданно прозрел. Как и прозревший, он оглушен морем бессмысленных стимулов, которые не может переработать. Мать, перерабатывая опыт за младенца, выступает как «вспомогательное Эго», регулируя количество нового опыта, успокаивая младенца, защищая его от перестимуляции до тех пор, он не разовьет способность Эго самостоятельно перерабатывать и регулировать опыт.

Спитц проявлял особенный интерес к тому, как младенец приобретает способности, которые изначально обеспечивает мать-среда. А именно как развивается автономное Эго, позволяя тем самым младенцу опознавать, что в потоке опыта, приходящего из окружающего мира, имеет значение. Спитц пришел к заключению, что между матерью и младенцем развивается сложный паттерн взаимодействия, своего рода диалог, то есть цикл последовательных действий — реагирования — действий внутри взаимоотношений «мать — ребенок». Именно этот диалог помогает младенцу шаг за шагом преобразовывать бессмысленные стимулы в осмысленные сигналы.

Этот диалог первоначально имеет место за рамками вербального и жестового каналов взрослого общения, которые основаны на знаковой функции сознания (способности понимать символы). Мать общается с ребенком, используя общую сенсорную чувствительность (еще не дифференцированные ощущения). Происходит это через физический контакт, телесное напряжение, позу, движение, ритм, тон голоса. Через многократные повторения эмоциональных паттернов взаимодействия мать способствует постепенному построению опознаваемых систем значений из общего хаоса стимуляций, закладывая основы того, что впоследствии разовьется в способность восприятия.

Таким образом, Спитц привнес в психоанализ новую составляющую развития, а именно возрастающую структуризацию способностей Эго на первом году жизни, внутри взаимоотношений с матерью. Иначе говоря, Спитц продемонстрировал, что практически каждый аспект раннего психического развития опосредуется через материнское окружение. Этот пересмотр теории привел к сдвигу внимания к вопросам, связанным с началом разделения ребенка с матерью и появлением субъективного чувства идентичности.

Маргарет Малер (1897–1985)

Маргарет Малер стала тем исследователем, который пролил свет на нормальные и патологические черты процесса становления идентичности ребенка. Она предположила, что психологическое рождение человека не

совпадает с физическим. Четкое и надежное ощущение индивидуального бытия («Я») возникает постепенно, в течение первых 18 месяцев жизни. Первоначально у ребенка нет независимого чувства себя, скорее диффузная симбиотическая слитность с матерью. Материнские интеллектуальные способности и физические ресурсы в течение довольно длительного периода времени ощущаются ребенком как бы *внутри* границ его собственного «Я». Но постепенно, в ходе процесса отделения — индивидуации, вместе с развитием способностей Эго вырисовывается отдельное «Я».

Проводя наблюдения за нормальными и больными детьми, Малер подошла к переосмыслению природы ранних периодов жизни человека. Фрейд характеризовал начальный период как не направленный на объект; эту стадию он назвал «первичным нарциссизмом». Однако Малер говорит, что уже в первые месяцы жизни ребенок ломает «аутистическую скорлупу» и вступает в самую раннюю из всех возможных эмоциональных связей — «нормальный симбиоз». Затем она прослеживает развитие психологической эволюции ребенка и показывает решающую роль матери в этом процессе. Маргарет Малер описывает психологическое рождение ребенка, которое выражается в прохождении им процесса отделения — индивидуации. Отделение — это установление чувства физической отдельности от другого. Достигается постепенным различением ощущений внутри тела от того, что вне его. Индивидуация описывает скорее аспект эмоционального отделения, психологическую способность отойти от мамы. Начало процесса отделения — индивидуации относится к возрасту 4–6 месяцев, когда младенец впервые начинает проявлять интерес к окружающему миру за рамками диалога с матерью.

Процесс отделения — индивидуации проходит в своем развитии четыре подфазы, каждая из которых имеет начало, нормальный выход и свои области риска:

1. Первая подфаза — дифференциация (возраст 5–10 месяцев). О ее начале свидетельствует увеличение интереса ребенка к внешнему миру, появление реакции слежения, большая направленность взгляда вовне, взгляд часто возвращается к матери как точке отсчета. Эта фаза достигает вершины примерно к 9 месяцам, когда способность к передвижению и физическое развитие переводят ребенка в следующую подфазу.

2. Фаза упражнений (возраст 10–15 месяцев). Появляется автономное функционирование, возникает интерес к исследованию спектра возможностей тела и его движений. Обретя способность стоять и ходить, младенец обретает возможность удаляться от объектов и приближаться к ним. Он получает от этого максимум удовольствия, захвачен изучением расширившегося мира и чувством собственного «всемогущества». Впервые на этой фазе, погружаясь в упражнения, ребенок «выключает» маму из переднего

плана своего сознания. Но несмотря на то что он физически отдаляется от матери, психологически переживает себя все еще как слитного с ней.

3. Между 15 и 24 месяцами наступает подфаза *raprochement* («возвращения»). Термин, в переводе с французского означающий восстановление гармоничных дружеских отношений.

В этот период ребенок испытывает состояние мощного психического дисбаланса. Теперь психологическое развитие догоняет физическое созревание, принося с собой расстраивающее понимание, что способность к передвижению в пространстве, по сути, означает психическую раздельность с матерью. Прежде бесстрашный в своих действиях, тоддлер может стать осторожным, постоянно держа свою мать в поле внимания, чтобы через действие и зрительный контакт регулировать новый опыт своей отдельности (часто возвращаются к матери «подпитываться»). Страх потерять симбиотическую мать приводит к попыткам ребенка постоянно ее контролировать.

Существует риск, что мать неправильно истолкует данное прогрессивное явление как регрессивное, будет реагировать раздражением и недоступностью, увеличивая страх тоддлера, что его совсем бросят, и, следовательно, усугубляя желание быть все время рядом с матерью. Ведь у тоддлера еще нет психической способности функционировать как независимое существо.

Для этой фазы характерна противоречивость желаний: ребенком одновременно владеют желание быть независимым и стремление, чтобы мать все его желания волшебным образом выполняла. Амбивалентность чувств и желаний делает фазу психологически трудной как для родителей, так и для самого ребенка.

Субфаза «возвращения» обычно в той или иной мере накладывает отпечаток на характер человека. Малер отмечала, что основополагающий фон настроения, вероятнее всего, закладывается именно на этой фазе развития; недостаток принятия и эмоционального понимания матерью в этой подфазе вносит значительный вклад в предрасположенность к угнетенным состояниям.

Все мы имеем потребность одновременно в уединении и близости, автономности и зависимости. То, как человек справляется с этими дилеммами в более поздний период жизни, является отражением разрешения им конфликта данной подфазы. Когда враждебные чувства перевешивают нежные, образ матери может так сильно нарушиться проекцией злых чувств, что ребенок окажется не в состоянии относиться хорошо ни к матери, ни к самому себе. Если же тоддлер сможет принять и научиться переносить наплыв враждебных чувств к фрустрирующей матери, понимая, что это та же мать, которую он любит в другое время, он сумеет объединить «плохие» и «хорошие» образы объекта (матери) и самого себя в устойчивые образы. Рассматривая мать как «в основном хорошую», тоддлер чаще хочет сделать

ей приятное, сознательно отказываясь от немедленного удовлетворения своих желаний ради достижения любви матери.

Работы Маргарет Малер (равно как и Рене Спитц) привели к новому пониманию происхождения человеческой психики. Младенец, описанный эго-психологами, возникает из симбиотического союза с матерью. Его психологическое рождение не совпадает с физическим рождением. Материнская забота «вынашивает» хрупкую психику ребенка точно так же, как раньше ее тело вынашивало самого младенца.

Итак, в современном психоанализе существует множество концепций развития. В данной работе мы раскрыли лишь некоторые из них. Каждая теория рассматривает личность под определенным углом зрения, с разных сторон. Однако все вместе они представляют собой ценный инструмент для понимания человеческой личности. Эффективные терапевтические вмешательства должны быть основаны на знании всего комплекса факторов, оказывающих влияние на развитие личности.

Психоналитическая теория развития не является завершенной. Это учение, продолжающее накапливать клинический опыт и на его основе создающее новые теоретические знания. Именно пластичность и способность к развитию определяют живую, развивающуюся систему, каковой и является психоанализ.

Контрольные вопросы

1. Теория психосексуального развития З. Фрейда. Фазы развития.
2. Механизмы формирования личности по З. Фрейду.
3. Мелани Кляйн. Концепция параноидно-шизоидной и депрессивной позиций.
4. Концепция линий развития Анны Фрейд. Привести пример одной из линий развития.
5. Вклад Рене Спитца в психоаналитическую концепцию развития.

Рекомендуемая литература

1. *Фрейд А.* Норма и патология детского развития (1965) // А. Фрейд, З. Фрейд. Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов. — СПб., 1997.
2. *Фрейд А.* Психология «я» и защитные механизмы. — М., 1993.
3. *Тайсон Ф., Тайсон Р.* Психоналитические теории развития. — Екатеринбург, 1998.
4. *Фигдор Г.* Дети разведенных родителей: между травмой и надеждой. — М., 1995.

Неаналитические теории развития личности

Н. В. Александрова

В современной психологии выделилось несколько дисциплин, связанных с изучением детства. Это:

- детская психология, исследующая возникновение и основные этапы развития психики ребенка;
- педагогическая психология, изучающая закономерности обучения и воспитания детей, подростков, взрослых;
- медицинская психология, изучающая возрастные особенности психических заболеваний у детей и формирование психических функций у ребенка, страдающего тем или иным отклонением в психическом развитии в связи с физическим или душевным страданием.

В настоящее время имеется много теорий развития личности, в которых авторы пытаются ответить на вопрос: как происходит процесс развития — непрерывно или скачкообразно?

Наследственность или социальная среда играют главенствующую роль в развитии психики человека?

В результате на сегодняшний день существуют:

- 1) теории научения;
- 2) когнитивные теории;
- 3) психоаналитические теории;
- 4) гуманистические теории;
- 5) этология.

Теории научения

Согласно теории научения, большинство форм поведения приобретаются путем научения.

Научение — всеобъемлющий процесс, охватывающий широкий спектр форм поведения. Развитие ребенка понимается как постепенное пошаговое накопление образов памяти, знаний, умений, навыков. Процесс превращения ребенка в подростка, во взрослого происходит за счет постепенного непрерывного накопления опыта посредством научения, в результате чего увеличивается количество знаний и навыков.

«Наука о человеческом поведении своими корнями уходит в учение И. П. Павлова об условных рефлексах и в исследования Д. Б. Уотсона

(1878–1958) по научению, а также в философские воззрения Дж. Локка (1632–1704), который считал, что у людей нет врожденных идей, а поведение, мысли и чувства формируются под воздействием внешней среды.

Теории поведения создавались индуктивным способом: исследователи собирали «факты», наблюдая за тем, что и как делают люди; они тщательно выявляли и контролировали стимулы, предъявляемые в экспериментах, а затем регистрировали поведенческие реакции на них у испытуемых.

Последователи данного направления считали, что люди являются «реактивными существами», то есть они просто реагируют на воздействие внешней среды. Индивидуум формируется в процессе образования связей между стимулами и своими реакциями, то есть между вариантами своего поведения и их последствиями. Так и происходит научение.

С точки зрения этих исследователей, психика, ее внутренняя работа недоступна наблюдению и описанию извне, с позиции внешнего наблюдателя. Тем самым они отказывают людям в возможности описывать собственные мысли и чувства; не признают ни бессознательных, ни генетических детерминант поведения.

Данное направление в объяснении формирования психики называется «бихевиористским», от английского термина *behavior*, что переводится как «поведение». Его классическим представителем является Б. Ф. Скиннер.

Согласно бихевиористской модели, все формы модели поведения индивида, включая эмоциональные реакции, ценности и установки, определяются воздействиями внешней среды в прошлом и настоящем. Поэтому при описании поведения бихевиористы избегают пользоваться такими понятиями, как вина, стыд, уважение, достоинство. Поскольку люди — продукт всех эпизодов своей личной истории научения, их поступки не заслуживают ни одобрения, ни порицания. Человеческое поведение, с их точки зрения, запрограммировано на протяжении всей жизни и неподвластно контролю индивидуума (Б. Ф. Скиннер, 1971).

Особое внимание бихевиористы уделяли процессу научения. Базисная форма научения — обусловливание. Его классическим примером являются эксперименты И. П. Павлова (1927) по выработке условных рефлексов.

В экспериментах на младенцах (Lipsitt and Kaye, 1964) было показано, что у детей с первых лет жизни идет процесс научения — выработка условных рефлексов. Условно-рефлекторным путем могут быть выработаны такие эмоциональные реакции, как страх; при этом у детей они могут распространяться и на похожие объекты — происходит генерализация раздражителя. В повседневной жизни детей она часто имеет место (болезненный укол и белый халат того, кто укол делал, приводит к возникновению боязни врачей, лекарств, поликлиники и т. д.).

Условным рефлекторным путем могут возникать и положительные эмоциональные реакции (чувства удовольствия при звуках когда-то нравившегося музыкального произведения или при упоминании имени симпатичного для индивидуума человека и т. д.).

Возникает вопрос: если у человека (ребенка) образовалась связь между нейтральным раздражителем и неприятной эмоцией (страхом), есть ли возможность изменить эту условную реакцию, то есть возможно ли контробусловливание? При контробусловливании нейтральный раздражитель, ранее связанный с отрицательным эмоциональным переживанием (нейтральный раздражитель — страх), неоднократно сочетают с действием, вызывающим у индивида положительный спектр переживаний, то есть постепенно формируется новая ассоциативная связь: нейтральный раздражитель — положительная эмоция.

Таким образом, при контробусловливании (противообусловливании), с одной стороны, происходит угасание старой, не подкрепляемой условной связи (нейтральный раздражитель — страх), с другой — формирование новой, подкрепляемой условно-рефлекторной связи (нейтральный раздражитель — положительная эмоция).

Подобная процедура лежит в основе такой поведенческой психотерапевтической методики, как последовательная (систематическая) десенсибилизация (десенситизация) (Wolpe и др., 1964), используемая в лечении фобий.

Однако для освоения сложных форм поведения, так называемого произвольного (оперантного) поведения, методика классического обусловливания на основе выработки условного рефлекса неприменима. При оперантном обусловливании поведение невозможно вызвать автоматически. Поведение уже должно быть до того, как последует поощрение. При этом повторяется вознаграждаемое поведение. Э. Торндайк (1911) посредством эксперимента обнаружил то, что он назвал «законом эффекта»: последствия поведения определяют вероятность его повторения.

Б. Ф. Скиннер (1904–1990) провел ряд экспериментов на животных и выявил, что в ряде ситуаций поведение может быть предсказуемым, поскольку подчиняется определенным законам. Типичная модель Скиннера включает в себя компоненты: различаемый стимул, реакция индивида и подкрепление.

Первый компонент (различаемый стимул) сообщает индивиду о наступлении научения. Реакцией является оперантное поведение, которое, в свою очередь, обуславливает подкрепление, если оно адекватно. Поэтому Скиннер и назвал свой тип обусловливания «оперантным обусловливанием». Далее подкрепление увеличивает вероятность повторения оперантного поведения.

Например, ребенку дается хлеб, который он кладет в рот (хлеб — стимул). Его за это хвалят, гладят (подкрепление). Однако родители хотят, чтобы

ребенок ел хлеб только за столом. Тогда они поощряют ребенка, лишь когда он ест хлеб за столом (стол — различаемый стимул).

С целью обучения сложным действиям поведение строится шаг за шагом, каждый из которых подкрепляется, вознаграждается. Желательное поведение в каждом шаге подкрепляется обратной связью — каким-либо вознаграждением или поощрением.

Многие принципы научения применяются при программированном обучении.

В последние десятилетия XX века принципы классического и оперантного обусловливания стали основой поведенческого анализа: были разработаны многочисленные педагогические и терапевтические программы обучения, а также переучивания с целью коррекции поведения у тех или иных групп лиц. Программы, формирующие поведение в терапевтических целях, называются «модификацией поведения», одним из примеров которой является жетонная система.

Жетонная система нашла широкое применение в обучении как здоровых, так и больных детей (умственная отсталость, аутизм); как в школьной, так и в домашней обстановке. При этом цель обучения — развитие умений обучаемого до степени, когда они становятся навыками настолько нужными, что уже не требуется подкрепление жетонами.

Следующим этапом в развитии теории научения стала теория социального научения. Ведущий теоретик этого направления А. Бандура утверждал (1977), что в процессе жизни индивид замечает, какие его действия успешны, какие — нет, и может сознательно регулировать свое поведение. То есть, наблюдая за последствиями поведения, индивид получает информацию, побуждение к действию и осознаваемое подкрепление. Таким образом, теория сознательного научения отводит мышлению большую роль в руководстве поведением. При этом индивид имеет возможность наблюдать не только за собственным поведением и его последствиями, но и за поведением и последующей реакцией других людей.

Ребенок с раннего возраста усваивает разные аспекты поведения в соответствии с ожиданиями окружающих. Постепенно, в процессе взросления ребенок, подросток усваивает ценности, установки тех общностей, к которым он принадлежит. Сначала имеет место подражание и следование модели (родители, учителя, соученики и т. д.), затем усвоенные формы поведения становятся «собственными».

Однако в дальнейшем (1986) А. Бандура расширил рамки своих представлений о роли мышления в процессе познания, научения (социальная когнитивная теория). Уже с детского возраста процесс научения детей происходит не только за счет поощрения и наказания, но и за счет того, что дети обладают способностью наблюдать собственное поведение,

поведение других детей и взрослых, осознавать последствия своего и чужого поведения и предвидеть последствия своего поведения на основе прошлого опыта.

Таким образом, теория научения постепенно сближается с когнитивными теориями развития психики детей.

Когнитивные теории

В ранее рассмотренных теориях научения индивид выступает в роли пассивного объекта, действующего под влиянием факторов внешней среды. Однако, как было указано выше, представители бихевиористского направления постепенно признали роль мышления и активности индивида в процессе становления его личности.

Представители когнитивного направления изначально считали, что индивид является мыслителем: не только получает, но и обрабатывает информацию, то есть он и реагирует на стимулы, и структурирует их, и придает им определенный смысл. Развитие, с точки зрения последователей когнитивных теорий, представляет собой эволюцию психических структур или способов обработки информации, частично генетически запрограммированных и зависящих от зрелости индивидуума.

Сторонники когнитивной психологии изучают качественные изменения в поведении индивида, происходящие по мере его роста и созревания.

Рост — количественные изменения в процессе совершенствования той или иной психической функции.

Развитие — закономерное изменение психических процессов во времени, выраженное в их количественных, качественных и структурных преобразованиях. Оно характеризуется этапностью, когда имеют место количественные изменения (рост); кризисами развития, когда происходят качественные изменения, приводящие к переходу на следующий этап развития.

Одним из первых представителей когнитивного направления является швейцарский психолог Жан Пиаже (1896–1980).

По мнению Пиаже, если получаемые человеком сведения, образы или субъективные переживания соответствуют структуре его интеллекта, они «понимаются», «ассимилируются», то есть интерпретируются исходя из существующих психических структур без их изменения («ассимиляция»). Однако если новый объект (сведения, образ, переживания) не соответствуют структуре интеллекта, «не укладываются» в уже имеющиеся понятия, то происходит изменение мыслительного процесса (изменение понятия или формирование нового — «аккомодация»).

Интеллект стремится к равновесию между ассимиляцией и аккомодацией, то есть к устранению расхождений между реальностью и ее «умствен-

ным отображением». Этот процесс уравнивания лежит в основе любой биологической адаптации.

Для обозначения психических структур Пиаже использовал термин «схема». С его точки зрения, схема — это способ обработки информации, меняющийся по мере роста и увеличения количества знаний. Он описывает два типа схем — сенсомоторные и когнитивные (понятия).

По мнению Пиаже, процесс развития интеллекта происходит таким образом: «схемы» организуются в операции, чьи разные сочетания соответствуют качественно различным стадиям когнитивного роста. Их всего четыре:

1. Сенсомоторная стадия (от 0 до 1,5–2 лет).
2. Дооперациональная стадия (с 2 до 7 лет).
3. Стадия конкретных операций (от 7 до 11–12 лет).
4. Стадия формальных операций (с 12 лет и старше).

На первой стадии младенцы познают мир только посредством действий — дотрагивание, хватание, сосание, рассматривание, кусание и др.

На второй стадии дети формируют понятия и пользуются символами — языком для общения с окружающими. Понятия ограничены непосредственным опытом ребенка. У детей ограниченные, «магические» представления о причинах и следствиях.

На третьей стадии дети начинают мыслить логически, классифицировать объекты по нескольким признакам и оперировать математическими понятиями.

На четвертой стадии подростки способны провести анализ решения логических задач как конкретного, так и абстрактного содержания; они могут строить планы на будущее или вспоминать прошлое, рассуждать по аналогии и метафорически.

Пиаже считал, что в развитии детей важно не ускорять стадии, а предоставить им возможность по реализации роста соответственно стадии развития. Однако другие представители когнитивного направления подвергли критике его теорию, считая, что когнитивное развитие (как и развитие в целом) является не скачкообразным, а непрерывным, ориентированным на движение вперед.

Подводя некоторый итог, можно сказать, что для представителей как бихевиористского направления, так и когнитивных теорий ребенок является некой уменьшенной копией взрослого.

С точки зрения бихевиористов, человек, а значит и ребенок, — биологическая машина, которая посредством внешних воздействий (обучение — воспитание) усваивает опыт общения, взаимодействия с миром людей и предметов; при этом формирует правила, цели, установки, ценности

в соответствии с требованиями (поощрениями, наказаниями) «научителя». То есть движущая сила развития психики ребенка — внешний по отношению к нему фактор (социальная среда).

Сторонникам когнитивных теорий человек (ребенок) тоже представляется биологической машиной, но у которой генетически заложен определенный интеллект, по мере роста ребенка проходящий определенные стадии развития. Социальная среда лишь создает условия, в которых более-менее успешно проявляются мыслительные способности ребенка, подростка, взрослого.

Российские психиатры и психологи не остались в стороне от проблем, связанных с изучением формирования психики у детей. Здесь следует упомянуть имя одного из первых российских детских психиатров — Д. И. Озерецкого. Основная идея, нашедшая отражение в его трудах (1923), заключается в том, что психическое развитие ребенка тесно связано с его моторным развитием: по уровню развития моторных функций можно судить об уровне психического (умственного) развития. Озерецкий создал «Метод массовой оценки моторики у детей и подростков», представляющий собой батарею тестов на выявление разных двигательных функций, шкалированных в соответствии с возрастом. С помощью этой методики у детей и подростков определялся уровень развития:

- 1) статической координации;
- 2) динамической координации и соразмерности движений;
- 3) скорости движений;
- 4) силы движений;
- 5) сопровождающих движений.

Методика предназначена для определения уровня психомоторного развития учеников школ с целью выявления способности к обучению.

Исходя из биогенетической теории этапности индивидуального развития, В. В. Ковалев выделил (1969, 1973) четыре основных возрастных уровня нервно-психического реагирования у детей и подростков:

- 1) соматовегетативный (0–3 года);
- 2) психомоторный (4–10 лет);
- 3) аффективный (7–12 лет);
- 4) эмоционально-идеаторный (12–16 лет).

Первому, наиболее онтогенетически раннему соматовегетативному уровню реагирования соответствуют разные варианты синдрома невропатии (расстройств вегетативных функций питания, сна и т. д.), имеющие место в возрасте от 0 до 3 лет в ответ на различные воздействия (при пневмонии, кишечной инфекции, психозе, отрыве от матери у ребенка возникают сим-

птомы расстройства сна, повышение температуры, рвота, понос, судороги и т. п.). Появление таких симптомов в более старшем возрасте может указывать на то, что определенное неблагополучие уже имело место (например, невротические расстройства пищевого поведения в школьном и подростковом возрасте указывают на то, что в раннем возрасте имелись и зафиксировались подобные нарушения в ответ на нарушения отношений с матерью в возрасте от 0 до 3 лет).

К психомоторному уровню реагирования относятся: гипердинамический синдром, тики, заикание, мутизм. В возрасте 4–10 лет эти симптомы возникают у детей как неврозоподобные, так и невротические.

Возможно, появление подобной симптоматики именно в этом возрасте связано с наиболее интенсивной дифференциацией функций двигательного анализатора в период с 6 до 12 лет. Возникновение подобной симптоматики в более позднем возрасте заставляет предположить (в случае невротического характера симптомов), что в возрасте 6–12 лет имелись проблемы, связанные с запретом двигательной активности ребенка, и в процессе психотерапии важным этапом будет исследование того, что происходило с пациентом в указанный период.

Аффективный уровень реагирования чуть «наслаивается» на предыдущий. Его наиболее характерными симптомами являются страхи, фобии, аффективная возбудимость, уходы и бродяжничество. Этиологически они могут быть невротическими, при эпилепсии, шизофрении и т. д., однако могут быть связаны и с созреванием личности ребенка.

Появление этих симптомов в более позднем возрасте в качестве невротических расстройств может свидетельствовать о том, что в 5–8 лет не были разрешены проблемы взаимоотношений в треугольнике мать — ребенок — отец, и в процессе психотерапии необходимо обратиться к материалу этого раннего периода жизни.

В препубертатном и пубертатном возрасте проявляется эмоционально-идеаторный уровень реагирования. Для него характерно формирование сверхценных образований, на основе которых проявляются реакции протеста, эмансипации, нервная анорексия, дисморфофобия, сверхценные увлечения и интересы и т. д.

При этом подобные симптомы могут быть отражением формирования психики здоровой личности, а также невротическими переживаниями, симптомами психоза.

С точки зрения В. В. Ковалева, наличие симптомов более раннего уровня реагирования (например, соматовегетативные расстройства у детей старше 10 лет) является свидетельством инфантилизма или повторением симптомов, имевших место в возрасте, соответствующем по симптомам уровню реагирования.

Однако детских психиатров в первую очередь интересовали патология и закономерности, связанные с патологическим формированием личности.

Проблемами же, связанными с формированием психики здорового ребенка и соответствующим обучением, занимались «педагогические психологи» — педологи.

Выдающуюся роль в решении проблемы периодизации психического развития в детском возрасте сыграли П. П. Блонский, Л. С. Выготский, С. Л. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев, Д. Б. Эльконин.

По мнению Д. Б. Эльконина (1970), «проблема периодизации психического развития в детском возрасте является фундаментальной проблемой детской психологии. Через определение периодов психического развития и через выявление закономерностей переходов от одного периода к другому в конечном счете могут быть решены проблемы движущих сил психического развития».

Л. С. Выготский считал, что развитие ребенка есть постоянный переход от одной возрастной ступени к другой, связанный с изменением и построением его личности. Ученый полагал, что развитие психики ребенка характеризуется наличием периодов стабильности, когда идет формирование психических новообразований, и кризисов. При этом одним из определяющих факторов развития являются условия, в которых это развитие проходит. Еще один важнейший фактор — движущие силы развития, являющиеся источником энергии развития.

Выготский считал, что «кризис развития — это сосредоточение резких и капитальных сдвигов и смещений, изменений и переломов в личности ребенка. Кризис — цепь внутренних изменений ребенка при относительно незначительных внешних изменениях...

Сущность каждого кризиса — перестройка внутреннего переживания, определяющего отношение ребенка к среде, изменение потребностей и побуждений, движущих его поведением...

Суть кризиса — в противоречиях, протекающих остро, порождающих сильные эмоциональные переживания и далее возможные нарушения поведения и взаимоотношений детей со взрослыми.

...Кризис — это начало перехода от одного этапа развития к другому, он возникает на стыке двух возрастов и знаменует завершение одного периода и начало другого.

...Источник кризиса — в противоречиях между возросшими потребностями и возможностями ребенка и взаимоотношениями с окружающими людьми и видами деятельности».

От рождения до юношества ребенок проходит в развитии пять кризисов, каждый из которых имеет свое анатомо-физиологическое воплощение в характерных изменениях соматических параметров организма:

- кризис новорожденных;
- кризис 1-го года жизни;
- кризис 3 лет;
- кризис 7 лет;
- кризис полового созревания.

Л. С. Выготский указывал на необходимость рассматривать развитие аффективной и интеллектуальной сфер в динамическом единстве, что стало шагом вперед — от чисто когнитивной теории в сторону психодинамического понимания развития. Однако ему не удалось дать ответ на вопрос, что является движущей силой развития.

Д. Б. Эльконин рассмотрел развитие личности ребенка в динамическом единстве мотивационно-потребностной (аффективной) сферы и интеллекта (операционно-технических возможностей), приняв в качестве движущей силы развитие системы отношений и деятельности в едином процессе на разных фазах и в разные периоды развития психики ребенка, а также выявил характерные для данного процесса закономерности.

С точки зрения Д. Б. Эльконина, «для Ж. Пиаже интеллект есть механизм адаптации, а его развитие есть развитие форм адаптации ребенка к “миру вещей”». Для З. Фрейда механизмы вытеснения, цензуры, замещения выступают как механизмы адаптации ребенка к «миру людей».

Сам Д. Б. Эльконин считает, что «деятельность ребенка внутри систем “ребенок — общественный предмет” и “ребенок — общественный взрослый” представляет единый процесс, в котором формируется его личность». Деятельностью ребенка он видит прежде всего ролевую игру, его общение с людьми и предметами.

В системе «ребенок — вещь — ребенок — общественный предмет», по мнению Д. Б. Эльконина, для усвоения, что такое предмет, ребенку недостаточно усвоить физические характеристики вещи; наиболее важным для его развития является усвоение общественных способов действий с предметами. Физические свойства — лишь ориентиры для действий.

Усваивая общественно выработанные способы действий с предметами, ребенок формирует собственную личность как члена общества, свой интеллект, собственные силы — как познавательные, так и физические. Именно по уровню овладения действиями с предметами он сравнивает себя с ровесниками, старшими детьми, взрослыми и оценивает свои возможности.

Система «ребенок — взрослый» на самом деле — это «ребенок — общественный взрослый», так как взрослый для ребенка — не только носитель индивидуальных качеств, но и обладатель определенных общественных видов деятельности, вступающий в разнообразные отношения с другими людьми. Усвоение детьми задач, мотивов и норм отношений, существующих

в деятельности взрослых, осуществляется через их моделирование (ролевая игра, учеба и т. д.).

Какова периодизация психического развития детей по Д. Б. Эльконину, с учетом систем отношений и ведущей деятельности ребенка на разных этапах развития?

ПЕРВАЯ ЭПОХА в жизни ребенка — РАННЕЕ ДЕТСТВО, состоит из двух периодов:

1. Младенчество. По мнению Эльконина, ведущая деятельность младенца — непосредственно-эмоциональное общение со взрослыми, внутри нее формируются ориентировочные и сенсомоторно-манипулятивные действия.
2. В периоде раннего детства ребенок переходит к собственно предметным действиям, на первый план в общении со взрослыми выступает не эмоциональный компонент, а деловое практическое сотрудничество. В данный период происходит развитие сенсомоторного интеллекта, подготавливающего возникновение символической функции. В этом же возрасте формируется речь, которую, по мнению Эльконина, ребенок использует для налаживания сотрудничества внутри предметной совместной деятельности. Ведущей деятельностью здесь является предметная деятельность.

ВТОРАЯ ЭПОХА — ДЕТСТВО

3. Дошкольный период: ведущей деятельностью является ролевая игра, в которой ребенок моделирует отношения между людьми. «Ролевая игра выступает как деятельность, в которой происходит ориентация ребенка в самых общих фундаментальных смыслах человеческой деятельности. На этой основе у ребенка формируется стремление к общественно значимой и оцениваемой деятельности, которое является критерием готовности к школьному обучению». В этом заключается ведущая функция игры.
4. Младший школьный период характеризуется учебной деятельностью детей, в процессе которой происходит интенсивное формирование их интеллектуальных и познавательных сил. «Через учебную деятельность опосредуется вся система отношений ребенка с окружающими взрослыми вплоть до личного общения в семье».

ТРЕТЬЯ ЭПОХА — ПОДРОСТНИЧЕСТВО

5. Период младшего подростничества характеризуется установлением интимно-личных отношений между подростками. Эта деятельность — деятельность общения. Основным ее содержанием является другой подросток как обладатель личных качеств. «Формирование отношений

в группе подростков на основе “кодекса товарищества” воспроизводит наиболее общие нормы взаимоотношений, существующих между взрослыми в данном обществе».

Таким образом, ведущей деятельностью в этот период развития является деятельность общения — построение отношений со сверстниками на основе определенных морально-этических норм, опосредуемых в поведении подростков.

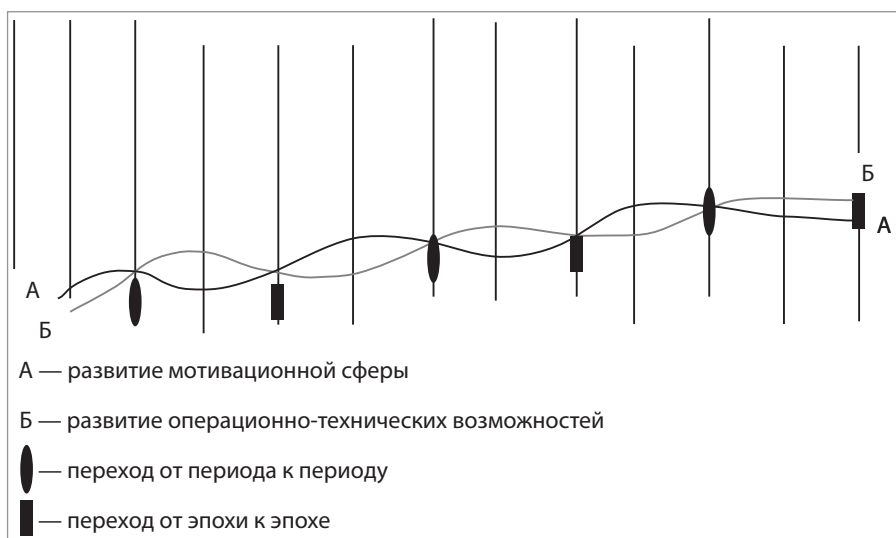
6. Период старшего подростничества: благодаря тому, что в предыдущем периоде формируется самосознание, личный смысл жизни на основе общности с ровесниками, возникают предпосылки для постановки новых задач и мотивов собственной дальнейшей деятельности, направленной на будущее, — деятельности, приобретающей профессионально-учебный характер.

Анализируя характер ведущей деятельности в каждом периоде каждой эпохи, стоит обратить внимание на определенные закономерности:

7. Каждая эпоха начинается с периода, в котором ведущей деятельностью является деятельность в системе «ребенок — общественный взрослый» и в котором формируется преимущественно мотивационно-потребностная сфера личности.
8. Каждая эпоха завершается периодом, в котором ведущей деятельностью является деятельность в системе «ребенок — общественный предмет» и формируется преимущественно интеллектуальная, познавательная сфера.
9. Переход от одной эпохи к другой характеризуется наступлением кризиса (первый — кризис 3 лет, второй — кризис полового созревания). Оба кризиса имеют много общего: тенденция к самостоятельности, ряд сложностей в отношениях со взрослыми. Кризис возникает из-за несоответствия между операционно-техническими (интеллектуальными) возможностями ребенка и задачами, мотивами деятельности (отношение), на основе которых они формировались.

Как видно из приведенных выше данных, учение Л. С. Выготского — Д. Б. Эльконина о периодизации психического развития детей может быть отнесено к той части когнитивной теории, где постулируется, что ребенок — не только «активный ученый», как у Ж. Пиаже, но развитие, становление его личности происходит в определенной социальной среде и при взаимодействии с другими людьми.

Сопоставляя данную периодизацию с другими, можно заметить, что основные вехи развития совпадают; содержание фаз, стадий развития каждая теория объясняет по-своему, обращая внимание преимущественно на одну сторону личности ребенка.



Фазы	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
Периоды	Младенчество		Раннее детство		Дошкольное		Младшее школьное		Младшее		Старшее	
Эпохи	Раннее детство				Детство				Подростничество			

Рис. 1.1. Д. Б. Эльконин. Становление личности человека

Сенсомоторная стадия	Предоперационная стадия	Стадия конкретных операций	Формальная операционная стадия
----------------------	-------------------------	----------------------------	--------------------------------

Рис. 1.2. Ж. Пиаже (стадии развития мышления)

Оральная фаза	Анальная фаза	Эдипальная фаза	Латентная фаза	Генитальная фаза
---------------	---------------	-----------------	----------------	------------------

Рис. 1.3. З. Фрейд (психосексуальное развитие)

Отделение — индивидуация	Зависимость — независимость	Эдипальные отношения	Развитие Эго и защит	Предподростковая прелюдия	Подростковая революция
--------------------------	-----------------------------	----------------------	----------------------	---------------------------	------------------------

Рис. 1.4. А. Фрейд (развитие объектных отношений)

Доверие — недоверие	Автономия — зависимость	Инициатива — вина	Трудолюбие — неполноценность	Идентичность — ролевая неопределенность
Младенчество	Ранний детский возраст	Дошкольный возраст	Младший школьный возраст	Подростковый возраст

Рис. 1.5. Э. Эриксон (социализация)

Соматовегетативный	Психомоторный	Аффективный	Эмоционально-идеаторный
--------------------	---------------	-------------	-------------------------

Рис. 1.6. В. В. Ковалев (уровни реагирования)

Однако все вместе они дают объемную стереоскопическую картину становления многогранной личности человека (рис. 1.1–1.6).

Гуманистические теории развития личности

Гуманистическая психология, по мнению Г. Крайг (2000), сформировалась в середине XX века в противовес теориям научения, проповедовавшим внешний детерминизм в развитии и фрейдизм с его пансексуализмом — внутренним детерминизмом сексуальных и агрессивных инстинктов.

Гуманистическая психология предлагает холистическую теорию личности и тесно связана с философией экзистенциализма — направления, в центре внимания которого — стремление человека найти смысл собственного существования, жить свободно и ответственно в соответствии с этическими принципами (Г. Крайг, 2000). Для последователей этого направления главное — человеческий потенциал. Человек как биологическая единица отличается от всего животного мира способностью пользоваться символами и мыслить абстрактно, поэтому результаты экспериментов на животных, по мнению гуманистических психологов, неинформативны относительно людей.

Психологи гуманистического направления считают одинаково значимыми сознательное и бессознательное, как равные проявления душевной жизни человека.

Наиболее яркими представителями этого направления являются А. Маслоу и К. Роджерс.

А. Маслоу (1908–1970) предложил концепцию «Я» (1954), согласно которой главная врожденная потребность человека — потребность в самоактуализации, то есть максимально полном развитии своего потенциала.

Однако, по его мнению, эта потребность может быть удовлетворена только после того, как удовлетворены потребности в безопасности, любви, пище, крове, одежде.

По Маслоу, иерархия потребностей такова.

Базисные потребности — физиологические потребности выживания — являются основой для сохранения себя как представителя биологического вида (подобно представителям животного мира). На основе физиологических потребностей «вырастает» потребность в безопасности, защищенности, без удовлетворения которой самоактуализация не произойдет.

На следующем уровне возникает потребность в принадлежности — любить и быть любимым, иметь физический и душевный контакт с другими людьми, входить в разные человеческие группы и сообщества.

Далее следует потребность в уважении к себе, то есть адекватная самооценка, которая подтверждается положительными реакциями окружающих.

При удовлетворении всех названных потребностей человек готов полностью развить свой потенциал, то есть самоактуализироваться. «Человек должен стать тем, кем он может стать». Человек делает это всю жизнь, может достигнуть вершин, а может и нет.



Рис. 1.7. Пирамида Маслоу

К. Роджерс (1902–1987) считал, что ядро характера человека составляют положительные конструктивные импульсы, начинающие действовать с самого рождения. Он не разрабатывал теории стадийного развития личности, а исходил из идей, возникавших в процессе практики, непосредственной работы с клиентами. Ему принадлежит «клиент-центрированная» психотерапия, основой которой он считал положительное безусловное принятие психотерапевтом клиентов и всех людей в целом.

Гуманистические теории личности, при всей привлекательности предлагаемого ими холистического подхода к человеку, в основном больше подходят для проведения психотерапии, нежели для объяснения становления личности ребенка, подростка, взрослого.

Контрольные вопросы

1. Дайте краткую характеристику теорий научения, осветите их практический смысл.
2. Что такое когнитивные теории развития? Охарактеризуйте основные пункты концепции Ж. Пиаже.
3. Расскажите о закономерностях и периодизации психического развития детей согласно теории Л. С. Выготского — Д. Б. Эльконина.
4. Что вы можете сказать о роли Н. И. Озерецкого, Г. Е. Сухаревой, Г. О. Ушакова и В. В. Ковалева в решении проблемы периодизации психического развития детей?
5. Сравните теорию научения, когнитивную теорию, психодинамические (психоаналитические) и гуманистические теории развития. В чем их отличие и сходство?

Рекомендуемая литература

1. *Аверин В. А.* Психология детей и подростков. — СПб., 1994.
2. *Кон И. С.* Ребенок и общество. — М.: Наука, 1988.
3. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1979.
4. *Крайг Г.* Психология развития. — СПб.: Питер, 2000.
5. *Эльконин Д. Б.* К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Вопросы психологии. — 1971. № 4. С. 6–20.
6. *Эриксон Э.* Детство и общество. — Обнинск, 1993.

Глава 2. Основные теории в психоневрологии (психиатрии, психотерапии и медицинской психологии)

Психология отношений В. Н. Мясищева*

Э. Б. Карпова

Личность — система отношений

Согласно концепции В. Н. Мясищева, сущностью личности является отношение к действительности. Мясищев рассматривал отношение как психическое выражение связи субъекта и объекта. По его словам, оно «объективно, как реально существующая связь между человеческим индивидом и предметами объективной действительности. Но оно одновременно и субъективно, так как принадлежит субъекту, человеческому индивиду, деятелю, получает в его сознании субъективное отражение» [2, с. 147].

Личность, цельная по своей природе, при психологическом анализе неизбежно предстает перед исследователем в виде системы неких элементов. В концепции В. Н. Мясищева в качестве таких первоэлементов выступают отдельные отношения к отдельным сторонам действительности. Именно в соответствии с этим личность определяется как система отношений. В. Н. Мясищев писал: «Изучение сложного целого по частям неизбежно, но оказывается продуктивным при условии, что его элементы одновременно выражают это целое. Элементом, соответствующим данному требованию, является понятие отношения личности, или психического отношения человека. Им пользовались наши учителя — В. М. Бехтерев и А. Ф. Лазурский»

* Более подробное и развернутое изложение концепции В. Н. Мясищева на основе современного прочтения его работ представлено в работе Б. В. Иовлева и Э. Б. Карповой [1].

[2, с. 8]. Отношение в концепции В. Н. Мясищева выступает в качестве первоосновы, первоматерии, субстанции, «вещества» личности. Все другие принятые в общей психологии понятия рассматриваются в контексте теории отношений как вторичные, производные, соотносящиеся с понятием *отношение*.

Сушностные характеристики отношений

Отношения, выступающие как структурные первоэлементы личности, обладают целым спектром характеристик. Некоторые из них являются неотъемлемыми для отношений. По мнению В. Н. Мясищева, «отношения человека в специальном психологическом смысле представляют собой сознательную, активную, избирательную, целостную, основанную на индивидуальном общественно обусловленном опыте систему временных связей человека как личности-субъекта со всей действительностью или с ее отдельными сторонами» [2, с. 150].

К сушностным характеристикам отношений, таким образом, относятся: ***целостность, активность, сознательность и избирательность***.

Целостность

В. Н. Мясищев рассматривал отношения как сушностно целостные, поскольку, с одной стороны, по его словам, «к действительности относится *человек в целом*» [2, с. 210], а с другой — «отношения связывают человека не столько с внешними сторонами вещей, сколько с самим *предметом в целом*» (курсив наш. — Э. К.) [там же, с. 211].

Отдельное отношение, выступающее как первоэлемент личности, может быть выделено только в процессе психологического анализа и лишь в качестве категории ее познания. Отдельно взятое отношение есть отражающая психическую реальность абстракция, поскольку его разграничение с другими отношениями условно, при этом каждое из отношений, выделенное в процессе анализа как элементарное, в свою очередь, может быть расчленено. При изучении личности такой психологический анализ должен быть дополнен синтезом выделенных отношений в их целостную структуру.

Активность

Являясь выражением связи человека с разными сторонами объективной действительности, «...отношение, строго говоря, возникает там, где есть субъект и объект отношений» [5, с. 110–111]. Субъект же, по определению, является производителем действия или носителем состояния. Отношение, являющееся первоэлементом личности, В. Н. Мясищев рассматривал как носителя потенциальной активности.

По его словам, деятельность как процесс связана «...со сложной суммой, лучше сказать, интегралом потенциальных компонентов» [6, с. 10]. В качестве этих компонентов и выступают «активности» отношений, в своем единстве образующие психическую активность личности.

Сознательность

Исходя из определения сознания как высшей ступени развития психики, В. Н. Мясищев приходит к выводу, что «...психология личности и ее отношений является *по преимуществу* психологией сознания» (курсив наш. — Э. Б.) [2, с. 70]. Говоря о сознательности отношения, он указывал на возможность существования многих ее ступеней, «проходимых человеком в процессе развития» [2, с. 210].

Есть основания утверждать, что Мясищев ясно осознавал роль бессознательного в личности, особенно в генезе неврозов и их терапии, и подразумевал, что осознание того, что определяет поведение человека, но ранее им не осознавалось, не только возможно, но и по существу является одной из главных задач в педагогике и психотерапии.

Избирательность

Избирательность отражает субъективность отношения. Отношение к объекту принадлежит субъекту, субъективно. «Понятие избирательности реакций в зависимости от особенностей реагирующего подчеркивает то, что у другого лица реакция на тот же предмет, поскольку она будет зависеть от иного отношения, оказывается существенно отличной» [1, с. 115]. Отношение разных людей к одному и тому же человеку, событию, объекту, если рассматривать его во всей полноте содержания, всегда различно. Можно добавить, что субъект выбирает и сами объекты отношения из всего многообразия окружающей действительности.

Личность в своих отношениях — к себе, другим людям, объектам и событиям мира — всегда избирает, выбирает, оказывает предпочтение, отвергает.

Компоненты отношений

Согласно В. Н. Мясищеву, все феномены психики при их психологическом анализе можно рассматривать в контексте двух категорий — *потенциального (латентного)* и *процессуального (актуального)*. К категории «процессуального» В. Н. Мясищев относил психические процессы — то в психике, что разворачивается во времени и становится в этом смысле «актуальным». Категория потенциального отражает возможность бесконечного многообразия форм психической активности, из которых в каждый момент актуализируется, тем самым переходя в другую категорию, лишь одна.

Отношение представляет собой феномен потенциального в психике и может лишь определять протекание психических процессов и психическую деятельность в целом. Отношение актуализируется и процессуально раскрывается в поступках, мыслях, чувствах, не обязательно осознаваясь как отношение, а сознанию открывается в виде спонтанной или в специально направленной рефлексии субъекта отношения. Тем самым отношение становится актуальным, оформляясь в сознании словесно.

При рефлексии отношение лингвистически может оформляться и традиционно оформляется в трех дополняющих друг друга описаниях, относящихся к трем сферам: эмоциональной, мотивационно-поведенческой и когнитивной. В соответствии с данной направленностью психологического анализа описания изменений в этих трех сферах психического в обобщенном виде могут быть представлены как ответы на вопросы: *какие чувства, эмоции, какие мотивы; какие знания* связаны с отношением к объекту. По В. Н. Мясищеву, «...в каждом психологическом факте в той или иной степени включены эти три стороны, три аспекта, или три компонента, а в различных видах процессов психической деятельности, состояний и отношений они выступают различно» [2, с. 213].

Таким образом, наряду с перечисленными сущностными свойствами, в концепции отношений выделяются три компонента. Понятие о компоненте отношения отражает возможность его рассмотрения (научного психологического анализа) в трех разных смысловых ракурсах.

Эмоциональный компонент отношений. По словам В. Н. Мясищевой, «эмоция как целостная реакция личности выражает и формирует эмоциональное отношение» [1, с. 154]. В отношении неразрывно сливаются «отражение объективного предмета... с оценочным отношением и эмоциональной реакцией самого субъекта» [2, с. 155]. Целостность в эмоции понимается как единство множественных способов проявления отношения организма к внешнему объекту и глубокими изменениями всей внутрисоматической динамики, происходящей у человека вследствие эмоции, при взаимодействии его с объектом. Непосредственная оценка, генетически связанная с эмоцией, претерпевает качественное изменение и становится сознательной при рефлексии и лингвистическом ее оформлении посредством существующих понятий, используемых для описания всей полноты эмоциональной и чувственной жизни человека.

Мотивационно-поведенческий (волевой) компонент отношений представляет собой необходимое условие проявления этого отношения в окружающей человека действительности. «Человек проявляет себя в действенном взаимодействии с действительностью. Чем богаче индивидуальность, тем активнее она перестраивает действительность, тем шире ее опыт, тем более опосредованы ее реакции, тем более они утрачивают зависимость от непо-

средственных условий момента и становятся как бы внутренне обусловленными» [2, с. 164]. Понятие воли, согласно В. Н. Мясищеву, является «видом активного преобразующего отношения человека к различным сторонам объективной действительности и к себе самому» [2, с. 152]. Осуществление всякого действия, выступающего как структурный элемент деятельности, основано на волевом компоненте отношения. «Мотив как основание действия, решения или усилия является не чем иным, как выражением отношения к объекту действия, выступая субъективно как желание, стремление, потребность, сознание долга, необходимость и т. д.» [2, с. 119].

Когнитивный (познавательный) компонент отношений. В. Н. Мясищев подчеркивал, что «отношения связывают человека не столько с внешними сторонами вещей, сколько с их существом, с их смыслом» [7, с. 143].

Результатом познания воспринимаемой действительности является понимание ее смысла: «...понимание, то есть, казалось бы, интеллектуальный процесс, рассудочная деятельность, переделывает всего человека» [1, с. 133–134]. С другой стороны, «мы видим, как субъективный фактор влияет на процесс познания, как роль отношения сказывается в мыслительных актах, как отношения вплетаются в живую ткань мыслительного процесса, как они стимулируют, ориентируют мышление или как они дезорганизуют, неправильно ориентируют его» [1, с. 134].

Развитие и динамика отношений

Четвертой важнейшей смысловой осью, необходимой для анализа категории отношений, является время, то есть рассмотрение становления и динамики отношения.

Личность представляет собой такую систему отношений, которая образуется и развивается во времени. В. Н. Мясищев писал: «В ранней стадии у ребенка соответственно нет отношений, его реакции обусловлены импульсами непосредственного удовлетворения своих органических влечений. В дальнейшем развитии они крайне неустойчивы, импульсивны, непосредственно обусловлены аффективным состоянием или аффективной реакцией, вызываемой предметами и лицами окружающей действительности. Еще дальше завязываются определенные отношения с действительностью, имеющие еще непосредственно-эмоциональный, конкретно-личный характер, определяясь привязанностью или враждой, интересом и т. п. Параллельно с формирующимся сознанием объективной действительности у ребенка возникает объективная мотивировка отношений, и он начинает действовать в силу сознания необходимости и подчинять непосредственные побуждения, желания и эмоции опосредованным мотивам» [2, с. 60].

Понимание генеза отношения к объекту (событию) предполагает понимание того, как этот объект (событие) репрезентируется в сознании субъекта отношения*. Однако важно подчеркнуть, что отношение к объекту (событию) опосредовано репрезентацией этого объекта (события) в сознании. Объект (событие) может быть репрезентирован в сознании неполно и даже искаженно. В этом смысле понять отношение личности к объекту (событию) можно, лишь понимая неполноту и искаженность его репрезентации. Следует обратить особое внимание на то, что отношение может формироваться и к несуществующим объектам, репрезентация которых возникает, например, на основе фантазий, ложных сообщений.

В связи с этим при психологическом анализе отношения целесообразно и даже необходимо выделить предмет отношения как особую психологическую категорию, противопоставляемую объектам (событиям) как феноменам физического мира. Такое противопоставление подчеркивает несовпадение, нетождественность предмета отношения и объекта (события).

Объект (событие) может быть воспринят человеком непосредственно как развертывающийся во времени процесс. Репрезентацией объекта (события) в этом случае является образ восприятия. Следует подчеркнуть, что на данный процесс в той или иной мере влияет уже имеющая место система отношений. Восприятие осуществляется как в контексте известных личности знаний об объекте (событии), так и в более широком контексте других знаний об окружающем мире. Тем самым даже первичный образ восприятия не является личностно нейтральной репрезентацией объекта (события). Феномен влияния личности на восприятие объекта (события) хорошо известен в психологии и описывается как механизм личностной проекции.

Кроме того, человек может получать сведения об объекте (событии) и без его непосредственного восприятия. Репрезентацией объекта (события) в таком случае является совокупность знаний о нем. Снова следует оговориться, что когнитивный образ объекта (события), как и образ восприятия, личностно не нейтрален. «Проективное» влияние системы отношений на возникновение когнитивного образа объекта (события) осуществляется, например, через механизмы извлечения из памяти тех или иных знаний, привлечения к ним большего или меньшего внимания.

Как правило, объект репрезентирован и образом восприятия, и знаниями об объекте (событии).

* Описываемые механизмы возникновения отношения к объекту (событию) сохраняют свое значение и для понимания генеза отношения к другому человеку или самому себе, хотя в то же время лишь этими механизмами он не исчерпывается.

Если в воспринимаемой человеком окружающей действительности появляется новый объект (событие), то одновременно возникает новое отношение соответственно возникшему в сознании новому предмету отношения. Появление нового отношения определяется всеми ранее существовавшими отношениями, каждое из которых влияет на возникновение нового и само испытывает изменяющее воздействие вновь возникшего, что обусловлено целостностью как сущностным свойством отношений личности.

Возникшее отношение непрерывно меняется на основе нового жизненного опыта. Как уже было отмечено, каждое отношение возникает и развивается в единстве с другими отношениями. Изменчивость отношения личности — правило, а не исключение. В то же время следует обратить внимание на то, что изменчивость отношений различна. В. Н. Мясищев отмечал, что «отношения могут быть устойчивые или неустойчивые, варьируя от моментальной ситуативной лабильности до высокой стабильности. Но стабильные отношения могут быть и инертно стойкими» [8, с. 70–71].

Изменения, происходящие в отношениях, могут описываться как различающиеся по *значительности, скорости, ограниченности — распространности, локализации*.

Характеристика *значительности* изменения отражает меру сходства «бывшего» и «ставшего» отношения. Чем более несходно «новое» отношение по сравнению со «старым», тем значительнее произошедшее с ним изменение.

Характеристика *скорости* изменения отношений отражает время, в течение которого это изменение становится значительным. Есть круг отношений, которые обычно меняются быстро. Это прежде всего отношения к тем элементам меняющейся окружающей среды, физической и социальной, которые не являются особо важными для личности. В то же время есть отношения, которые обычно меняются крайне медленно. В первую очередь это касается отношений, входящих в подсистему отношений к самому себе.

Характеристика *ограниченности — распространности* отражает «объем» одновременно меняющихся отношений во всей системе отношений. Данная характеристика изменений отношений осмыслена лишь применительно к значительным по выраженности изменениям, которые могут быть более ограниченными и более широкими.

Характеристика *локализации* изменений в системе отношений отражает то, какие смысловые подсистемы отношений затронуты изменениями. Понятие о локализации изменений выражает положение наиболее меняющихся отношений в их смысловом (семантическом) пространстве. Такая характеристика, отражающая «место» выраженных изменений в системе отношений, дополняет характеристику ограниченности — распространности, отражающей объем этих изменений.

В целом динамические свойства структуры системы отношений можно описать на метафорическом языке пространственных аналогий, используя образ ядра и окружающих его оболочек. Чем более поверхностными в этой структуре являются отношения, тем они более изменчивы. Поверхностный слой отношений как бы флюктуирует даже в условиях относительно постоянной среды. Другой особенностью отношений, находящихся на поверхностном слое, кроме изменчивости, является меньшая степень их влияния на изменения других отношений. В то же время чем более глубокими в структуре личности являются отношения и чем ближе они к ядру личности, тем более статичными, неподатливыми к изменениям в окружающей среде и во внутреннем мире человека они являются. Отношения, входящие в ядро личности, могут оставаться относительно постоянными даже на протяжении больших временных интервалов. Одновременно важно отметить, что изменения глубоких ядерных отношений личности, если они происходят, вызывают значительные и широкие изменения в других отношениях, занимающих более поверхностное место в структуре.

Такие значительные изменения в системе отношений личности, захватывающие ядро системы, имеют экстраординарный характер, происходят чрезвычайно редко и, как правило, медленно. Однако глобальные личностные изменения могут происходить и практически одновременно в результате внезапного переосмысления человеком накопленного жизненного опыта. Внезапное переосмысление своей жизни, включая отношение к самому себе и другим людям, соответствует специальному психологическому понятию инсайта. Внезапно наступающее переосмысление истории собственного существования может возникать вследствие отдельного эмоционально насыщенного события, но может быть и субъективно беспричинным, воспринимаемым самой личностью как спонтанное.

Следует обратить внимание, что, несмотря на изменчивость, присущую системе отношений, личность остается аутентичной самой себе. Это не отрицает того факта, что она может меняться существенным образом. И при употреблении таких выражений, как «человек стал другим», «его личность изменилась», подразумевается, что другой стала та же самая личность.

Динамика отношений может быть естественным, неуправляемым процессом. Сюда относится и патологическое изменение системы отношений личности, которое наблюдается при развитии нервно-психических заболеваний. В то же время данный процесс может управляться сознательно — самим человеком и его окружением. Именно на этой основе строятся процессы воспитания, психокоррекции и психотерапии.

Свойства целостной системы отношений

В концепции В. Н. Мясищева личность определяется как целостная система отношений. Ее можно охарактеризовать не только через описание свойств отдельно анализируемых отношений, но и как целое, через системные свойства. И важнейшим свойством является *иерархичность*.

По словам В. Н. Мясищева, «избирательные отношения человека многосторонни и сложны, но не разрознены и не рядоположены, а составляют единую сформированную его опытом индивидуальную иерархическую историческую систему, внутренне связанную, хотя, может быть, и противоречивую» [4, с. 35]. «Подобно тому, как объекты окружающей действительности имеют разную важность для человека, в системе его отношений имеется иерархия господствующих и подчиненных отношений» [там же, с. 36]. Отношения, занимающие более высокое положение в иерархической системе, выступают как доминирующие над отношениями, занимающими в ней более низкое положение.

Важным представляется вопрос, *какие* отношения занимают наиболее высокое положение в их иерархии и тем самым рассматриваются как *доминирующие* над всеми другими. «С вопросом о доминирующих отношениях связаны вопросы о том, для чего живет данный человек, что для него является смыслом жизни» [4, с. 36].

Понятие доминирования отношений тесно связано с понятием их *значимости*. Из двух отношений наиболее значимое — то, которое занимает более высокое место в иерархии и является доминирующим. В. Н. Мясищев писал: «Значимость — это *важность* (курсив наш — Э. Б.) объекта для кого-то и в каком-то отношении, значимость близка к категории оценочных отношений, но значимость не существует вне личности и ее отношений» [2, с. 415].

Как уже отмечалось, активность отдельного отношения потенциальна и может лишь вместе с активностью других отношений обуславливать деятельность (поведение) в каждый момент времени. В этом смысле психология отношений В. Н. Мясищева созвучна психодинамическому представлению о психической активности. Чем выше значимость, важность отношения, тем больше его вклад в «интеграл» потенциальных активностей отношений [6, с. 10]. Эта сложная сумма может быть образована активностями в первую очередь значимых отношений — как однонаправленными, так и разнонаправленными, «конкурирующими» относительно реализации потребностей человека. В последнем случае отношения характеризуются как *противоречивые*. То из двух противоречивых отношений, которое оказывается, по словам В. Н. Мясищева, господствующим, и называется доминирующим.

В качестве одной из системных характеристик В. Н. Мясищев выделял *уровень развития* личности. В его высказываниях, раскрывающих смысл этого понятия, отражаются социально одобряемые ценности, принятые в современном автору обществе. «Низшему уровню соответствует примитивный витальный, ситуативно обусловленный характер отношений — влечений, среднему уровню соответствует преобладание отношений конкретно-личного характера, личной симпатии, антипатии, непосредственного утилитарного интереса или расчета. Высшему уровню соответствует преобладание идейных отношений — убеждений, сознания долга, общественно-коллективистических мотивов» [3, с. 78]. «Уровень развития личности одновременно является уровнем развития ее функциональных возможностей, ее, говоря языком психологических понятий, интеллектуальных, волевых, эмоциональных свойств. Сюда же относятся и такие еще малоизученные свойства, как сложность, тонкость, дифференцированность личности» [4, с. 37]. «Богатство личности, выражая уровень ее развития, неразрывно связано с ее сознательностью и ее самосознанием, под которым подразумевается способность личности правильно отражать действительность в ее настоящем и прошлом, а также предвидеть будущее, правильно оценивать себя самого и свое место в действительности» [4, с. 37].

К системообразующим, или структурно-характерологическим, особенностям личности В. Н. Мясищев также относил некоторые другие ее свойства: «...гармоничность, цельность личности, ее широта и глубина, ее функциональный профиль, то есть соотношение различных свойств психики друг с другом» [3, с. 79]. Эти свойства определяются единством и взаимосвязанностью основных сторон личности и характеризуют, по его словам, ее *структуру*.

Завершая описание системы отношений, важно подчеркнуть, что все рассмотренные фундаментальные характеристики отношений неотъемлемо присущи всем отношениям и в этом смысле являются константными их свойствами, которые не индивидуализируют описания отношений личности. В то же время практическая психодиагностика заинтересована в создании личностных переменных, позволяющих создать систему координат, чье использование может психодиагностически охарактеризовать личность одного человека в его сопоставлении с другими людьми.

Согласно концепции отношений, познать личность — свою или другого человека — значит познать с требуемой детализацией всю совокупность отношений человека к самому себе, другим людям и окружающему миру, понимая единство и нерасчленимую целостность этих отношений. Самое глубокое познание человеком личности другого человека должно опираться на осознание ее абсолютной уникальности. Исходя из свойства целостности каждого отношения, отражающего богатство и сложность всей системы

отношений, следует понимать каждое отношение как абсолютно уникальное по своей сути. Выделение для анализа тех или иных отношений из их практически бесконечного спектра (сколь бесконечны стороны действительности) и описание их свойств должно основываться на конкретных целях исследований личности в практической деятельности психолога.

Такой подход к познанию и описанию личности с позиций психологии отношений В. Н. Мясищева имеет значение и для теоретического исследования личности. Научная психология, как и любая наука, ориентирована на выявление и изучение прежде всего общих свойств психики разных людей и тем самым на построение классификаций общих свойств отношений людей к себе и действительности. Поэтому в научной психологии при необходимости используются такие степени детализации в описании отношений, которые позволяют отвлечься от их уникального характера и подчеркнуть сходство, которое удовлетворяет и соответствует целям научного психологического исследования.

Контрольные вопросы

1. Раскройте сущностные характеристики отношений: целостность, активность, сознательность и избирательность.
2. Опишите компоненты отношений, которые соответствуют трем аспектам, сферам психического, в которых принято описывать отношения.
3. Какими свойствами характеризуется целостная система отношений личности?
4. Какие отношения называют значимыми и доминантными?
5. Как В. Н. Мясищев рассматривал уровни развития личности?

Рекомендуемая литература

1. *Иовлев Б. В., Карпова Э. Б.* Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология. — СПб., 1999.
2. *Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. — Л.: Изд-во Ленинград. ун-та, 1960.
3. *Мясищев В. Н., Лебединский М. С.* Введение в медицинскую психологию. — Л.: Медицина, 1966.
4. *Мясищев В. Н.* Понятие личности и его значение для медицины // Методологические проблемы психоневрологии. — Л., 1966. — С. 25–55.
5. *Мясищев В. Н.* Основные проблемы и современное состояние психологии отношений человека // Психологическая наука в СССР. — М., 1960; Т. 2. С. 110–125.

6. *Мясищев В. Н.* Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — СПб. 1993. № 3. — С. 9–20.
7. *Мясищев В. Н.* Проблема отношения человека и ее место в психологии // Вопросы психологии. — 1957. № 5. — С. 142–155.
8. *Мясищев В. Н.* Личность и отношения человека // Материалы симпозиума «Проблемы личности». — М., 1970.

Системный подход, теория хаоса и акторно-сетевая теория в современной психотерапии

Э. Г. Эйдемиллер, А. Э. Тарабанов

Современная психотерапевтическая практика — особый медицинский и социокультурный феномен. Теоретический базис большинства психотерапевтических направлений представляет собой пример синтеза гуманитарного и естественно-научного знания. Эффективность терапевтического воздействия может рассматриваться в терминах не только психиатрической, медицинской или биологической наук, но и гуманитарных дисциплин. С другой стороны, математическое знание, методология теории систем, теория хаоса и динамических систем, теория поля и акторно-сетевой подход становятся фундаментальными принципами психотерапевтических школ и направлений, используются для оценки психотерапевтического процесса и интервенций.

Рассмотрим самые известные и релевантные психотерапевтической практике парадигмы научного знания.

Системная парадигма

Системная парадигма в психотерапии берет начало в теории систем Людвиг фон Берталанфи и кибернетической теории Норберта Винера. Клиент или пациент рассматривается как часть семейной системы, которая является объектом психотерапевтического воздействия.

Теория систем и обратная связь

В 1950-е годы ряд теоретиков (Эшби, 1956; Бейтсон, 1972; фон Берта-ланфи, 1962) предложили инновационную для того времени теорию, которая получила название «кибернетика». Некоторые из стимулов для развития кибернетики пришли из биологических наук, где было замечено, что анализ организма человека через его разделение на составные части и выделение обособленных функций не способен адекватно объяснить способность организма поддерживать стабильность и адаптироваться к внешним и внутренним изменениям. Было высказано предположение, что организм человека можно рассматривать как набор компонентов, которые работают вместе интегрированным и скоординированным образом для поддержания стабильности. Считалось, что координация достигается посредством связи между компонентами или частями системы. Бейтсон (1958) был одним из первых, кто предположил, что разные социальные отношения — ритуалы, церемонии, семейная жизнь — могут рассматриваться как модели взаимодействий, разработанные и поддерживаемые в процессе обратной связи. Обратная связь — в данном случае метод управления системой через обработку ранее полученных данных. Если эти данные преимущественно числовые и используются для регулирования системы, мы получаем простую обратную связь, функционирующую машинообразно. Однако если информация, которая появляется в результате функционирования системы, способна изменить общий метод и модель функционирования, у нас есть процесс, который можно назвать обучением (Винер, 1954).

Это стало впоследствии важной концепцией для семейной терапии. А именно то, что некоторая информация о последствиях действий, будучи передана обратно, может изменить последующее функционирование системы.

Соответственно, в рамках психотерапии важно не просто сосредоточиться на том, как одно событие или действие вызывает другое, а рассматривать взаимосвязь участников психотерапии. И то, как они взаимно генерируют и конструируют модели совместных действий, основанных на непрерывных процессах изменений.

Связь коммуникации, эмоций и симптомов

Основатели кибернетического подхода исходили из того, что система не просто состоит из отдельных компонентов, вовлеченных в обеспечение поведенческой активности человека. Основопологающим аспектом системы является то, что все ее части находятся в общении друг с другом. Соответственно, если мы рассмотрим семью как систему, то увидим,

что всегда присутствует связь между частями семейной системы, но она не всегда осознается и, по своей природе, не всегда происходит на сознательном уровне. В биологических системах связь может устанавливаться через электрические импульсы, химические реакции и т. д. В человеческих системах общение может происходить на разных уровнях, таких как жестикация, тон голоса, осанка, частота дыхания, обоняние, осязание и т. п. Вацлавик, Бивин и Джексон (1967) предположили, что любое действие может потенциально считаться сообщением, а кроме того, любое общение является многоуровневым. Поэтому когда мы говорим, мы параллельно формируем множество невербальных сообщений. То, что в основном сообщается невербально, — информация об эмоциях, то, как люди чувствуют себя по отношению друг к другу и относятся к тому, что только что было сказано или сделано. Эмоциональные процессы были центральными в концепции семьи как гомеостатической системы у Джексона (1957).

Симптомы как бессознательная коммуникация

Теория систем выдвинула на передний план парадоксальную идею о том, что симптомы могут служить стабилизации семьи или отношений. В частности, Хейли (1963) утверждал, что, несмотря на очевидную боль, дистресс, беспокойство и негативные чувства, которые могут возникнуть у людей, наличие симптома способно парадоксально играть важную роль для обеспечения того, чтобы система не изменилась кардинальным образом. Например, симптомы депрессии могут означать, что страдающий от них (идентифицированный пациент) становится все более беспомощным и, следовательно, нуждается в поддержке других. Это может затруднить процесс расставания с партнером, который хотел бы разорвать отношения. Но теперь он будет ограничен в своих действиях «моральными обязательствами» и чувством вины. Симптом может одновременно отвлечь внимание от основных конфликтных отношений и других семейных разногласий. Психотерапевт может даже отметить что носитель симптомов испытывает некоторое «удовлетворение», возможно, неосознанно, видя, что другие испытывают неудобства из-за необходимости проявлять сочувствие, совершать физическую активность для его нужд и т. п. Коммуникация в теории систем рассматривается не просто как передача информации, но и как само действие. Хейли (1963, 1976) решительно заявлял, что любой акт коммуникации неизбежно связан, часто неосознанно, с попыткой оказать влияние, определить отношения и, прежде всего, договориться о власти.

Циркулярная причинность и групповое взаимодействие

Вероятно, один из самых противоречивых аспектов теории систем — фундаментальное предположение, что взаимодействие объясняется не просто через причинно-следственные цепочки событий (непосредственное взаимодействие членов семьи или группы), а с точки зрения рекурсивных спиралей взаимного влияния во времени. Обычно когда два или более человек взаимодействуют, действия каждого рассматриваются как создание стимула и, кроме того, реакции на стимул со стороны другого. Однако здесь важна одновременность реакции на стимул со стороны другого и активная стимуляция других к определенной активности. Таким образом, и пациенты, и члены любой социальной группы постоянно вовлечены в поток взаимодействий с другими людьми во времени. Концепция циркулярности подчеркивает: причины и поведенческих реакций, и эмоций, и соматических симптомов находятся в процессах взаимодействия двух и более людей. Напротив, в рамках линейной причинной модели предполагается, что проявления внешней активности вызваны внутренними факторами, например личностными особенностями, и что один человек просто вызывает реакцию у другого. В качестве альтернативы такому линейному пониманию в циркулярной и интерактивной модели в фокусе находится наложение поведенческих реакций, эмоций, когниций и интенций всех участников — элементов системы. Именно это взаимодействие формирует общий для всех участников паттерн активности, который создает и поддерживает эмоции и действия участников.

Для системной теории семейных отношений особое значение имеет исследование семейных и автобиографических нарративов — уникальных семейных и личных историй, потому что именно в них пациенты описывают свои отношения не только с профессионалами, такими как психотерапевты и психиатры, но и друг с другом, и с самими собой. Наша личность, наше самосознание — в значительной степени те повествования, которые мы храним о себе и обсуждаем с другими. Например, развитие дружеских отношений, выбор сексуальных партнеров и т. п. Межличностное общение и психотерапевтический процесс включают в себя последовательность взаимного раскрытия через обмен историями о себе, своем прошлом и о том, как люди видят свой целостный автобиографический нарратив. Воспроизводя для других свой автобиографический нарратив, пациент переосмысливает его части и предвосхищает возможные в нем изменения. Психотерапевтический процесс может способствовать прогрессу автобиографических нарративов и придать им самоосуществляющееся качество.

Теория хаоса в психотерапии

Открытые системы и нестабильность

В современной биологической теории живые организмы — динамические, сложные, открытые системы, которые являются диссипативными и нестабильными. Динамическое равновесие в замкнутых системах по своей природе обратимо, противоположные процессы в них могут быть синхронизированы. А равновесие потоков в открытых системах необратимо; второй принцип термодинамики в его обычной форме к таким системам неприменим. Законы, которые там применяются, имеют вероятностный характер.

И. Пригожин и И. Стенгерс (1984) выделили так называемые диссипативные структуры, которые в условиях неравновесия могут возникать самопроизвольно и демонстрировать определенную степень упорядоченности. Таким образом, конкретная система может содержать более одного стабильного решения, и в зависимости от типа случайного возмущения в системе в тот момент, когда она становится нестабильной, возникает тот или иной тип организации. Затем система развивается благодаря ряду случайных возмущений (теория хаоса) и появлению новых организационных структур. Согласно И. Пригожину и И. Стенгерс (1984), эти новые стабильные состояния (порядок), возникающие из случайных возмущений (хаотических состояний), наиболее характерны для современной науки и применимы для всех научных дисциплин. Таким образом, системы могут иметь среднее поведение, колеблющееся в определенных пределах в течение очень длительного периода. Затем, подвергаясь внешнему возмущению, система может утвердиться в другом поведении, которое все еще колеблется, но вокруг другого среднего значения. Большинство природных явлений, как и в физике, регулируются законами, которые являются одновременно динамическими и нелинейными. Все упорядочено отношениями, которые существуют во временной последовательности и взаимодействуют. Согласно И. Пригожину и И. Стенгерс, сложность и непредсказуемость этих физических явлений в природе такие же, как и те, что наблюдаются в общественных организациях и живых организмах.

Субъективная природа людей вводит качественное измерение, которое мы можем понять только с помощью этих количественных моделей, необходимых для понимания того, как энергетические процессы разворачиваются в сфере психического аппарата. Эта модель применима к современной психодинамической психотерапии, а также к анализу психосоматических явлений, как это было сделано в рамках Парижской психосоматической школы Ж. Стора. Понимание динамики открытых систем позволяет иначе взглянуть на либидинальные импульсы и колебания, процессы смещения,

катексис и декатексис. Такой подход позволяет оценить, каково было состояние индивидуальной системы пациента и имела ли она равновесие с самого начала. Незначительные вариации определенных переменных в нелинейной динамической системе могут изначально иметь огромные непредвиденные последствия. Относится ли это к психическим структурам? Обычно психотерапевт ничего не знает о начальных условиях этих систем, может наблюдать их только при появлении нестабильных состояний. Во многих естественно-научных дисциплинах, таких как биология, демография, космология и информационные технологии, исследователи принимают и изучают хаотическую природу релевантных систем.

В случае диссипативных систем, то есть систем, которые рассеивают энергию извне, появляются очаги стабильности, регулярности и порядка, известные как «странные аттракторы». В долгосрочной перспективе аттракторы представляют собой единственно возможные формы поведения для сложной системы. В психотерапии модель «странных аттракторов», равно как и в целом математическая модель, пришедшая из теории хаоса, используется в «нейропсихосоматике» Жана Бенджамина Стора, который предлагает упрощенную объяснительную модель флуктуаций психической энергии в зависимости от количества эндогенных и экзогенных возбуждений, вызванных травмирующим событием. Эта модель продолжает концепцию ментализации, разработанную Пьером Марти (1976, 1980), — ключевую концепцию психической структуры в объяснении процессов соматизации.

Нелинейная (хаотическая) динамика и невербальные процессы в психотерапии

Теория хаоса как научная парадигма, применяемая к исследованию процесса психотерапии, может использовать экспериментальные данные по изучению нейронной обработки информации (Duke & Pritchard, 1991), что, в свою очередь, может служить верификации психоаналитических моделей настроения и самооценки (Abraham, Abraham, Shaw, & Garfinkel, 1990).

Еще в последнее десятилетие прошлого века анализировалась хаотическая динамика психических состояний и процессов ментального контроля (регуляции), которые происходят в рамках сеанса психоаналитической психотерапии, ориентированного на понимание (Redington & Reidbord, 1992; Reidbord & Redington, 1992).

Теория хаоса применима к анализу диадического взаимодействия между пациентом и терапевтом с точки зрения синхронизации двух нелинейных динамических систем. Эти хаотические события есть переходы между психобиологическими состояниями, которые происходят во время аффективных стрессовых и регулирующих стресс транзакций,

имеющих место в психотерапии. Как и в младенчестве, они происходят в дискретные «центральные моменты» (Pine, 1985) на сеансе психотерапии, в критические моменты, когда активируется хаотическая динамика. Эти эпизоды нелинейной психодинамики инициируются трансференциальными коммуникациями, передачами в правом полушарии, которые передаются и принимаются визуальными и просодическими сигналами. Они особенно выражены во время начальных встреч — встреч с психотерапевтом, это моменты, которые связаны с ожидаемыми изменениями психобиологического состояния.

При исследовании хаоса в области физических наук Джексон (1991) утверждает, что «возмущение» динамической системы — предварительное условие управления динамическими потоками и что это позволяет «иерархизированным системам адаптироваться к изменениям окружающей среды». Ряд авторов (Ott и Yorke; 1993) продемонстрировали, что хаотические системы чрезвычайно чувствительны к малым возмущениям и что эти крошечные возмущения с обратной связью управляют траекториями в хаотических системах. Эти исследователи экспериментально продемонстрировали, что даже небольшие возмущения могут использоваться как для стабилизации регулярного динамического функционирования, так и для быстрого направления хаотических траекторий в «желаемое состояние». Еще они показывают, что, используя лишь незначительные возмущения, можно перейти к сложному и адаптивному функционированию. Ссылаясь на «преимущество хаоса», они заключают, что «намеренное включение хаоса в действующие системы дает возможность достичь большей гибкости в их работе». Данный принцип адаптивности также применим к функционированию человеческого мозга и нервной системы в рамках процесса психотерапевтических изменений.

Акторно-сетевая теория в современной психотерапии

Акторно-сетевая теория — новая парадигма социальных наук, основанная на интеграции гуманитарного и естественно-научного знания. Она рассматривает социальную реальность как горизонтальную совокупность сетей, связывающую множество гетерогенных акторов, предполагает заменить изучение иерархизированных социальных систем и подсистем изучением «гибридных сообществ», объединяющих одушевленных (люди) и неодушевленных (артефакты акторов (актор — лат. «действие»). Такой подход, позволяющий интегрировать психическую реальность и реальность предметного мира, — инновационный и перспективный для психотерапевтической практики. Наиболее ярким воплощением акторно-сетевой

парадигмы в психотерапевтической практике является краткосрочная аналитико-сетевая психодрама. Краткосрочная аналитико-сетевая психодрама (КАСП) представляет собой интегративный психотерапевтический метод нового поколения. Она — правопреемница краткосрочной аналитической психодрамы по Э. Г. Эйдемиллеру и Н. В. Александровой, сочетает богатый эмпирический материал, накопленный в рамках исходной психотерапевтической парадигмы с теоретическими парадигмами нейропсихоанализа и акторно-сетевой теории.

В акторно-сетевой теории Бруно Латура повседневная жизнь людей рассматривается как гибридная реальность, взаимодействие одушевленных и неодушевленных акторов. Люди включены в социально-предметные единства, «ассамбляжи», например, «человек и компьютер», «семья и телевизор», др. Сети социальных взаимодействий в основе своей являются нейронными сетями «социально-включенного мозга».

Пример альянса акторно-сетевой теории и психоанализа в КАСП — авторская модификация техники Кьела Рудестама «Семейная фотография». Участникам группы дают задание представить себе, что у них в руках фотоальбомы. Нужно рассмотреть фотографии и остановиться на той, которая привлечет внимание. Обычно внимание привлекают фото, на которых участники группы сфотографированы детьми либо подростками в окружении близких. Они могут воспроизводить семейный нарратив, запечатленный на фотографии, воображая и проигрывая его. Этот нарратив может включать в себя предметы пейзажа, интерьера, которые и являются неодушевленными акторами. «Рассматривая фото», участники психодрамы воссоздают ассамбляжи одушевленных и неодушевленных акторов и связанных с ними эмоций.

Котерапевты помогают протагонисту выбрать вспомогательные Это для проигрывания одушевленных и неодушевленных акторов. Они также обеспечивают ему безопасность во взаимодействии с этими акторами. А протагонист коммуницирует не только с одушевленными, но и с неодушевленными акторами. Это позволяет осознать тревогу, которая сопровождает его на жизненном пути и участвует в создании его автобиографического нарратива.

В практике КАСП участники групп часто выступали в роли домашних животных, а также неодушевленных предметов (акторов), таких как дверцы шкафов и лифтов, руль автомобиля, деревья и пр.

КАСП обеспечивает координацию тела и языка через проигрывание автобиографических нарративов и совершение последовательных, имеющих символическое содержание действий. В процессе психодраматизации особое значение имеют процессы консолидации/реконсолидации памяти, эксплицитной (осознаваемой) и имплицитной (бессознательной). Краткосрочная

аналитико-сетевая психодрама, включая неодушевленных/одушевленных акторов из биографического контекста протагониста, апеллирует к гибкости его памяти, которая может быть использована для имплантации модифицированных воспоминаний (реконсолидации памяти). Реконсолидация памяти позволяет всем участникам КАСП справляться с вновь встреченными жизненными трудностями, позволив узнать в них прежние события из «театра памяти», а также идентифицировать свои поведенческие паттерны как имевшие место ранее.

Использование в КАСП двух видов коммуникаций, эмоциональной и когнитивной, вербализации и действия (игры) позволяет участникам краткосрочной аналитико-сетевой психодрамы эффективно осознать личностные и межличностные проблемы и корректировать их.

В КАСП психотерапевты апеллируют и к протоязыкам человека — просодии, пению, музыке, танцам, мимике, позам, рисунку (от петрографии к живописи).

Стимуляция кинестетики человека с помощью статичных и динамичных расположений тел и их частей, одушевленных и неодушевленных акторов создает в пространстве основу для формирования катарсиса, «когнитивной сборки» и инсайта.

В КАСП воображение и реальность не противоречат друг другу и не имеют четкого разграничения. Мир КАСП соединяет мир внешних одушевленных/неодушевленных акторов и мир интериоризированных объектов селф (самости). Память участников КАСП весьма пластична. Обычная память (левое полушарие мозга, продуцирующее нарративы) открыта для модификации и является конечным продуктом серии повторных интеграций. Это особенно полезно в психодраматических сценах «как это могло бы быть» (излишняя реальность). Чтобы в рамках КАСП произошли требуемые нейропсихологические изменения, необходим оптимальный уровень стресса.

КАСП предполагает задействовать телесную/эмоциональную память. Режиссер психодрамы может многократно задействовать нарративную систему протагониста посредством монолога и других средств психодраматизации. Однако совместное действие режиссера и других участников психодрамы направлено на окончательную интеграцию эмоций, когниций и сенсомоторных импульсов протагониста.

Таким образом, то, что было ранее обнаружено авторами КАСП эмпирически, получило подтверждение с помощью диагностических процедур нейропсихоанализа. Интеграция основных положений нейропсихоанализа и акторно-сетевой теории служит надежным базисом развития современных аналитически-ориентированных методов психотерапии.

Контрольные вопросы

1. В чем заключается альтернатива линейному пониманию внутрисемейного взаимодействия в рамках циркулярной модели в системной семейной психотерапии?
2. Каков главный вопрос для психотерапевта в рамках конструктивистского подхода к семье?
3. Что происходит при воспроизведении пациентом автобиографического нарратива в терапевтической ситуации?
4. Охарактеризуйте теорию хаоса как научную парадигму, применяемую к исследованию процесса психотерапии.
5. Каковы основные теоретические источники краткосрочной аналитико-сетевой психодрамы?

Рекомендуемая литература

1. Krause, Inga-Britt, 2002. Culture and System in Family Therapy. H. Karnac (Books) Ltd. 2002.
2. Рудестам К. Групповая психотерапия. — СПб., 1998.
3. Сатир В. Психотерапия семьи. — СПб., 2000.
4. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб., 2015.

Детский нейropsихоанализ

Э. Г. Эйдемиллер, А. Э. Тарабанов

Нейropsихоанализ — молодое интегративное направление наук в области психического здоровья. Как новая теоретико-методологическая парадигма, он призван дать ответы, поставленные теорией З. Фрейда более века назад, когда нейронаука, по сути дела, находилась в младенческой стадии развития и не могла экспериментально подтвердить ряд инновационных догадок З. Фрейда, обосновать его метапсихологическую теорию. Современный нейropsихоанализ, опираясь на исследования экспериментальных нейронаук, не только подтверждает ряд догадок З. Фрейда, но уточняет и даже опровергает некоторые его положения, помещая их в «нейронный контекст» (G. Northoff, 2011).

Чтобы точнее передать основные теоретические положения нейropsихоанализа и его отношение к современной психотерапевтической практике, необходимо совершить экскурс в историю психоанализа.

Прежде всего, обратим внимание на то, что Зигмунд Фрейд как невролог находился под влиянием двух главенствующих в ту эпоху традиций неврологии: немецкой физиолого-анатомической теории, культивируемой в лаборатории его учителя Теодора Мейнерта, и французской клинко-описательной традиции, ярким примером которой является Ж. Шарко, развивавшейся в клинике Сальпетриер в Париже. Ранние неврологические тексты З. Фрейда, особенно «Об афазии» (1891), убедительно демонстрируют глубокое знание этих европейских неврологических традиций. Однако вскоре проявилась неудовлетворенность Фрейда обоими направлениями. Что стало ее причиной? Немецкая школа в значительной степени опиралась на локализационное понимание функций мозга, сформировавшееся под влиянием П. Брока. Он в 1861 году впервые продемонстрировал, что определенный дефицит языковой коммуникации, в данном случае — потеря речи, но с сохранением ее понимания, коррелирует с повреждением тканей в определенной области коры головного мозга. Позднее это позволило Т. Мейнерту предположить, что существует строгая локализация всех психических функций в отдельных областях мозга. Кроме того, К. Вернике предположил, что некоторые функции могут располагаться на пересечении двух и более участков мозга. Следовательно, повреждение мозга способно нарушить осуществление умственных функций не только из-за повреждения отдельных «функциональных центров», но также и из-за нарушения проводящих путей к ним. По сути дела, это довольно механистический взгляд на анатомическую и физиологическую связь между областями мозга. Функции, согласно этому взгляду, могут быть локализованы в отдельных областях мозга, а также скоординированы через определенные анатомические связи. Недоверие З. Фрейда к данному подходу нарастало, поскольку он понимал, что сложные психические функции, равно как и дисфункции, не могут быть однозначно локализованы в определенных нейроанатомических структурах. В качестве альтернативы Фрейд предложил рассматривать психические функции/дисфункции как динамические физиологические процессы, охватывающие несколько областей мозга и вовлекающие ряд сложных функционирующих систем мозга.

Важно отметить, что на ограниченную применимость классической локализационной модели уже в XX столетии указывало значительное число ученых, например Г. Хед (Великобритания), фон Монаков (Швейцария), А. Пик и К. Гольдштейн (Германия) и др. А советский нейропсихолог А. Лурия не только выступил против классической локализационной и ассоциативной моделей, но и предложил новаторскую структурно-функциональную модель мозга. То есть критический подход к локализационной теории развивался в нейробиологии прошлого века.

Однако в то время существовал и альтернативный взгляд на этиологию психических заболеваний. Во Франции представители клинико-описательной традиции стремились тщательно описывать симптомы и классифицировать их в повторяющихся комбинациях. При этом физиологические и анатомические основы симптомов практически игнорировались. В этом З. Фрейд смог убедиться, когда посетил Ж. Шарко в клинике Сальпетриер. Хотя Ж. Шарко и соглашался с тем, что расстройства, приводящие к дисфункциальности органов, например истерический паралич или афазия, можно объяснить на основе «специфических поражений коры», в то же время был вполне удовлетворен дискриптивным подходом. Таким образом, в Сальпетриер Фрейд в полной мере осознал, что французская клиническая школа не смогла снабдить свои богатые клинические наблюдения соответствующими нейрофизиологическими объяснениями. Это привело к критике гипотезы Ж. Шарко о «функциональных поражениях» при истерии. З. Фрейд заявил, что характер нарушений при истерии предполагает изменение нейрофизиологического свойства и не требует необъяснимого и не подтвержденного практикой понятия «функциональной структуры». Однако вслед за Ж. Шарко он отмечает, что симптомы истерических заболеваний не соответствовали академическим медицинским знаниям, но по необъяснимой причине соответствовали повседневному представлениям пациентов об устройстве тела человека.

Таким образом, З. Фрейд пришел к выводу о необходимости проводить психологический анализ повседневных представлений о природе человеческого тела и их индивидуального значения для каждого пациента. Такой взгляд предполагал альтернативный динамический подход к рассматриваемому нарушению, но не отбрасывал нейрофизиологическое обоснование. В данном случае поражение двигательных функций при истерическом параличе основано на изменении собственных представлений пациента о двигательных функциях его руки. С психологической точки зрения паралич означает исключение руки пациента из целостной репрезентации всего тела. То есть данное нарушение вполне возможно без повреждения нервной ткани и соответствующей области коры.

Фрейд подошел к нейроанатомической модели как бы с другой стороны. Через психологический анализ стало возможным отследить органические изменения, которые могут динамически приводить к дисфункциям и симптомам. Подход Ж. Шарко к головному мозгу предполагал, что «функциональные поражения» детерминированы областями коры, которые связаны с управлением пораженной частью тела. Инновация З. Фрейда состояла в том, что данные нарушения признавались динамическими нейрофизиологическими дисфункциями, включенными в определенный психологический контекст, изменение которого и приводит к поражению определенных частей

тела. Таким образом, З. Фрейд, опираясь на исследования афазии и истерии, пришел к выводу, что кажущуюся иррациональность, противоречие биологическим законам симптома можно понять, поместив его в специфический психологический, точнее говоря, биографический контекст. Он должен основываться на изучении анамнестических сведений из жизни пациента. Переосмысление событий прошлого, таким образом, есть своего рода попытка повторной переработки ассоциаций, извлеченных из бессознательной (имплицитной) памяти и их реконсолидации после пересмотра, как будет обосновано в ходе дальнейшего развития психоанализа.

З. Фрейд позже пришел к выводу, что восстановление утраченных психологических ассоциаций может быть актуализировано «свободными ассоциациями» сегодняшнего дня. Он также считал, что психоаналитическая терапия способна облегчить повторную обработку ассоциаций на разных уровнях сознания. Через метод «свободных ассоциаций» пациент сможет осознать болезненную природу своих представлений и поведенческих паттернов. Таким образом, З. Фрейд не отбрасывал, а обогащал локализационный подход — в случае афазии он считал, что органические повреждения могут привести к нескольким структурным и функциональным нарушениям, а в случае истерии полагал, что такие функциональные нарушения в мозге могут быть вызваны и эмоциональными, субъективными причинами.

Концепцию причинно-следственной связи когнитивных и эмоциональных явлений и соматических состояний, в норме и патологии, академическая наука довольно долго отвергала. Сегодня ряд нейрочеловеческих (Northoff, 2011), опираясь на недавние исследования мозга средствами функциональной магнитно-резонансной томографии в случаях конверсионных расстройств, при воздействии стресса и в рамках психотерапевтического процесса, пришли к так называемой концепции контекстной зависимости. Речь идет о «психологическом контексте» активности мозга при функционировании крупномасштабных, распределенных сетей нейронов. А на заре формирования нейронаук З. Фрейд пришел к выводу, что понимание причин функционирования психического аппарата требует создания новой научной области, которая не будет строиться на упрощенном локализационном понимании мозга. Вместо этого наука должна обратиться к субъективным значениям и динамическим психологическим процессам. Соответственно, З. Фрейд отверг, точнее говоря, отложил «Проект научной психологии» — свою знаменитую попытку создать новый интеграционный нейропсихологический метод — еще в 1895 году. Признавая неудовлетворительность состояния нейронауки тех лет, он все-таки верил, что разделение между психодинамикой и «нейродинамикой» является временным и условным. Был уверен, что все «наши предварительные идеи в психологии» когда-нибудь будут переосмыслены на «биологической» основе (Freud, 1914).

Безусловно, во фрейдовском психоанализе отношения психологического и биологического не были урегулированы. Требовался дополнительный элемент, который завершил бы эту научную систему, связав психологическое и биологическое. В данном качестве выступила сексуальность. Особую роль в теоретической модели З. Фрейда она стала играть в этиопатогенезе психических заболеваний. Возникает вопрос, куда переместился нейробиологический компонент психоаналитической теории?

Биологическая основа психических заболеваний в раннем психоанализе всегда подразумевалась, хотя и не становилась предметом рассмотрения. Более того, несмотря на критическое отношение к современной ему нейронауке, З. Фрейд в своей новой научной системе сохранил и адаптировал элементы того, что изучил в немецкой и французской неврологических традициях. Он полагал, что поведение человека регулируется и мотивируется определенными психическими стремлениями и психической энергией (динамический и экономический аспекты метapsихологии). Реализация этих стремлений и психической энергии соответствует определенным биохимическим и физическим механизмам, хотя конкретные принципы их действия были недоступны науке того времени. З. Фрейд полагал, что циркулирование психической энергии в рамках психического аппарата может быть объяснено на основе принципов электродинамики и термодинамики Германа Гельмгольца. В свое время Гельмгольц применял эти принципы в физиологии. З. Фрейд познакомился с ними, работая в лаборатории Эрнста Вильгельма фон Брюке. Однако Фрейд отдавал себе отчет в том, что самая передовая методология для подтверждения нуждается в большом количестве клинического материала, что являлось наследованием принципов Ж. Шарко.

Другой важной концепцией, которую З. Фрейд унаследовал от нейронауки того времени и попытался сохранить в рамках психоанализа, была концепция иерархически функциональной организации психики. Она восходила к взглядам британского нейроученого Джона Хьюлингса Джексона (1884) об эволюционной иерархической организации нервной системы. Следуя мировоззренческим основам тогдашней биологической науки, Джексон выдвинул гипотетическую модель эволюции нервной системы, имеющей разные уровни иерархической организации. В этой иерархической системе более низкие уровни контролируются и могут быть подавлены высшими. Он также предположил, что повреждение более низкого уровня нервной функции вызывает негативные симптомы (дефицит нормального функционирования), например двигательный паралич. Напротив, положительные симптомы (избыточное функционирование), например тики, вызваны повреждением более высоких уровней системы — функциональным высвобождением, «дезингибированием», функционированием

нижестоящих элементов системы. Эта методология восходит к философии Герберта Спенсера, который постулировал возможность ограниченного и краткосрочного протекания эволюции в обратном направлении. В области медицины примером этого мог служить случай, когда у конкретного пациента первыми утрачивались функции, которые являлись наиболее поздним эволюционным приобретением, то есть контролировались на высших уровнях системы. Эти идеи предполагали функциональную организацию мозга и противостояли немецким неврологическим моделям, основанным на локализационной модели мозга. Дж. Джексон вообще сомневался, что изучение симптомов может дать информацию о функциях пораженной области мозга. Более продуктивным ему представлялось исследование не пораженной области мозга, а незатронутых областей, иерархически более низких и освобожденных вследствие повреждения вышестоящей области от ее контролирующего воздействия.

Психологические аналоги этих идей легко обнаружить и сегодня в фундаментальных принципах фрейдистской метапсихологии, таких как иерархия и функциональность в топографической модели психики. Таким аналогом является фрейдовская концепция регрессии, в которой происходит динамическое подавление и торможение примитивных процессов более зрелым Эго.

3. Фрейд полагал, что систематическое изучение субъективного опыта каждого конкретного пациента изобретенным им психоаналитическим методом позволит выявить функциональную архитектуру психики. Он также понимал психику иерархически: зрелые психические функции строятся на основе более примитивных психических процессов. Однако добавил инновацию — разные уровни психической организации находятся в активной оппозиции и борются за возможность доминировать в границах психики отдельного пациента. Правда, Фрейд не мог объяснить динамическую организацию и функционирование средствами современной ему нейрофизиологии, что вынуждало его прибегать к помощи психологической науки. И поскольку он не желал отказываться от своих представлений об иерархической, энергетической и динамической природе человеческой психики, он принял решение о создании новой независимой научной дисциплины. Тем не менее он оставался верен идее, что эта революционная модель человеческой психики, основанная на специфическом психоаналитическом исследовании, рано или поздно будет соотнесена с релевантной моделью функционирования мозга.

В течение XX столетия как психоаналитики, так и представители нейронаук несколько раз задавались вопросом об удовлетворительности уровня современной им нейробиологии и возможности возобновить проект 3. Фрейда. Предпринимались попытки сблизить психоанализ и нейронауки.

Наиболее известной стала попытка нейрофизиолога К. Прибрама (Pribram and Gill, 1976).

Пришло ли время новой попытки возобновления диалога нейронаук и психоанализа в наши дни? С 1990-х годов наблюдается заметный рост обмена научными идеями между нейробиологами и психоаналитиками. За такой обмен ратовал и известный представитель нейронауки — нобелевский лауреат Эрик Кандель (1999). Он прямо высказался за интеграцию психоаналитических идей в контекст нейробиологии. Целый ряд других выдающихся психологов и нейробиологов вновь проявили интерес к работам Фрейда и психоанализу в целом, некоторые из них выдвинули концепцию сближения психоанализа и когнитивных нейронаук. Среди них Антонио Дамасио, Марк Солмз, Яак Панксепп, Георг Нортофф, Хелен Майберг, Витторио Галлезе и др.

В свою очередь, ряд инновационно настроенных представителей психоанализа повернулись к углубленному изучению биологических основ психики. Возобновление диалога между нейронауками и психоанализом в 2000 году привело к созданию Марком Солмзом Нейропсихоаналитической ассоциации (NPSA). Была сформирована группа международно признанных нейрочеловеков и психоаналитиков, которые объединили свои усилия для расширения междисциплинарного диалога. Нейропсихоанализ как научная дисциплина ставит целью рассмотреть, насколько эмпирически обоснованные модели нейронаук могут быть пересмотрены на основе метапсихологической методологии психоанализа. И в какой степени они могут быть трансформированы с помощью данных, полученных на основе субъективного опыта пациентов, психоаналитиков и клинических наблюдений последних. И наоборот, насколько полученные данные и инструментарий нейронаук могут обогатить психоанализ.

Таким образом, нейропсихоанализ нацелен на формирование моделей и методов изучения функционирования мозга, которые учитывали бы динамическую и субъективную сторону психических явлений, часто не осознаваемую пациентом, но при этом исследовали бы и нейробиологическую природу этой субъективной и динамической стороны.

Впрочем, ряд фундаментальных противоречий остается. М. Солмз, как раннее З. Фрейд, отказывается видеть в нейропсихоанализе метод, который пытается свести психические явления к их нейронным коррелятам, то есть устанавливает строгую локализацию психических функций для отдельных областей мозга. В течение XX столетия психоанализ обосновал себя как совокупность интерпретационных техник — методология «понимания», работа со «смыслами». А получив дополнение «нейро», уже нейропсихоанализ приобрел дилемму понимания — объяснения, поскольку нейронауки, как присуще всем наукам естественно-научного

цикла, работают с природными явлениями, а не с социальными значениями или смыслами. Эту дилемму по-разному разрешают разные представители нейропсихоза.

Например, понимание может быть закреплено за психопатологическим обоснованием, объяснение — за психотерапевтическим процессом, и наоборот. Объяснение является формальным предоставлением информации без учета состояния того, кто дает объяснение и получает его. «Понимание возникает тогда, когда мысли прочувствованы, а чувства осмыслены», — писал известный психотерапевт С. Минухин. Понимание возникает во время психотерапии. В этом контексте важно, что в современном нейропсихозе акцент делается на нейробиологическом обосновании реципрокции эмоций и когний в психотерапевтическом процессе. М. Солмз опирается на «стволовую теорию сознания», пришедшую из «аффективной нейронауки» Я. Панксемпа. В этой теории наиболее важен висцеральный комфорт (восходящая модуляция — «ствол — лимбическая система — кортекс»). Висцеральный комфорт — неотъемлемый спутник психотерапевтического сеанса. Это восстановление первоначального комфорта симбиотических отношений матери и младенца. М. Солмз отводит неокортексу роль активатора автоматических программ, позволяющих экономить энергию мозговой активности. При этом он уделяет большое внимание процессам вертикальной модуляции структур мозга от ствола к кортексу и наоборот. Такая модуляция лежит в основе эмоционально-когнитивной интеграции, столь необходимой психотерапевтическому процессу.

Впрочем, ряд нейропсиходинамических авторов: Г. Габбард (2014), П. Хартвих и Х. Бекер (2018) — подчеркивают роль психодинамической психотерапии как нисходящей (top down) модуляции мозговой активности, которая может быть совмещена с психофармакотерапией как восходящей (bottom up) модуляцией нейронных структур.

Российским специалистам в области психического здоровья представляется важным, что М. Солмз видел в качестве естественной точки соприкосновения между психоанализом и нейронаукой динамическую нейропсихологию, созданную советским нейропсихологом А. Лурией. Правда, он несколько ограниченно понимал теорию А. Лурии как версию клинко-анатомического метода — концепцию «динамической локализации». Тем не менее психологические исследования А. Лурии были приняты М. Солмзом в качестве попытки построить «концептуальный мост», который позволил бы психоанализу и нейробиологии взаимодействовать. М. Солмз предполагал, что после того, как будут заложены его основы, нейропсихозаналитическую работу можно будет выполнять на основе широкого спектра нейронаучных дисциплин и с использованием разных эмпирических и клинических методов и концепций.

Интегративная научная деятельность М. Солмза началась с нейропсихологических исследований сновидений (Солмз, 1997) и продолжилась клиническим и психоаналитическим исследованием неврологических пациентов (Каплан-Солмз и Солмз, 2000). Данный подход позволил ему рассмотреть клинические проявления одновременно с точки зрения психоанализа и нейронаук и оценить продуктивность такого интегративного подхода. Его научную деятельность продолжили несколько групп ученых в академических и частных исследовательских учреждениях международного уровня. Постепенно расширялся круг исследуемых проблем и способов экспериментального и инструментального исследования, включая методы компьютерной и магнитно-резонансной томографии (MRT), позитивно-эмиссионной томографии (PET), исследования уровня кислорода в крови (BOLD) и др. Эмпирическая база нейропсихоанализа постоянно обогащается экспериментальным исследованием животных и клиническими нейропсихологическими исследованиями людей.

Каковы, с точки зрения нейропсихоанализа, нейробиологические механизмы взаимодействия ребенка и матери в период младенчества и раннего детства? Прежде всего следует обратить внимание на развитие внутренней интеграции нервных систем матери и ребенка, которая на психологическом уровне проявляется через реализацию влечений и включенности в отношения с другими людьми. Эта интеграция изучается последовательно, в ходе развития мозга и сознания ребенка.

Нейропсихологи Дж. М. Эдельман и Дж. Тонони исследовали непосредственное взаимодействие между матерью и младенцем в постнатальный период, которое приводит к фундаментальным изменениям в нейронной организации психики обоих. Взаимодействие младенца и матери приводит к ритмизации внутренних информационных потоков в мозге ребенка и способствует более эффективной обработке информации из окружающей среды. Эта ритмизация создает у ребенка структуру отношений последовательного проецирования (перемещения психического содержания во внешний мир) и интроецирования (приобретения внешнего содержания). Такие отношения необходимы для самоидентификации и последующего развития ребенка. З. Фрейда интересовала динамика отношений ребенка с внешним миром. Теперь мы опираемся на эволюционные представления о развитии мозга и понимании его филогенетической реорганизации, которые могут объяснить предрасположенность ребенка к тем или иным поведенческим паттернам. В своем развитии психоанализ исследовал, что именно привносит мать в отношения ребенка с внешним миром, — как в рамках теории влечений, так и в рамках теории объектных отношений.

Научное наследие З. Фрейда применительно к психическому развитию ребенка определяется прежде всего концепцией энергетической разрядки

и теорией влечений (драйвов). Однако наши сегодняшние, значительно более детализированные знания о структуре мозга и нервной системе ребенка, а также гораздо более глубокое понимание его психологии позволяют научно обосновать положения психоаналитической теории.

Необходимо отметить и определенную ограниченность позиции Фрейда в отношении развития психики ребенка: он был склонен скорее к обоснованию инерции в психическом и нервном аппарате ребенка, нежели к объяснению его естественной склонности к поиску новых стимулов. Однако именно ориентация ребенка на взаимодействие с внешним миром стала основой для многих последующих психоаналитических теорий, подвергших критическому пересмотру концепцию З. Фрейда с точки зрения динамики психологического развития ребенка (Lichtenberg, 1989).

В клинической области за последнее время накоплен значительный эмпирический опыт, позволивший как уточнить, так и развить концепцию Фрейда. Например, в исследование психики младенцев значительный вклад внесли нейрофизиологи, использовавшие богатый материал сестринского ухода за младенцами, в частности изыскания, проведенные группой ученых в отделении психиатрии Университетской клиники Куопио в 1998 и 2002 годах. Нейрофизиологические исследования были использованы для изучения становления сознания и психики детей, включая переход от пренатального и натального к постнатальному этапам развития. Здесь следует упомянуть новаторскую работу А. Пионтелли, которая пролила свет на влияние сенсорных ощущений плода в утробе матери. Она переосмыслила опыт детского психоанализа, в частности психотерапию с очень маленькими детьми (в возрасте от двух до трех лет). А. Пионтелли исследовала яркие фантазии детей о жизни в утробе матери и при рождении. Ведь по времени они близки к реальному событию своего рождения, внутриутробное прошлое для них — недавнее прошлое. Эти исследования стали предпосылкой для возникновения детского нейропсихоанализа.

Объединение теоретического и эмпирического аспектов исследований ранней детской психики можно обнаружить в работах других, еще более удаленных по времени психоаналитических авторов, например Р. Шпица, Д. Винникотта, М. Малер, Д. Стерн, П. Тайсона, П. Фонаги и др. Важно, что ретроспективный взгляд на клинический материал, взятый из детства и экстраполируемый на последующую жизнь пациента, характерен для психоанализа. Самые влиятельные психоаналитические исследователи в области развития и преемственности этапов человеческой психики — Мелани Кляйн и Уилфред Бюн. Несмотря на то что последние 30 лет психоаналитическая метапсихологическая модель подвергалась критике, придание этой модели «нейронаучного» вектора обеспечивает связывание разных аспектов психоаналитической психотерапии и психоаналитической теории.

Как отмечалось ранее, вклад Фрейда в изучение психического развития детей раннего возраста был ограничен и определялся границами его метапсихологической модели. В своей работе «Эго и Ид» он определил в качестве причины развития Эго некоторое «телесное Эго» и охарактеризовал его как проекцию психики на поверхность тела. Однако из-за отвлеченного характера данного утверждения проблематично связать его с определенной клинической практикой.

В течение первых недель и месяцев после рождения взаимодействие матери и ребенка основано на непосредственном телесном контакте, который сопровождается их непосредственной коммуникацией. Вершиной этого взаимодействия, которое также называют диадическим и симбиотическим, является грудное вскармливание, кроме главной задачи — поддержание жизни младенца — выполняющее функцию обмена информацией. Обмен осуществляется при физическом соприкосновении, сосании и других взаимных контактах матери и ребенка посредством кожи. Одновременно происходит удовлетворение жизненно важных инстинктивных потребностей ребенка. Важно, что этот ранний опыт лежит в основе формирования «телесного Эго», а затем и Эго как такового. Рене Шпиц полагал, что сенсорный опыт новорожденного является коэстетическим, то есть сенсорные ощущения внутри организма не могут быть полностью дифференцированы от внешних сенсорных ощущений. Навыки, основанные на внешнем сенсорном опыте, еще не приобретены, поскольку волевое моторное поведение у младенца в этот период отсутствует. В первые несколько суток после рождения он реагирует рефлекторно, в режиме общих организмических реакций, даже если органы чувств способны улавливать и дифференцировать внешние стимулы, такие как голос матери и голоса других людей. Инстинктивная готовность ребенка сосать может инициироваться голосом матери. По сути, психофизиологическое состояние ребенка в этот период характеризуется специфическим наложением телесных аффективных реакций, связанных с удовлетворением потребностей, и новым сенсорным опытом, с которым он сталкивается впервые. Таким образом, формирование «телесного Эго» есть процесс создания недифференцированной гибридной структуры, которая интегрирует стимулы, пришедшие из разных источников, извне и изнутри, чтобы затем отреагировать как единое целое. Эта интеграция поддерживает единое организмическое состояние младенца.

Принципиальным для детского нейропсихоанализа является объединение детской нейрофизиологии и метапсихологической модели З. Фрейда. Телесное Эго плода и младенца понимается как гибридный сомато-психический объект, в котором начавшая формироваться нервная система не способна провести четкую границу между внешним и внутренним мирами.

Событие рождения вносит серьезные изменения в первичное сомато-психическое единство. Окончание внутриутробной жизни после родов приводит к экстраординарным психофизиологическим изменениям. Теперь выживание младенца зависит от него самого, поскольку пассивное кормление через пуповину в материнской утробе заканчивается. Ребенок должен приложить активные усилия, чтобы выжить, начав дышать и сосать. Удовлетворение от кормления грудью и связанных с этим способов телесного воздействия на ребенка имеет, прежде всего, витальный смысл и лишь затем — гедонистический. Таким образом, забота об основных потребностях младенца касается не только удовлетворения голода и либидинального орального влечения, но и нейтрализации возможной смертельной угрозы, которая может стать неизбежной, если ребенку не будет оказан соответствующий уход.

В известном сборнике «Психоанализ и нейронауки», изданном в 2006 году, в разделе о нейрофизиологии младенцев и новорожденных приводится описание исследований О. Исаковера и Б. Левина, проводившихся в прошлом веке и посвященных гипнагогическим и гипнопомпическим галлюцинациям у детей. Наблюдения проводились у детей, которые засыпали и просыпались, а их соматическая болезнь сопровождалась лихорадкой. Параллельно проводились исследования у взрослых с достаточно серьезной психопатологией и проявлениями психологического регресса. О. Исаковер и Б. Левин пришли к выводу, что гипнагогические галлюцинации и другая психическая продукция в рамках просоночных состояний, как у детей, так и у взрослых, представляют собой сенсорные воспоминания, возникающие в результате грудного вскармливания. Эти наблюдения послужили клиническим обоснованием предположениям З. Фрейда о том, что ранние отношения ребенка и матери способствуют формированию механизма психической проекции. Предположения о том, что формирование сенсорной памяти обусловлено посредством стимуляции поверхности тела в младенческий период, подтвердились. Анализ структурных элементов просоночных галлюцинаций также демонстрирует динамику становления телесного Эго по Фрейду. Сама «сцена» сновидения представляет собой первую протопсихологическую организацию Эго, то есть формирующееся «телесное Эго». Б. Левин указал, что и исполнение либидинального желания, и стремление к принципу нирваны, связанной со смертью, включаются в сцены сновидения. Это репрезентирует одновременное удовлетворение орального инстинкта и уменьшение воздействия возбуждающих стимулов на младенца. Таким образом, принципы, участвующие в формировании сценария сновидения, подразумевают слияние либидинального инстинкта и инстинкта, ведущего к смерти.

Подобного взгляда придерживался и Р. Шпиц. Важно, что в формирующейся психике ребенка происходит универсальная нарастающая интеграция.

Это процесс как слияния инстинктов, так и слияния Эго с материнским объектом при контакте рта с соской и при взаимной стимуляции кожи младенца и матери. Таким образом, уход за младенцем содержит индивидуальный опыт удовлетворения его соматических потребностей, который в дальнейшем будет способствовать развитию эго-функций. Экспериментальные исследования, проведенные междисциплинарной исследовательской группой в отделении психиатрии Университетской клиники Куопио, позволили отследить нейрофизиологические механизмы, активирующиеся в процессе ухода за младенцем. У новорожденного кормление грудью приводит к изменению уровня амплитуды колебаний на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) задних корковых областей, которое сильнее всего заметно в правой задней кортикальной области. ЭЭГ проводилась до кормления, во время кормления (грудь или бутылочка) и сразу после того, как оно было доведено до состояния насыщения, но в состоянии, когда младенец не спит. Изменение амплитуды колебаний, особенно в правых задних областях, оказалось значительнее во время кормления грудью, нежели при кормлении из бутылочки, причем, в отличие от кормления грудью, серьезных изменений амплитуды в ЭЭГ во время сосания соски не обнаружено. Таким образом, инстинктивное удовлетворение вместе с соответствующей сенсорной стимуляцией, связанной с процедурами кормления грудью, может изменить активность коры новорожденного и оставить следы в ее нейрофизиологическом функционировании. Исследования процедур кормления проводились несколько сотен раз в течение первых недель и месяцев жизни. Повторные исследования в возрасте 3 месяцев, на основе того же протокола, значительных изменений амплитуды во время кормления не выявили. Однако когда те же дети наблюдались в 6 месяцев, на ЭЭГ обнаруживался новый тип значительного увеличения активности, то есть тета-ритм во время кормления. Организованная ритмическая активность ЭЭГ в состоянии бодрствования в возрасте до 3–4 месяцев невозможна, ее появление является признаком нового уровня зрелости в нейрофизиологии головного мозга ребенка. В этом отношении увеличение ритмической тета-активности во время кормления предполагает, что кормление грудного ребенка в возрасте 6 месяцев способно активировать нейронную сеть, которая соединяет подкорковые и корковые источники активности. Забота матери о новорожденном также предполагает активацию подкорковых структур мозга, связанных с регуляцией аппетита, сосанием и получением удовлетворения от пищи. Усиление ритмической активности мозга в возрасте 6 месяцев однозначно показывает, что связь между подкорковыми и корковыми областями достаточно устойчива, чтобы создать основу для организованной нейронной сети. Эта нейронная сеть позволит в дальнейшем осуществлять кортикальную регистрацию сенсорных событий, связанных

с материнской заботой, вместе с активацией подкорковых центров, регулирующих пищевое поведение.

Процесс кормления грудного ребенка предполагает и активацию вегетативной нервной системы. Мониторинг сердечного ритма младенца во время кормления показал, что сосание связано с регулярным ускорением сердечного ритма. Его ускорение означает, что усиление сердечно-сосудистой системы требуется ребенку во время сосания и что удовлетворение не является пассивным. Частота сосущих движений — от 1 до 2 Гц (60–120 сосаний в минуту), то есть практически совпадает со скоростью сердечных сокращений, но они осуществляются 5–10-секундными всплесками. Нейрофизиологические исследования в процессе раннего развития младенца могут служить для непосредственной фактической проверки психоаналитической теории младенческого развития. Здесь следует обратить внимание на три аспекта:

- 1) регулятивную роль подкорковых центров;
- 2) способность осуществлять активную оральную мышечную активность (сначала рефлексорно, затем произвольно);

- 3) создание ментального образа материнской заботы на корковом уровне.

Важно, что формирование нейрофизиологической связи между разными подкорковыми ядрами и областями коры начинается сразу после рождения.

Однако после того, как стволотая, стриатальная и кортикальная деятельность мозга новорожденного интегрируются в определенное функциональное единство, мы можем говорить о возникновении нейронального субстрата для Эго в его психоаналитическом понимании. Тогда же возникает основа для более развитого взаимодействия между субъектом и его/ее материнским объектом. Возраст от 2 до 3 месяцев является важной вехой в процессе развития ребенка, от неавтономной организации психики на неонатальной стадии до первых признаков целенаправленного поведения и сенсорно-моторной координации. Это совпадает с появлением социально значимых форм активности, например улыбки, и уменьшением склонности к крику по типу колик. Данный возраст был принят в качестве порога для новой организации психики рядом психоаналитиков (Р. Шпиц, М. Малер, Д. Стерн и др.). Психические и нейробиологические механизмы, опосредующие развитие ребенка и систем его организма, например эндокринной и иммунной, в состоянии непосредственного «диадического» или симбиотического взаимодействия с матерью были детально изучены П. Фонаги и А. Шором.

Изменения в поведении, возникающие в этом возрасте, сопровождаются признаками новой нейрофизиологической организации психики, проявляющейся в новой ритмической активности, регистрируемой ЭЭГ, которая отсутствовала на ЭЭГ новорожденного. Продолжающееся формирование организованной нейронной модели для обработки стимулов, поступающих

со стороны матери, подтвердилось и обнаружением слуховых кортикальных реакций, когда связанные с событиями потенциалы (ERP) у детей 4-месячного возраста были зарегистрированы в ответ на голос матери и сравнивались с ответными реакциями на голоса незнакомых женщин.

Для детского нейропсихоанализа в рамках психотерапевтической работы с эмоциональными проблемами и эмоциональной памятью ребенка чрезвычайно важно найти экспериментальное подтверждение гипотезы Фрейда о так называемом нерепрессированном бессознательном. С точки зрения нейропсихоанализа (М. Манчиа) эмоциональная память ребенка формируется на основе бессознательного, которое присутствует у младенца на доэдипальной стадии (до 2 лет). Такое бессознательное не является результатом вытесненного (репрессированного) психического содержания повседневной жизни. Эмоциональная память синтезирует репрессированное и нерепрессированное бессознательное содержание. Ряд исследователей (Р. Молсби), изучая нейрофизиологию мозга младенца в процессе ухода за ним, справились с задачей экспериментального подтверждения существования нерепрессированного (доэдипального) бессознательного. Р. Молсби исследовал ритмическую тета-активность у 9-месячного ребенка во время кормления из бутылочки, которое сопровождалось просмотром приятных картинок. Он определил этот ритм мозговой активности у ребенка как «гедоническую тета-активность». Ритмическая тета-активность связана не только с приятными, но и с неприятными эмоциями, то есть она может функционировать в качестве нейрофизиологической основы ранней аффектации, включая удовольствие и неудовольствие. Тета-ритм также активируется в мозге во время сна. Его генерация зависит от гиппокампа. Гиппокамп выполняет и функции пространственной ориентации. Тета-активность во время сна отражает преобразование нейрофизиологической карты функционирующего организма в целостную ментальную реальность, поскольку пространственные и ментальные образы возникают в одних и тех же сенсорных и ассоциативных областях коры, особенно в правом полушарии. Этот нейрофизиологический процесс может быть рассмотрен как коррелят фрейдовского «неподавленного» бессознательного. М. Манчиа предположил, что инфантильное происхождение «неподавленного» бессознательного связано с возникающей способностью младенца формировать довербальные неявные воспоминания, обусловленные взаимодействиями между ним и матерью на так называемой доэдипальной стадии развития (до 2 лет). В этот период у ребенка еще недостаточно сформирован гиппокамп, позволяющий сохранять воспоминания на долгосрочную перспективу. Эти неявные невербальные воспоминания, например голоса матери и ее запаха, сохраняются в «неявной» (имплицитной) памяти, соотносимой с миндалевидным телом. Они могут быть извлечены в последующей жизни,

включая процесс психотерапии, но не подлежат вербальной переработке. Воспоминания более позднего периода, и среди них репрессированное бессознательное, находятся в так называемой явной (эксплицитной) памяти, соотносимой с гиппокампом. Они могут быть извлечены из эксплицитной памяти и вербально переработаны, в частности, в процессе психотерапии.

Нейропсихоанализ предполагает интегративный взгляд на инстинктивные компоненты материнской заботы о жизненно важных потребностях младенца и когнитивных процессах развивающегося мозга ребенка. Развитие памяти и когнитивных функций следует рассматривать во взаимосвязи с формированием образа заботящейся матери у младенца.

Другим важным тезисом детского нейропсихоанализа является тезис о «диадической» (двойственной) природе телесного Эго ребенка.

С нейробиологической точки зрения нейронная интеграция, которая структурирует мозг, определяется, с одной стороны, внутренними генетическими механизмами развития мозга, с другой — факторами влияния среды. Мы можем использовать модель «ранней ментально-соматической матрицы», которая возникает из двух источников — предоставляемых собственным организмом младенца и обеспечиваемых матерью. Внутри мозга младенца происходит фиксация и консолидация следов нейрофизиологических процессов, связанных с кормлением и уходом. Таким образом, парадоксальное утверждение Д. Винникотта о том, что не существует понятия «ребенок», вначале есть лишь единство ребенка и матери, находит интересную поддержку со стороны исследования нейрофизиологических аспектов ухода за младенцем.

Модель ментально-соматической матрицы соотносится с представлениями другого психоаналитика, В. Биона, о протопсихологической трансформации, которая происходит через удовлетворение от кормления и превращает соматические элементы в элементы психической организации. Нейропсихоаналитическая теория также полагает, что возраст от 2 до 3 месяцев совпадает с появлением первичной идентификации младенца с матерью и является предпосылкой для организованного самопознания. Диадические истоки психической организации младенца имеют и важное клиническое значение. Например, нарушение этого диадического взаимодействия способно привести к формированию у ребенка последующей «психосоматической уязвимости» (А. Шор) и патологических паттернов «аффективного регулирования», что может лежать в основе формирования расстройств личности (А. Монтгомери).

Традиционный психоанализ уделял значительное внимание катексизации (инвестированию психической энергии) у ребенка в свое тело и тело матери на стадии психосексуального развития предшествующей способности к вербальному символическому общению. Невербальный катексис —

первый и истинный объектный катексис младенца по Фрейду. Обобщенно можно сказать, что первоначальный психологический смысл тела состоит в том, чтобы функционировать как первоначальный объект катексизации. В клинической ситуации чрезвычайно важно проанализировать отношение ребенка к своему телу и динамику этого отношения в его взаимодействии с матерью в случае как успеха адаптационных психологических процессов, так и дезадаптации. Формирование образа тела ребенка во многом определяется и его ранними диадическими отношениями с матерью.

Ведущий современный нейрочеловек Антонио Дамасио полагает, что образ тела, созданный в коре, представляет функции жизненно важных гомеостатических процессов в мозге и является основополагающим для возникающего самопознания. Он рассматривает процесс формирования образа себя как происходящий при взаимных нейрофизиологических активациях между разными уровнями функционирования мозга.

Особую роль в раннем психическом развитии ребенка, согласно нейропсихоанализу, играют последовательно возникающие ментальные образы. В цепи нейрофизиологических событий, от ввода сенсорной информации до ее моторной реализации, зарождающиеся ментальные образы приобретают функцию промежуточной переменной для конечных точек сенсорно-моторной цепи. Более поздние умственные образы предоставляют ребенку новые обогащенные средства для поведенческого реагирования на требования, вытекающие из внутренних и внешних источников. Ранние ментальные образы, таким образом, выполняют посредническую функцию в цикле восприятия-моторики, соответствующую функциям, которые Фрейд приписал сознанию в своей схематической модели в «Толковании сновидений». Важно признать, что телесное Эго, как организация первичного ментального образа себя, — не просто пассивная структура, но актер, выполняющий свою работу по достижению удовлетворения жизненных потребностей. Увеличение частоты сердечных сокращений во время сосания показывает корреляцию между сосательной работой и физиологическим усилием. Клинические наблюдения за младенцами, неспособными сосать, предполагают, что сосание является важным элементом в ранней психической организации Эго тела. У младенцев, которые не могли сосать после рождения из-за атрезии пищевода, обнаружили замедленное умственное развитие. Впервые это зафиксировал Шпиц. Затем Даулинг описал семь детей с атрезией пищевода: если хирургическая коррекция не была проведена достаточно рано, развивалась моторная, умственная и социальная отсталость. Соответственно, можно предположить, что сосательная активность является стимулом для развития мозга и поддерживает диадический характер отношений матери и ребенка.

Клинические нейропсихоаналитические исследования посвящены метафорическим и символическим аспектам психики ребенка в рамках

его диадических отношений с матерью. Значение раннего соматического опыта в формировании личности ребенка часто недостаточно учитывается в рамках как исследований, так и клинической работы — из-за трудностей постижения довербальной и бессознательной природы психики ребенка. Однако недавно опубликован ряд нейропсихоаналитических работ об интеракции тела и мозга в психоанализе. Более глубокое понимание природы психофизиологических и нейронаучных аспектов организации психики ребенка имеет важные последствия для исследований в области развития психики ребенка, а также для психотерапевтической работы.

Детский нейропсихоанализ как интегративная научная и клиническая дисциплина уделяет большое внимание диадическим отношениям матери и ребенка в раннем периоде, а также их последствиям для дальнейшего развития ребенка в семейном контексте. Эти отношения рассматриваются и с точки зрения их продуктивности, и в этиопатогенетическом аспекте.

Контрольные вопросы

1. С чем З. Фрейд не был согласен в подходе французской клинической школы?
2. Охарактеризуйте ритмизацию внутренних информационных потоков в мозге ребенка в постнатальный период по Дж. Тонони и Дж. М. Эдельману.
3. Какую роль приписывал «неподавленному» бессознательному М. Манчиа?
4. Какие психоаналитические теории раннего развития ребенка можно продемонстрировать с помощью модели ментально-соматической матрицы?
5. Каковы функции сосательной активности младенца?

Рекомендуемая литература

1. *Эйдемиллер Э. Г., Тарабанов А. Э.* Современный нейропсихоанализ как интегративная научная и терапевтическая практика // Консультативная психология и психотерапия. — 2019. Т. 27. № 1. — С. 64–78.
2. *Каплан-Солмз К., Солмз М.* Клинические исследования в нейропсихоанализе: введение в глубинную нейропсихологию / Пер. с англ. К. А. Лемешко; под научн. ред. докт. психол. наук, профессора А. Ш. Тхостова. — М.: Академический проект, 2016.
3. Piontelli A. (1988) Prenatal life and birth as reflected in the analysis of a 2-year-old psychiatric girl. *Int Rev Psycho-Anal* 15:73-81.

4. Lehtonen J., Könönen M., Partanen J., Saarikoski S. (2002). The effects of feeding on the electroencephalogram in 3- and 6-month-old infants. *Psychophysiology* 39:73-79.
5. *Psychoanalysis and Neuroscience*, Mauro Mancina (Ed), Springer-Verlag Italia 2006

Теория поля

М. Ю. Городнова

Теория поля в психологии развивается параллельно с современными системами психологии — от причинно-следственного детерминизма к контекстуальному интеракционизму, все больше смещаясь в сторону гумантарно-экологической ориентации и интерперсонального взаимодействия с увеличением интереса к экологическому и ситуационному подходам. Как отмечает Д. А. Леонтьев (2007), современная психология идет от классической к неклассической; от психологии как естественной науки — к психологии как гуманитарной дисциплине, при этом они не противостоят, а взаимно дополняют друг друга. Леонтьев выделил семь направлений неклассических изменений психологии:

- от поиска знаний к социальному конструированию;
- от монологизма к диалогизму;
- от изолированного индивида к жизненному миру;
- от детерминизма к самодетерминации;
- от потенциализма к экзистенциализму;
- от количественного подхода к качественному;
- от констатирующей стратегии к действенной.

Объектами исследования являются сложные саморазвивающиеся системы или субъект в ситуации взаимодействия с окружающим миром в рамках своего психологического и социально-психологического пространства; основная цель — изучение процессов эволюционного развития системных объектов и механизмов их становления в ходе эволюции, что в совокупности определяет междисциплинарный характер современных психологических исследований. Сближение психиатрии и философии создает философско-клиническое пространство, акцентирующее внимание на проблеме целостности, ценностей, ответственности, гуманного отношения к больному — при обеспечении прикладного и научного характера поиска психиатрии и психотерапии.

Согласно этапам развития современной психологии, вслед за Ж.-М. Робинсом (2015) понятие поля может быть рассмотрено в трех направлениях: поле как контекст, поле сил и поле опыта:

1. Поле как контекст («находиться в поле») предполагает детерминированность поведения человека окружающей средой, включающей в себя и культуру, и историю, и будущее, и отношения пациента, и сам контекст, что представлено в классическом психоанализе и аналитической психологии.
2. Поле как поле сил, заложенных в предметах, нашло отражение в теории К. Левина, бихевиоризме и экопсихологии Р. Баркера, а поле сил, заложенных в системе, отражено в системном подходе, который теоретически опирается на социальный конструкционизм и конструктивизм, синергетику, теорию диссипативных структур и хаоса. С точки зрения последнего поведение человека — производное системных процессов.
3. Поле сознания и поле опыта. Поле есть «жизненное пространство» восприятий и чувств, действий и значений любого индивидуума; в этом случае человек принадлежит полю, а не находится в нем. Поле организм/среда рассматривается как целостное феноменологическое событие, которое, в свою очередь, есть не что иное, как процесс поля, то есть **само поле и есть процесс** (М. Спаньоло-Лобб, 2003.). Это главное отличие представления поля в гештальт-подходе от представлений других подходов, например экопсихологии и психологии субъекта, говорящих об интерперсональном поле и поле опыта.

Развитие теории поля в психологии: от контекста к ситуации, от детерминизма к процессуальности

Теория поля К. Левина. На основе идей психологического поля, психологических сил и психологической ситуации К. Левин предложил три методологические идеи:

- о закономерности психических явлений, подлежащих научному и экспериментальному исследованию;
- о *закономерности любого индивидуального события, которое не может быть управляемо всего одной закономерностью*; другими словами, индивидуальный случай никогда не бывает «чистым»;
- о необходимости сместить акцент с природы объекта на *анализ его взаимосвязей и взаимоотношений с другими объектами* и с его окружением, что определяется понятием «жизненное пространство» индивида, в котором «субъект» и окружение представлены как единое целое и должны именно таким образом рассматриваться.

Поле характеризуется определенной топологией (границы, валентности) и динамикой сил, влияющих на находящегося в нем индивида. *Поведение человека представляется как функция специфического взаимодействия сил поля*, порождающих в индивиде напряженные системы, стремящиеся к своей разрядке. Деятельность определяется потребностями, а намеренное действие — социально обусловленными в данный конкретный момент квазипотребностями. Врожденные и социально обусловленные потребности иерархически связаны, между ними существует коммуникация. К. Левин говорит об определенных свойствах поля: дружелюбность, конфликтность и т. д. Развивая эти идеи, мы подобным образом рассматриваем эмпатию, ожидания и доверие.

Теоретико-полевой подход стал не только методом анализа причинных отношений и построения научных конструктов, но и практическим инструментом исследования, в котором экспериментатор является частью реальной жизни участников событий, что исключает понятие «испытуемый». Актуальными остаются принципиальные особенности теории поля: преобладание конструктивного, а не классифицирующего метода образования понятий; интерес к динамическому аспекту событий; приоритет психологического, а не физического описания; анализ, исходящий из рассмотрения целостной ситуации; различение систематических и исторических процессов; значимость текущего момента; масштаб ситуации.

Экологическая психология. Идеи К. Левина нашли свое максимальное развитие в работах представителей гештальт-терапии и экопсихологии. Первые используют понятие «поле», вторые оперируют понятием «среда». Р. Баркер, ученик К. Левина, с 1947 года проводил исследования по экологической психологии, объясняя поведение людей тесной связью с окружающей средой. Наблюдение и беспристрастное описание событий стали главным методом исследования, окружающая среда выступала равноправным объектом психологического анализа, взаимоотношения человека и среды без какого-либо вмешательства со стороны исследователя составляли предмет исследований. В противовес методологии К. Левина, исследователь был исключен из среды.

В отечественной психологии существует множество разночтений в трактовке понятия «экологическая психология». Термины «экологическая психология», «психологическая экология» и «экологический подход к восприятию» Дж. Гибсона порой синонимичны. Экологическую психологию также часто называют «психологией взаимодействия с окружающей средой». Попытку внести ясность в употребление этих терминов предприняла И. А. Шмелева (2010). По мнению автора, в настоящее время *экопсихологию и экологическую психологию* большинство исследователей рассматривают в качестве *теоретических подходов* в области психологии взаимодействия

с окружающей средой наряду с бихевиориальным, когнитивным и феноменологическим подходами. *Психология взаимодействия с окружающей средой* изучает проблему экологического сознания в качестве центральной проблемы *прикладной психологии*, что стало точкой пересечения интересов всех вышеупомянутых дисциплин.

В. И. Панов (2011), обращаясь к современным работам по эколого-психологическим проблемам, выделяет пять основных направлений экологической психологии: психологическая экология, психология окружающей среды, экологический подход, психология глобальных изменений, психология экологического сознания. Общей методологической установкой, объединяющей эти направления, является необходимость рассматривать и изучать сознание и индивидуальность человека, особенности его психического развития и обучения, переживаний и поведения, психологического, психического и физического здоровья *в контексте отношения «индивид — среда»* или в контексте системы «человек — окружающая среда (природная, социальная)», что отражает более широкий взгляд на изучаемые явления.

Центральным понятием средовой психологии, к которой отнесены психология охраны окружающей среды и психология психических состояний в экстремальных ситуациях, является среда как результат взаимодействия человека и материального окружения. Интегративное понятие *жизненная среда* в экопсихологии включает в себя пространственно-предметный, социальный и технологический компоненты. Под *окружающей средой* понимается совокупность, а также система природных и социальных факторов и условий, которые прямо или косвенно, мгновенно или долговременно оказывают влияние на жизнь и деятельность людей (В. А. Ясвин, 2008).

Выделено четыре типа взаимодействия в системе «человек — окружающая среда»: объект-объектный, субъект-объектный, объект-субъектный и субъект-субъектный, включающий субъект-обособленный, субъект-совместный и субъект-порождающий, а взаимодействие в системе «человек — природная среда» может иметь и другие типы, в частности квазиобъект — квазисубъектный, обозначающие, что объектные свойства и качества среды имеют антропогенный характер.

Развивая методологию экопсихологических исследований, В. И. Панов (2004) обращается к представлению о психике как о форме природного бытия (А. М. Миракян, 1999, 2004), что позволяет рассматривать психику как форму действительного бытия в системе «человек — окружающая среда». При этом *человек* выступает в качестве *продукта развития природы*, природной, в широком смысле этого слова, *формой бытия*. В экопсихологическом плане психика предстает в виде *результата* субъект-объектного и субъект-субъектного взаимодействия в системе «человек — окружающая

среда», в виде субъект-порождающего *качества* этой системы как целостного субъекта совместного развития, а также как *системное качество*, характеризующее процессуальный момент (состояние) становления этой системы, несводимое к актуальным свойствам ее компонентов. Психические состояния и сознание индивида рассматриваются не только как разные проявления, но и как разные этапы становления психической реальности во взаимодействии человека с окружающей средой. Таким образом, объектом исследования экологической психологии выделяют разные психологические аспекты взаимодействия человека с окружающей средой в системе «человек — окружающая среда»: присущие человеку, присущие среде, присущие «зазору» между ними.

Психика как объект и предмет исследования *определяется как форма бытия, порождаемая в виде системного качества в процессе деятельного взаимодействия человека с окружающим миром*, что служит исследовательской парадигмой экопсихологических исследований.

Теория поля в гештальт-терапии. Иную точку зрения на теорию поля активно развивают представители гештальт-терапии. Хотя ее основатели явно пережили влияние теории поля К. Левина, они от нее фактически дистанцировались, сосредоточив внимание не на силовом поле, а на осуществлении контакта и выхода из него как процессе, разворачивающемся между организмом и его средой, понимая отношения организма и среды в антропологическом и социально-политическом плане (М. Спаниоло-Лобб, 2014). Для гештальт-терапевтов *поле — прежде всего поле опыта — полный эстетический динамический процесс, направленный в будущее и постоянно находящийся в становлении* (Ж.-М. Робин, 2014).

Основные характеристики теории поля в 2002 году дал Малкольм Парлетт. Он предлагает рассматривать *теорию поля как набор принципов, подход, метод и способ мышления*, относящийся к интимной связи событий и ситуаций, в которых эти события происходят. Парлетт описал пять основных принципов теории поля:

1. *Принцип организации* — все взаимосвязано, значение получается из целостной ситуации.

2. *Принцип единовременности* — существует группа факторов в настоящем поле, которые определяют и «объясняют» поведение в настоящий момент; прошлое и будущее имеют место в контексте настоящего — в противовес подходам, для которых имеет место детерминирующее влияние прошлого или побудительная причина будущей цели.

3. *Принцип сингулярности* (единственности) — каждая ситуация и каждое поле «человек — ситуация» уникальны, что позволяет сформировать такой подход и метод, который охватил бы «исключительность» и «обычный случай».

4. *Принцип изменяющегося процесса* — опыт временен, ничто не является зафиксированным или абсолютно статичным; поле заново конструируется в каждый момент.

5. *Принцип возможной значимости* — все в поле является частью общей организации и потенциально значимо; ни одна часть целого поля не может быть исключена заранее как внутренне незначимая, поэтому исследователь, наблюдатель — всегда часть поля.

Теория поля пытается охватить весь взаимосвязанный поток меняющейся реальности, насыщенной личными смыслами и значениями, нет четко обозначенных границ «внутреннего» и «внешнего», единое поле является местом встречи обеих реальностей.

Важным выводом изложенного является факт совместного конструирования общей реальности при встрече двух людей; в результате их взаимодействия появляется совместное поле, являющееся функцией обоих. Это их со-творенная реальность, которая потенциально включает в себя все, что есть в индивидуальном поле или жизненном пространстве каждого, но не является просто суммой переживаний. Потребность принадлежит ситуации, и любой феномен, даже проявляющийся в индивидуальном поле субъекта, порожден ситуацией взаимодействия. Поле приобретает структуру по мере взаимодействия двоих, но как только оно становится более дифференцированным, организованным и структурированным, начинают разворачиваться новые события, определяемые уже им самим. Мы участвуем в построении реальностей Другого, что должно фокусировать каждого участника лечебного процесса на значимости его участия в построении общего поля терапевтической среды. Согласно определению индивидуального поля как переживаемого пространства восприятий и действий, чувств и значений данного индивида, «поле» любого конкретного индивидуума не может быть испытано другим. Однако эмпатия, сочувствие, понимание, интуиция, умозаключения, уважение позволяют приблизиться к субъективному опыту Другого.

Данная парадигма позволяет рассматривать любой возникающий феномен как точку доступа к совместно созданной реальности, как путь к миру Другого посредством обоюдного осознания процесса на границе контакта.

Среда как синоним поля в других концепциях психологии

Интербихевиоризм Дж. Р. Кантора (1982) подчеркивает связь между событиями и конструктами, для него характерно *сосредоточение на эмерджентных феноменах, появляющихся во взаимодействии*, что позволяет отнести данное направление к группе подходов, рассматривающих среду как интер-

персональное поле. Принципы этого подхода к клинической психологии, изложенные Д. Дж. Дельпрато (2003), актуальны до настоящего времени:

1. Причины *проблемы клиента* заключены в *поле отношений*, именно этим отношениям надо уделять внимание.

2. Учитывая многогранность дезадаптивного поведения и необходимость изменения факторов поля, клинические услуги должны использовать междисциплинарный подход и не должны быть, например, только биологически направленными.

3. Необходимо делать упор на построение моделей поведения, которые наращивают потенциал, а не на редукцию какого-то поведения.

4. На первом месте должно быть изучение условий (обычно социальных), которые способствуют появлению жалоб, и попытка изменить их, а не человека.

5. Необходимо как можно меньше использовать искусственное вмешательство, затрудняющее переход к повседневной жизни, и разрешать проблему максимально быстро, используя любые ресурсы, доступные в обществе (друзья, коллектив, семья).

Субъектно-средовой подход рассматривает человека и мир как *взаимодействующие и взаимопроникающие непротиворечивые системы*: и субъект, и среда не противопоставляются друг другу, а являются *частями единой системы «субъект — среда»*. Среда, выступая в качестве «среды обитания», рассматривается как совокупность средовых возможностей (условий), находящихся в отношении взаимодополнительности к жизненным потребностям индивида. Рассматривая психологическое пространство личности, С. К. Нартова-Бочавер (2005) определяет его как субъективно значимый фрагмент бытия, определяющий актуальную деятельность и стратегию жизни человека.

Согласно **субъектно-деятельностной теории**, разработанной С. Л. Рубинштейном и нашедшей свое развитие в теории психологии субъекта А. В. Брушлинского (2003), *субъект*, обладающий психикой и находящийся внутри бытия, *есть точка детерминации поведения и развития психики*. Познающий включен в познаваемое, изучение субъекта возможно только как неотъемлемой части воспринимаемой, понимаемой и оцениваемой им объективной ситуации. По К. Обуховскому (2003), человек включает в сферу концепции личности свое прошлое и концепцию среды, в которой будет осуществляться его будущее.

Синергетика как X-наука, междисциплинарное направление и практика интерсубъективна, диалогична и личностна. Личностность в синергетическом контексте есть неотделимая от него характеристика, порождающая и определяющая этот контекст. Взаимодействие личности и среды подчи-

нено законам эволюционирующих, самоорганизующихся и саморазвивающихся, нелинейных, открытых систем. Методология синергетики основана на интегративном подходе к изучению термодинамически открытых и неравновесных диссипативных структур. Познание, с точки зрения синергетического подхода является коммуникативной деятельностью, в которой этапы «параллельного», автономного развития теории и эксперимента в качестве автопоэтических единств завершаются их «встречей» и новым симбиозом (В. И. Аршинов, 2002).

Разрабатываемая Р. Столорой, Б. Брандшафтом и Дж. Атвудом (2011) **концепция интересубъективного поля** в психоаналитической теории является концепцией системы, включающей в себя по-разному организованные взаимодействующие субъективные миры, понимание которых возможно посредством интересубъективного диалога на основе обоюдной организующей активности обоих участников и непрерывного эмпатического исследования.

Представители **социального конструкционизма** П. Бергер, Т. Лукман, К. Герген, Л. Хофман-Хеннеси опираются на понятия «взаимоотношения» и «межличностное координирование»; по их мнению, *действительность конструируется обществом благодаря процессам коммуникации, протекающим в специфическом историческом контексте*. В процессе социального взаимодействия рождаются понятия и восприятие, которые передаются с помощью языка. Диалог есть место возникновения действительности, то есть реальность конструируется в отношениях посредством диалога. Местом обретения формы идей, восприятий, образов является зона «между» людьми, и это главное отличие от **социального конструктивизма**, согласно которому обретение формы принадлежит индивиду, остающемуся точкой наблюдения.

С точки зрения **социального конструктивизма**, базирующегося на философии конструктивизма Х. Ф. Ферстера, Г. Бейтсона, У. Матураны, Ф. Варрелы, Э. Глазерсфельда, невозможно говорить о реальности без учета конструирующего процесса взаимодействия между познающей и познаваемой системами: «системы познаются системами». Действительность нельзя рассматривать отдельно от ее наблюдателя.

Близкое к гештальт-подходу понимание действительности находим у представителей **системного подхода**, с современных позиций которого действительность рассматривается как процесс, представляющий собой коллективный и консенсусный феномен, происходящий через диалог. Развитие теории поля шло параллельно с развитием системного подхода и определялось критикой и соперничеством с обеих сторон. По мнению М. Парлетта (2002), системный подход, особенно в его раннем варианте, является частным и «отягощенным схемами» вариантом полевого подхода. Именно схемы и опора на кибернетическую модель позволили системному подходу стать наиболее востребованным и развивающимся в соответствии

с современной научной доказательной парадигмой. Однако опора на позиции социального конструктивизма, нарративного подхода, теорий ауто-поэтических и социальных систем, хаоса и синергетики уводит системный подход от причинно-следственной линейной связи в описании событий и все больше отдаляет от принципов, принятых в доказательной медицине.

Рассматривая современные представления о теории поля (среды), мы логически подходим к понятиям ситуации и диалога, являющимся неотъемлемой частью полевого подхода.

Теория ситуаций

Несмотря на широкое использование понятия «ситуация» разными теоретическими и прикладными областями психологии, в литературе оно не имеет четко определенного содержания и релевантного языка описания (Н. В. Гришина, 2012). Систематизируя имевшиеся к концу прошлого века представления в психологии о жизненных ситуациях, Л. Ф. Бурлачук и Е. Ю. Коржова (1998) выделяют два основных подхода к пониманию ситуации: 1) как внешних условий протекания жизнедеятельности на ее определенном этапе; 2) как системы субъективных и объективных элементов, соединяющихся в жизнедеятельности. Согласно принципу «компонентной перспективы», поведение является функцией личности, ситуации и их взаимодействия; эту позицию еще в 1981 году представили Н. Эндлер и Д. Магнуссон (Н. Эндлер, Д. Магнуссон, 1981).

Опираясь на работу Мишеля де Форнеля и Луи Кере «Логика ситуаций — новые взгляды на экологию социальных действий», Ж.-М. Робин (2008) выделяет восемь основных направлений в размышлениях о ситуации: ситуация, определяющая опыт по Дж. Дьюи (1993); ситуация как объект представления, посредством чего субъекты приспосабливаются к ней, смысл определяет «акт воли» (У. Томас, Ф. Знанецкий, 1999); человек строит ситуацию, действие — это обращение с ситуацией; понимание ситуации позволяет объяснить действие (К. Поппер, 2004); ситуации не предрешиены согласно этнометодологии; смысл рождается в отношениях между ситуациями (Дж. Барвис, 1989); значение ситуации зависит от восприятия или понимания ее (Л. Витгенштейн, 1989); возможности, которые несет ситуация (К. Левин, 1997) и которые могут быть восприняты средствами, имеющимися в нашем распоряжении (Г. Г. Гибсон, 1979).

Согласно современному гештальт-подходу, сделавшему теорию поля и ситуацию предметом теоретических изысканий и практической деятельности, только *взаимодействие* организма и среды образует психологическую ситуацию, а не организм и среда, взятые по отдельности. Ситуация — часть

среды, в которой находятся действующие лица и которую они определяют с помощью схем индивидуализации, но при этом не в состоянии дать объективное знание о ней или полностью определить ее в содержании своих высказываний. Ситуация «предшествует» различению субъект/объект. В понимании Ж.-М. Робина (2008) ситуация не вызывает действий, но и не является простым фоном реализации намерений. Вся жизнь — это участие в ситуации, понятии, говорящем о поле. Действие определяется ситуацией, когда интенция теряет всякое значение; потребности узнаются в ситуации, конструируется ощущение себя, что подтверждает явление, сделавшее действие возможным. С точки зрения гештальт-терапии дифференциация ситуации происходит посредством диалога, и только в присутствии Другого возможно движение к контакту.

Диалог. К идее диалога обращались многие классические и постклассические исследователи интерсубъектной (диалогической) парадигмы: от представителей общегуманистической концепции диалога (М. М. Бахтин, 1986; М. Бубер, 1995; Э. Левинас, 1999; А. А. Ухтомский, 2002; О. Розенток-Хюсси, 2009), философской и психологической герменевтики (Г. А. Ковалев, 1987; Г.-Г. Гадамер, 1988; Н. В. Казаринова, 2001; Г. В. Дьяконов, 2003; А. А. Брудный, 2005) до представителей психологической теории отношений (Б. Г. Ананьев, 1968; В. Н. Куницына, В. Н. Панферов, 1992; В. Н. Мясищев, 2004; М. Н. Волкова, 2007; Е. П. Ильин, 2009; Е. Е. Белан, 2010).

Особое внимание уделяется диалогу в таких направлениях, как психология субъекта, экопсихология, синергетика, гештальт-терапия, экзистенциальная психология. Осознание присутствия Другого является главным препятствием и главным условием исцеления в психоанализе. В гештальт-подходе диалог — экзистенциальное событие, или Встреча. Благодаря диалогу организуются и реализуются взаимоотношения, выздоровление происходит в ситуации взаимоотношений с Другим, причем диалог должен быть не эксплуатирующего характера, а являться «жизнью взаимоотношений». Диалогическая позиция — приобретаемый навык и описывается составляющими: присутствие, принятие, включенность, самораскрытие, приверженность диалогу, диалог как жизнь (Г. Йонтеф, 2002; С. Харм, 2008; Ф. Джойс, Ш. Силлс, 2010; К. Evans, 2007).

Проведя анализ современных направлений психологии эпохи постмодернизма и теории поля К. Левина, давшей толчок многим рассматриваемым направлениям, оперирующим понятиями «поле», «среда», «ситуация», «диалог», можно сделать вывод о точках сближения разных подходов. Понятие «жизненное пространство» встречается в теории поля К. Левина, средовой психологии, интербихевиоризме. На проблемы, лежащие в поле отношений, указывает интербихевиоризм, гештальт-терапия, социальный конструктивизм. Среда как результат взаимодействия и взаимопроникнове-

ния рассматривается в субъектно-средовом подходе, психологии субъекта, экопсихологии, синергетике, психотехническом подходе, интересубъективном психоанализе. Включенность наблюдателя в наблюдаемое, познающего — в познаваемое, неразделимость исследователя и исследуемого находим в теории поля К. Левина, экопсихологии, психологии социального конструктивизма и конструкционизма, синергетике, психологии субъекта, гештальт-терапии, психотехнической теории. Рассматривая психику как одну из форм бытия, системное качество совместного развития системы «человек — среда», характеризующей процессуальный момент ее становления, несводимое к актуальным свойствам компонентов, экологическая психология тесно смыкается с представлением поля в гештальт-терапии. Однако принципиальным отличием второго подхода является обязательное наличие Другого. В психологии субъекта Другой рассматривается как зеркало, тогда как в гештальт-терапии Другой — активный участник и условие процесса дифференциации на границе контакта в ситуации. Изучение психики в становящейся форме, «зазоре» между «человек — среда», как качества совместного развития в процессе становления системы в экопсихологии, сближает последнюю с гештальт-подходом, где поле представляется непрерывным процессом. Действительность как процесс рассматривается в гештальт-терапии, социальном конструктивизме, синергетике и психотехнической теории. Полевой подход, равно как и ситуационный, несмотря на их эмпирическое использование, требуют дальнейшего теоретического и методологического развития.

На основании полевого подхода М. Ю. Городнова (2016) разработала теоретическую концепцию психологии лечебной среды, базирующуюся на 11 постулатах:

1) лечебная среда — поле, «порождающее» ситуацию и представляющее собой процесс;

2) «порождение» ситуации происходит совместно при взаимодействии с Другим, что является обязательным и необходимым условием;

3) Другой — любой участник лечебной среды, присутствующий в ее поле: медицинский персонал, пациент, волонтер, исследователь;

4) действия участников среды — функция среды (ситуации), то есть поведение пациента и специалиста, является производной совместно созданного поля;

5) действие возникает в результате диалога, в ситуации «здесь и сейчас» дифференцируется фигура потребности, определяющая актуальный выбор и реализацию принятого решения;

6) действие меняется постоянно и непрерывно, от ситуации к ситуации;

7) диалог определяет возможность Встречи, ведущей к новому опыту каждого из ее участников (субъект-порождающий тип взаимодействия);

8) приближение к субъективному опыту Другого и создание возможности Встречи, обуславливающей новый опыт, возможно только с помощью эмпатии, понимания, интуиции или иным подобным способом;

9) лечебная среда как поле имеет определенные свойства: конфликтность, дружелюбность, эмпатичность, обоюдные ожидания, доверие;

10) диалогическая позиция — приобретенный, специально тренируемый навык;

11) в среде нет объекта исследования, не зависящего от действия, которое осуществляется с ним; исследователь — непосредственный участник эксперимента.

Данная концепция носит прикладной характер, побуждая специалиста сохранять интерес и переживание новизны каждой ситуации контакта с пациентом, уникальности «обыденного» случая, что не только обеспечивает эффективность взаимодействия в построении рабочего альянса, но и сохраняет профессиональное здоровье специалиста. Признание ответственности каждого участника лечебной среды за решения и действия в ней позволяет разделить ответственность за эффективность лечения между всеми ее участниками, обеспечивая рост эффективности при оказании помощи больным, сохранение качества жизни и здоровья для всех.

Контрольные вопросы

1. В каких трех направлениях рассматривает понятие «поле» современная психология?
2. Перечислите принципы теории поля, выделенные М. Парлеттом.
3. Перечислите составляющие диалогической позиции.

Рекомендуемая литература

1. *Левин К.* Динамическая психология: Избранные труды. — М.: Смысл, 2001.
2. *Панов В. И.* Экопсихология: Парадигмальный поиск. — М.; СПб.: Нестор-История, 2014.
3. *Робин Ж.-М.* Быть в присутствии другого: этюды по психотерапии. — М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2008.
4. Теория поля в гештальт-терапии: контакт и отношения / Ред. и сост. Ж.-М. Робин; Ред. Р. Попова; Пер. с англ. С. Гогина. — Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2015.

Глава 3. Психологические защиты и копинг-поведение у детей

И. М. Никольская

Общие сведения о психологической защите

Психологическая защита — это система стабилизации личности, направленная на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта. Для выполнения своих функций она использует специальные механизмы: отрицание, подавление, рационализацию, вытеснение, проекцию, идентификацию, замещение, сновидение, сублимацию, отчуждение и др.

Впервые понятие «защита» в 1894 году использовал З. Фрейд в своей работе «Защитные нейропсихозы». По его первоначальным представлениям, механизмы психологической защиты являются врожденными, запускаются в экстремальной ситуации и выполняют функцию «снятия внутреннего конфликта», то есть выступают как средство разрешения конфликта между сознанием и бессознательным. В современной психологии представления о связи защиты с экстремальными ситуациями и о смягчении с ее помощью конфликтов сохранились, а положение о врожденном разнообразии форм защиты у конкретного человека подверглось коррекции.

Расширение представлений о защите связано с именем дочери Зигмунда Фрейда — Анны Фрейд (1946). Она попыталась обобщить и систематизировать знания о механизмах психологической защиты, накопившиеся к середине 1940-х годов. А. Фрейд подчеркивала оберегающий характер защитных механизмов, указывая на то, что они предотвращают дезорганизацию и распад поведения, поддерживают нормальный психический статус личности. В базовую концепцию отца она внесла определенные коррективы: акцентировала роль механизмов защиты в разрешении внешних (социогенных) конфликтов, а сами механизмы рассматривала не только как проявление врожденных задатков, но и как продукты индивидуального опыта

и непроизвольного научения. Было сформировано представление о том, что набор защитных механизмов индивидуален и характеризует уровень адаптированности личности. Наконец, она дала первую развернутую дефиницию защитных механизмов: «Защитные механизмы — это деятельность “Я”, которая начинается, когда “Я” подвержено чрезмерной активности побуждений или соответствующих им аффектов, представляющих для него опасность. Они функционируют автоматически, не согласуясь с сознанием».

А. Фрейд разделила механизмы защиты на группы и выделила двигательные, перцептивные и интеллектуальные автоматизмы. Они обеспечивают последовательное искажение образа реальной ситуации с целью ослабить травмирующее эмоциональное напряжение. При этом представление о среде искажается минимально, то есть находится в предельно возможном соответствии с реальностью. В результате нежелательная информация может игнорироваться (не восприниматься); будучи воспринятой — забываться, а в случае допуска в систему запоминания — интерпретироваться удобным для человека образом. Всего А. Фрейд описала 15 защитных механизмов. Она же наиболее полно проработала вопрос о последовательности их созревания. По ее мнению, первые созревающие у ребенка способы защиты связаны с отрицательным опытом его спонтанного самовыражения. Невозможность реагировать произвольно создает у младенца энергетическое напряжение, которое порождает беспокойство и дестабилизацию образа «Я».

Анна Фрейд наметила приблизительную хронологию механизмов психологической защиты:

- Возраст до 1 года — предстания защиты.
- 1–2 года — опасности преодолеваются ребенком посредством отрицания (в его незрелых формах пассивного и активного протеста — отказа и оппозиции), а также в виде тенденции к присоединению — проекции и имитации. Они связаны с выделением ребенком себя из окружающей среды, приписыванием среде всего болезненного и принятием в себя всего приятного.
- От 2 до 3 лет преобладает тенденция к отделению. Имеют место вытеснение (сначала в форме подавления), замещение и интеллектуализация.

Такие защитные механизмы, как регрессия, обращение против собственной личности и замещение, не зависят от этапов развития «Я». Они являются модификацией активности побуждений и функционируют с тех пор, как действуют сами побуждения, то есть с момента, когда начинается конфликт между порывами «Оно» и каким-нибудь препятствием на пути их удовлетворения. Важно, что замещение проявляется при активизации потребности в автономии и свободе в форме эмансипации.

В связи с развитием речи и логического мышления позднее, уже в младшем школьном возрасте, усиливается тенденция к присоединению и на-

чинает развиваться компенсация как незрелая форма рационализации. Постепенно «Я» укрепляет свою власть над «Оно», и абстрактное логическое мышление становится основной характеристикой «Я». При этом сильнее актуализируется сознание и усваиваются понятия запретного и разрешенного, обеспечивая забвение нежелательного опыта. Соответственно, возникает «хорошее» и «плохое» поведение. После 5 лет вследствие формирования половой идентичности и потребности в самопринятии появляется сублимация, которая неразрывно связана с усвоением нравственных ценностей.

В настоящее время большинство исследователей рассматривают психологические защитные механизмы в качестве процессов интрапсихической адаптации личности за счет подсознательной переработки поступающей информации. В этих процессах принимают участие все психические функции: восприятие, память, внимание, воображение, мышление, эмоции. Но каждый раз основную часть работы по преодолению негативных переживаний берет на себя одна из них. Включаясь в психотравмирующей ситуации, защитные механизмы выступают в роли своеобразных барьеров на пути продвижения информации. В результате взаимодействия с ними тревожная для личности информация либо игнорируется, либо искажается, либо фальсифицируется. Тем самым формируется специфическое состояние сознания, позволяющее человеку сохранить гармоничность и уравновешенность структуры своей личности. Защитное внутреннее неосознаваемое изменение признается особой формой приспособления человека к среде. Таким образом, в настоящее время защита рассматривается не только как средство против тревоги, но и как способ поддерживать непротиворечивое, позитивное чувство собственного «Я» (Е. С. Романова, Л. Р. Гребенников, 1996; Психологическая диагностика индекса..., 1998; И. М. Грановская, И. М. Никольская, 1999).

По мере накопления экспериментальных данных проявилась неоднозначность роли защиты. С чем она связана? Защита возникает в раннем детстве, когда формы общения и виды конфликтов со средой ограничены уровнем развития личности. Она предназначена для автоматического приспособления к среде за счет самопротекции. Однако во взрослом состоянии, при взаимодействии в расширенном социальном окружении, защиты только по типу автоматизмов бывает недостаточно. Поэтому если она не усложняется и не корректируется, при определенных условиях может привести к дезадаптации личности.

Исследования показали, что организация защиты и ее способность противостоять вредным воздействиям (то есть выполнять свои функции) у разных людей не одинаковы. Одних защита не ограждает и от того, от чего надо было бы защититься, а других ограждает настолько прочно, что в психику не просачивается даже значимая для личностного развития информация. В результате возникла необходимость различать нормальную, постоянно

действующую в повседневной жизни защиту, выполняющую профилактические функции, и защиту патологическую — как неадекватную форму адаптации.

Большой вклад в изучение психологической защиты и разработку методов ее тестирования внес Р. Плутчик (1980). По его мнению, механизмы психологической защиты — производные эмоций, а эмоции определяются как базисные средства адаптации. Он выделяет восемь базисных адаптивных реакций (инкорпорация, отвержение, протекция, разрушение, воспроизводство, реинтеграция, ориентация, исследование), которые, с его точки зрения, выступают прототипами восьми базисных эмоций (страх, гнев, радость, печаль, принятие, отвращение, ожидание, удивление). Кроме того, Р. Плутчик обратил внимание на то, что защитные механизмы характеризуются противоположностью (биполярностью) в той мере, в какой полярны лежащие в их основе эмоции: радость — печаль, страх — гнев, принятие — отвращение, ожидание — удивление. Таким образом, восемь базисных механизмов он сводит к четырем парам: реактивное образование — компенсация, подавление — замещение, отрицание — проекция, интеллектуализация — регрессия. Поскольку защитные механизмы являются производными эмоций, они, по аналогии с эмоциями, делятся на базовые (отрицание, вытеснение, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивное образование) и вторичные (все остальные).

Определив зависимость проявления тех или иных механизмов защиты от этапа возрастного развития личности, особенностей конкретных когнитивных процессов и гипотетическую шкалу примитивности-зрелости отдельных защитных механизмов, Р. Плутчик выстроил их последовательность, которая, в порядке возрастания зрелости, выглядит так. В числе первых возникают механизмы, связанные с перцептивными процессами. Именно процессы ощущения, восприятия и внимания несут ответственность за защиты, связанные с невидением, непониманием информации (перцептивные автоматизмы). К этой группе относятся отрицание и регрессия, а также их аналоги. Они наиболее примитивны и характеризуют «злоупотребляющую» ими личность как эмоционально и личностно менее зрелую. Затем возникают защиты, связанные с процессами памяти, а именно с забыванием информации (вытеснение и подавление). Последними, по мере развития процессов мышления и воображения, формируются наиболее сложные и зрелые виды защит, связанные с переработкой и переоценкой информации (рационализация).

Преобладание у человека какого-либо защитного механизма способно привести к развитию ряда черт и акцентуаций личности. Определенный механизм защиты как средство искажения реальности может характеризовать серьезные личностные нарушения. Р. Плутчик и Х. Келлерман (1979)

предлагают специфическую сеть взаимосвязей между разными уровнями личности: эмоциями, защитой и диспозицией (наследственной предрасположенностью к психическим заболеваниям). Так, высококритичная и подозрительная к окружающим параноидная личность, ощущая собственную неполноценность, защищается проекцией. Агрессивная личность, чьей основной эмоцией является гнев, использует замещение и направляет агрессию на более безопасный объект. У внушаемой и некритичной истерической личности преобладает отрицание. Пассивный личностный тип (робкий, зависимый, безынициативный, склонный к избеганию проблем и уходу в себя) защищается от страха — самой характерной для него эмоции — с помощью подавления и вытеснения.

Особенности психологической защиты у детей

Защитные автоматизмы

У ребенка каждый защитный механизм сначала формируется для овладения конкретными инстинктивными побуждениями и связан с определенной фазой индивидуального развития. Побудителями их формирования выступают возникающие в онтогенезе многообразные типы тревоги (страха), типичные для детей. Сюда относят реакции беспокойства на физический дискомфорт, страх разлуки и самостоятельности (одиночества, темноты, замкнутых пространств), страх смерти (нападения, заболевания, смерти родителей, сказочных персонажей, стихии и пр.), страх подчинения (быть наказанным и пристыженным, утратить расположение), страх изменения и др. На каждом возрастном этапе — свои страхи, и каждый из них может быть как полезен для дальнейшего развития ребенка, так и вреден.

Подобно всем другим психическим процессам, защитные механизмы имеют свои объективные проявления — внешне наблюдаемые и регистрируемые признаки на уровне действий, эмоций или рассуждений человека. Для некоторых современных исследователей защитный механизм — это в первую очередь прочный защитный поведенческий рисунок: внешне наблюдаемые действия, эмоции и проявления мышления, которые функционируют как обходные маневры для избежания тревожащих сведений или как преобразователи того, что порождает чувство или ощущение тревоги. Для других авторов наблюдаемые и регистрируемые виды защитного поведения являются лишь внешними, иногда даже частными, проявлениями скрытого психического процесса, выступающего как истинный защитный механизм.

Во втором случае идет размежевание понятий «защитная (поведенческая) реакция» и «защитный (интрапсихический) механизм». На базе такого размежевания выделяют основные формы адаптации человека к внешней среде:

- поиск человеком среды, которая наиболее благоприятна для его функционирования;
- изменения, которые он совершает в среде для приведения ее в соответствие со своими потребностями;
- внутренние психические изменения человека, с помощью которых он приспосабливается к среде.

Эти три формы можно рассматривать в качестве своеобразных этапов на пути формирования системы защитного приспособления ребенка (И. М. Никольская, Р. М. Грановская, 2000). Чтобы данное положение стало обоснованным, нужно более полно раскрыть содержание понятия «защитные автоматизмы».

Утверждая, что механизмы психологической защиты действуют автоматически, не согласуясь с сознанием, Анна Фрейд относила их к особому классу неосознаваемых явлений, называемых автоматизмами. Автоматизм — это действия и акты, которые совершаются сами собой, независимо от сознательных желаний и намерений человека. Анализ автоматических процессов обнаруживает их двоякую природу. Некоторые процессы никогда не осознавались, так как были врожденными или сформировались очень рано, часто в течение первого года жизни ребенка. Другие прошли через сознание и только потом перестали осознаваться. Главным в этой связи является понимание того, что личность «реагирует», «не замечает», «забывает» или «оправдывает себя» в неприятной ситуации автоматически, то есть не отдавая себе в этом отчета.

Как средство адаптации и разрешения психологических конфликтов защитные автоматизмы развиваются в онтогенезе. Они ограждают ребенка от неудовольствия, исходящего изнутри (внутренние инстинктивные стимулы), и от неудовольствия, источники которого находятся во внешнем мире. Во время первой фазы развития, до 1 года, незрелый организм имеет минимальные средства защиты от негативных эмоций, связанных с неприятными и опасными стимулами. Это ряд врожденных двигательных реакций, к которым относят защитное отдергивание, зажмуривание, крик, плач, улыбку, сосание, движения туловища, конечностей, головы и т. д., а также их комплексы.

На базе врожденных безусловных реакций путем усложнения форм поведения (двигательной активности) в процессе индивидуального научения усложняются и формы психического отражения. При этом последние можно рассматривать и как фактор, и как следствие предыдущих тенденций.

В результате такого развития и научения начинают функционировать более сложные защитные поведенческие реакции (отказ, оппозиция, имитация, компенсация) и первые защитные психологические механизмы (отрицание, проекция, замещение).

Становление защитных автоматизмов большинство исследователей связывают с удовлетворением либо неудовлетворением базисных психологических потребностей ребенка, самой ранней из которых является потребность в безопасности. Например, испытывая внутренний дискомфорт, младенец криком подзывает мать. Тем самым он осуществляет определенные изменения окружающей среды и поиск объекта, необходимого для его защиты. Однако события могли развиваться и по другим сценариям. Матери могло не быть дома, и тогда, сколько бы ребенок ни кричал, никто бы к нему не подошел. Или она могла подойти к нему только после настойчивого и длительного крика. Тогда ребенок мог частично приспособиться к ситуации другими способами: заснуть, отключившись от неприятных ощущений (предстадия отрицания); начать сосать кулачок (предстадия замещения) или, при позднем появлении матери, кусать ее грудь, так отреагируя на внутренний дискомфорт (предстадия проекции). Можно видеть, что если добиться желаемого результата из внешнего мира с помощью крика (спонтанной экспрессивной реакции) ребенку по каким-то причинам не удастся, он вынужден справляться с неприятными ощущениями путем изменения: своего функционального состояния (сон вместо бодрствования); объекта для удовлетворения потребности (собственный кулачок вместо материнской груди), эмоциональной реакции по отношению к матери (агрессия вместо отношений привязанности). По мнению Л. С. Выготского (1983), социальные условия, в которые должен вращаться ребенок, составляют область неприспособленности, из которой исходят творческие силы его развития. Препятствия, толкающие ребенка к развитию, коренятся в условиях социальной среды, в которую он должен войти. Существование препятствий есть не только главное условие достижения цели по их преодолению, но и неперемненное условие возникновения такой цели.

Таким образом, спецификой становления детской системы защиты является то, что первоначально она проявляется за счет и на уровне двигательных автоматизмов (поведенческих реакций) при участии элементарных психических функций. Постепенно усложняющиеся автоматические изменения поведения, возникающие в ответ на травмирующее воздействие, раздражитель, впечатление, обеспечивают приспособляемость ребенка к новой жизненной ситуации. Поведенческие реакции экспрессивны, доступны внешнему наблюдению и регистрации, поэтому не только позволяют осуществлять определенные изменения во внешней среде, но и привлекают к себе внимание окружающих взрослых. Позднее формируются защитные

механизмы, в реализации которых принимают участие прежде всего психические функции: от восприятия и эмоций до памяти и мышления. Такие защитные процессы позволяют ребенку адаптироваться к среде не за счет изменения внешнего мира, а за счет внутренних изменений — трансформации внутренней картины мира и образа самого себя.

Защитные поведенческие реакции

К типичным детским защитным реакциям (внешне наблюдаемым, регистрируемым бессознательным поведенческим паттернам) относят: отказ (пассивный протест), оппозицию (активный протест), имитацию, компенсацию и эмансипацию. Эта классификация, созданная на основе работ французских детских психиатров, широко используется в нашей стране (Г. Е. Сухарева, 1955; А. Е. Личко, 1985; В. В. Ковалев, 1995; Д. Н. Исаев, 1996).

1. *Отказ* — самая ранняя форма защитного поведения. В ее основе лежит невозможность удовлетворения базисных потребностей в безопасности и защищенности. Пассивный протест можно понимать как элемент более глобальной защитной поведенческой стратегии отдаления (отделения), сущность которой составляют психологические защитные механизмы изоляции и отрицания. Реакция пассивного протеста проявляется в отстранении от общения даже с близкими людьми, отказе от пищи и игр, в уходах из дома. Такая реакция чаще всего возникает у ребенка, если его внезапно оторвали от матери, семьи, привычной группы сверстников и поместили в больницу, ясли, чужую семью.

Достаточно часто пассивный протест обнаруживается в так называемом синдроме госпитализма. Его яркие черты — неподвижность, заторможенность. В этом случае ребенок старается по возможности уклониться от любых внешних воздействий, часами находится в одной и той же позе, не реагируя на окружающий мир. Типичной является поза лежа лицом к стене.

Реже реакция пассивного протеста развивается дома, когда в отношениях родителей ребенок не ощущает проявления достаточной внимательности, заботы, заинтересованности. При этом ребенок, потребности которого в ласке и эмоциональных контактах постоянно не удовлетворяются, постепенно становится неконтактным (аутичным). У детей постарше пассивный протест обнаруживается в немотивированном отказе от выполнения требуемых действий или в уходе из дома, интерната, детского сада, школы. Нередко возникновение этой реакции определяется неприятием ребенком пренебрежительного, деспотического отношения родителей, издевательств,

телесных наказаний, семейных конфликтов; предпочтения, оказываемого другим, непомерных требований, несправедливых замечаний. При сохранении обстановки, травмирующей психику, уходы становятся привычной реакцией и возникают по любому, даже незначительному поводу. Очень редко в качестве реакции на тяжелую, непереносимую обстановку дети совершают попытки самоубийства.

Частными случаями реакции пассивного протеста является мутизм (отсутствие речи) и нарушения соматовегетативных функций (рвота, недержание мочи и кала, насильственный кашель и пр.) (Д. Н. Исаев, 1996). В случае локального мутизма ребенок не разговаривает либо в определенном месте (семья, детсад, школа), либо с определенными людьми (мачеха, врач, учитель). При тотальном мутизме отсутствие речи наблюдается независимо от ситуации или собеседника. Нарушения соматовегетативных функций, как правило, сочетаются с упрямством и отказом от общения с теми, на кого направлен протест. По мнению Ю. Ф. Антропова и Ю. С. Шевченко (2000), описанные поведенческие и соматовегетативные нарушения, как правило, маскируют проявление у детей депрессии.

2. *Оппозиция* — активный протест ребенка против норм и требований взрослых — наблюдается при утрате или снижении внимания со стороны близких.

Развитию личности в максимальной степени способствует уверенность в том, что ничто не может нарушить отношения любви и привязанности. Когда эта уверенность подрывается, возникает оппозиция. Тогда поведение детей с позиции окружающих взрослых становится необъяснимым, хотя на самом деле оно является реакцией на недостаток тепла с их стороны и призывом вернуть любовь. Реакции этого типа характеризуются большим разнообразием и интенсивностью проявлений. К ним относят взрывные реакции со вспышками гнева, разрушительными действиями и агрессией, общее двигательное возбуждение с временным сужением сознания, злонамеренные поступки, прямо или косвенно причиняющие вред обидчику, а у маленьких детей — судороги.

Обычно оппозиция провоцируется обидой, неудовлетворением капризов, просьб и развивается остро и бурно. Ребенок плачет, кричит, падает на пол, бьется головой, стучит ногами, размахивает руками, стремится ударить, ущипнуть, царапается, отталкивает от себя взрослых или, наоборот, хватает и тянет за волосы, одежду, выкрикивает что-то нечленораздельное, требования, бранные слова. Дети постарше на высоте вспышки способны разрушать все, что попадет под руку, и нападать на тех, кого они считают виновниками своих переживаний. Иногда реакция активного протеста развивается медленно, и накапливающееся возбуждение разряжается отдельными враждебными поступками, повреждением или уничтожением

вещей «обидчика», нанесением телесных повреждений или оскорблениями, наговорами, мучительством животных.

3. *Имитация* — это незрелая форма идентификации. Она отличается от идентификации целостностью. Незрелость обнаруживается в выраженном стремлении во всем подражать определенному лицу, любимому герою. Поэтому нередко имитацию рассматривают как процесс эмоционального и иного самоотождествления одного человека с другим человеком, группой, образцом. У младенца, на врожденной основе, через присвоение поведения взрослого быстро вырабатываются мимика, улыбки, жесты, восклицания (паралингвистическая языковая система).

В отличие от ребенка, у взрослого подражание избирательно. Он выделяет у другого только понравившуюся черту и способен идентифицироваться отдельно с этим качеством, не распространяя свою положительную реакцию на остальные качества этого человека. Соответственно, эмоциональное отношение к предмету подражания у взрослого сдержаннее, чем у ребенка. Повышенная эмоциональность и глобальность восприятия способствуют созданию у ребенка (с помощью имитации) кумиров и созреванию идеалов. В этом — важная роль имитации в развитии личности.

Для дошкольников и младших школьников характерно или глобальное принятие кого-либо (положительная имитация), или его глобальное отрицание (отрицательная имитация). Чаще всего они имитируют поведение родителей, старших членов семьи, взрослых или подростков из ближайшего окружения, воспитателей и учителей. Для каждого периода есть свои значимые фигуры. В качестве модели ребенок выбирает того, кто, как ему кажется, больше преуспел в удовлетворении своих потребностей, чем он. При этом пример для подражания ребенок или подросток обычно выбирает не сам, он диктуется ему извне социальной средой. В. М. Бехтерев писал (1999): «Ребенок всему подражает, а потому пример в этом возрасте значит все: окружите детей хорошими примерами, и он переймет их и будет хорошим ребенком, окружите его дурными примерами, и он будет дурным ребенком».

Чтобы защита с помощью имитации была эффективной, она должна существенно снижать внутреннее напряжение. Поэтому дети, отвергнутые родителями, склонны во всем имитировать их поведение — в надежде вернуть их любовь, а подростки, стремящиеся стать членами подростковой группы, — во всем имитировать групповое поведение. Как подчеркивает Д. Н. Исаев (1996), такая ситуация возникает, например, когда ребенок подражает более старшим детям, мастурбируя (онанируя) или участвуя в развратных действиях. Если маленький ребенок во всем подражает родителям, потому что они представляются ему всемогущими, в дальнейшем, в подростковом возрасте, на фоне реакции группирования со сверстниками

безграничное принятие может превратить детей в фанатов (болеющих за определенную футбольную команду, следующих по пятам за любимой рок-группой, марширующих в повязках с фашистской свастикой).

4. *Компенсация* — это реакция, с помощью которой ребенок стремится объяснить себе и восполнить слабость и неудачливость в одной области успехами в другой. Можно считать, что компенсация — это отвлечение от основной проблемы с помощью переключения на другие успехи. Например, плохой ученик утешает себя тем, что «зато» он побеждает в драках, а ребенок, которого в семье не любят, — тем, что «зато» он хорошо себя ведет. (В дальнейшем такое нарушение логики — «зато» — типично для рационализации.)

Все, что нарушает безопасность ребенка в отношениях с родителями, порождает тревогу. У тревожного, не чувствующего себя в безопасности ребенка неизбежно развиваются компенсаторные стратегии, чтобы справиться с чувством изоляции и беспомощности. Это может быть враждебность, подкуп и угрозы, поиск власти над другими, сверхпоплушание, жалость к себе, обращение агрессии вовнутрь, самоуничтожение, сильные соревновательные тенденции. Иногда компенсация носит иной характер. В определенный момент своего развития «Я» получает способность преодолевать неудовольствие и уходить от него с помощью фантазии, что также может существенно снизить внутреннее напряжение. При этом ребенок способен более-менее постоянно фиксироваться на любой из названных стратегий, и тогда одна из них может приобрести характер потребности.

Люди, страдавшие в детстве либо реальными физическими недостатками, либо особенностями чисто психологического свойства, которые они воспринимали как недостатки (маленький или слишком большой рост), прилагают удвоенные усилия, чтобы компенсировать дефект развитием тех или иных черт характера, способностей и умений, и это им не только удается, но порой приводит к выдающемуся развитию других своих сторон (А. Адлер, 1927). Примером такой компенсации может служить жизнь Альфреда Адлера. Он на собственном опыте познал, что такое органический дефект. Из-за рахита он не ходил до 4 лет, а едва начав ходить, заболел тяжелой пневмонией. Все еще нетвердо стоя на ногах, Адлер несколько раз попадал в уличные катастрофы. Тем не менее, вместе того чтобы замкнуться в болезненном мире, он решил стать врачом. И хотя ему очень хотелось заняться спортом с другими ребятами, он проводил время за чтением классиков.

Как отмечалось ранее, защита по типу компенсации осуществляется не по месту недостатка или нарушения, а в другой, далекой сфере. Однако возможна и защита по типу гиперкомпенсации. Тогда компенсаторный процесс приближен к месту дефицита, и ребенок старается утвердиться в той области, где он особенно слаб (А. Е. Личко, 1985).

5. *Эмансипация* — борьба детей за самоутверждение и самостоятельность. В общем случае — это высвобождение из-под контроля и покровительства взрослых. Эмансипация считается преимущественно подростковой поведенческой реакцией, но в последние годы, в связи с большими требованиями, предъявляемыми детям со стороны взрослых и общества, она проявляется все раньше. Когда родители или воспитатели предъявляют ребенку необоснованные претензии и чрезмерные требования, которые не соответствуют его возрасту или возможностям достигнутого им уровня развития, когда все «нельзя», вероятность формирования реакции эмансипации увеличивается (Э. Г. Эйдемиллер, 1996). С ее помощью ребенок отрабатывает перенесение на себя способов поведения и черт характера взрослых, перенимая их права и возможности. Особенно это характерно для детей, которым приходится часто ощущать на себе агрессивные действия родителей. Они склонны к интенсивному использованию переноса и восприятию окружающего мира как источника постоянной угрозы.

Психологические защитные механизмы у детей

Помимо защитных реакций, выступающих в первую очередь на поведенческом уровне, у ребенка постепенно обнаруживаются психологические защитные механизмы, типичные для взрослых (подробно анализируются в книге И. М. Никольской и Р. М. Грановской «Психологическая защита у детей», СПб.: Речь, 2000).

1. *Отрицание* — это стремление избежать новой информации, несовместимой со сложившимися представлениями о мире и себе. Защита проявляется в игнорировании потенциально тревожной информации, уклонении от нее. Данный барьер расположен прямо на входе в восприятие, поэтому нежелательная информация необратимо теряется и впоследствии не может быть восстановлена.

В качестве прототипа отрицания нередко рассматривают сон как выключение из потока внешних событий (не сновидение). Возникая одним из первых в онтогенезе, отрицание в виде сна предохраняет младенца от перевозбуждения со стороны внешнего мира. К этому более склонны чувствительные малыши. Примитивные формы отрицания — невидение, неслышание — могут реализовываться либо через отвлечение внимания, либо через механизм отрицательных галлюцинаций (нарушения зрительного восприятия, при котором человек не видит некоторых предметов, находящихся в поле зрения при нормальном восприятии других). Это один из главных механизмов преодоления страха, с помощью которого опасность как бы отодвигается и прекращает свое существование. Способность детей

отключать произвольное внимание во время бодрствования — следующий (после засыпания) шаг в развитии отрицания. В этом случае ребенок становится невнимательным к тем сферам жизни и граням событий, которые чреваты неприятностями. Невозможность избежать неприятного события может компенсироваться отрицанием не его самого, а его тревожащего смысла. Эта форма отрицания возникает в возрасте 2 лет, когда активно формируется речь. В этом смысле лживость маленьких детей нередко имеет чисто защитную функцию. Стимул для запуска отрицания может быть не только внешним, но и внутренним, когда человек старается не думать, отогнать мысли о том, что неприятно.

Отрицание может позволить превентивно (с опережением) отгородиться от травмирующих событий. Так действует, например, страх перед неудачей, когда человек стремится не оказаться в ситуации, в которой может потерпеть поражение. У многих детей это проявляется в избегании соревнований или отказе от занятий, в которых они не сильны, особенно по сравнению с другими детьми. Обобщенная оценка опасности информации производится при ее предварительном целостном восприятии и грубой эмоциональной оценке как «назревания чего-то нежелательного». Подобная оценка приводит к перенастройке внимания, когда детальная информация об опасном событии полностью исключается из последующей переработки.

Отрицание (избегание) может возникнуть как естественный способ удалиться от стресса (наказания) и его источника (родителей). Дети, чье поведение удалось изменить сильными физическими наказаниями, с большой долей вероятности будут склонны к бессознательному отрицанию норм, которые им пытались привить таким образом.

2. *Подавление* — это блокирование неприятной информации либо при ее переводе из восприятия в память, либо при выводе из памяти в сознание. Тогда страх блокируется путем забывания реального стимула и обстоятельств, связанных с ним по ассоциации. Особенность подавления в том, что забывается содержание нежелательной информации, а ее эмоциональные, двигательные, вегетативные и психосоматические проявления могут сохраняться, проявляясь в навязчивых движениях и состояниях, ошибках, описках, оговорках. Такие симптомы в символической форме отражают связь между реальным поведением и подавляемой информацией.

Исследования подтверждают, что для закрепления следов в долговременной памяти они должны быть особым образом эмоционально окрашены — маркированы. Соответствующая эмоциональная окраска в дальнейшем определяет доступность следов произвольному воспоминанию. Поэтому способность вспоминать зависит от того, приятными или неприятными являются следы прошлого опыта. Чтобы что-то вспомнить, надо вернуться в то состояние, в котором человек получил информацию. Если тогда он

испытывал дискомфорт, чтобы вспомнить об этом, должен снова пережить то состояние. А поскольку вновь чувствовать себя плохо не хочется, человек вряд ли вспомнит.

Подсознательный механизм подавления тесно связан с копинг-стратегией «стараюсь забыть». Детей о значимых для них вещах часто вынуждают «забывать» взрослые. Существуют предметы, проблемы и события, о которых детям не только нельзя говорить, но и думать непозволительно (табу). Если человек усилием воли старается нечто подавить, забыть о чем-то пережитом или мысленно отталкивает это от себя, осуществляется диссоциация следов памяти: их разделение на разрешенные к произвольному вспоминанию и неразрешенные. Поэтому подавление обнаруживается в разрывном характере воспоминаний — из общей картины прежних событий что-то оказывается запрещенным к воспроизведению. Причем чаще всего подавляется переживание страха, собственной слабости, сексуальных побуждений, агрессивных намерений против родителей и других взрослых людей.

3. *Вытеснение* как форму переживания, отсутствующего в сознании, впервые описал З. Фрейд (1990). В отличие от подавления, оно связано не с исключением из сознания информации о случившемся в целом, а только с забыванием истинного, но неприемлемого, мотива поступка. Таким образом, забывается не само событие, а только его причина, первооснова. Забыв истинный мотив, человек заменяет его на ложный, скрывая настоящий и от себя, и от окружающих. Вытеснение считается самым эффективным защитным механизмом. Оно способно справиться с наиболее мощными инстинктивными импульсами, нормальными с точки зрения развития, но неосуществимыми и пугающими — например, с желанием уничтожить одного из родителей. Однако этот механизм требует постоянного расхода энергии, и затраты могут вызывать торможение других видов жизненной активности.

Для детей типично вытеснение страха смерти. В этом случае у ребенка сохраняется осознание того, что он боится, что страх — есть. В то же время его настоящая причина маскируется. Например, вместо страха смерти появляется страх «медведя, который может напасть и голову откусить».

События, вытесненные в бессознательное, сохраняют эмоциональный энергетический заряд и постоянно ищут возможности пробиться в сознание. Это субъективно ощущается как переживание беспокойства, тревоги или беспричинного страха. Такое повышение общей эмоциональности побуждает человека формировать особую, аффективную черно-белую логику, предпочитающую крайние варианты в оценке действительности. Однако есть шанс частично вернуть вытесненное в сознание. Это может произойти, если факт не отрицается, а его эмоциональное наполнение остается под запретом.

Таким образом, частичные права гражданства в сознании получает только образное содержание события.

Вытеснение может осуществляться частично. В этом случае сохраняется отношение человека к истинному мотиву как причине переживания. Оно существует в сознании в замаскированном виде, как чувство немотивированной тревоги, иногда сопровождающейся соматическими явлениями. Повышенная тревожность, возникающая в результате неполного вытеснения, таким образом, имеет функциональный смысл, поскольку может заставить человека либо попытаться по-новому воспринять и оценить травмирующую ситуацию, либо подключить другие защитные механизмы. Однако обычно следствием вытеснения является невроз.

4. *Проекция* — бессознательный перенос собственных неприемлемых чувств, желаний и стремлений на другое лицо. В его основе лежит неосознаваемое отвержение своих переживаний, сомнений, установок и приписывание их другим людям с целью переложить ответственность за то, что происходит внутри «Я», на окружающий мир. Субъективно проекция переживается как отношение, направленное на ребенка от кого-то другого, хотя все наоборот. Такая защита может быть устойчивой, вести к изменению характера и сохраняться на протяжении всей жизни.

Термин «проекция» ввел З. Фрейд (1966), понимая ее как неявное уподобление окружающих людей себе, своему внутреннему миру. Использование механизма проекции в качестве способа отрицания собственных ошибок и возложения ответственности за них на какую-то внешнюю силу естественно для маленьких детей в ранний период развития. Проекция осуществляется под влиянием доминирующих потребностей, смыслов и ценностей человека. Понимание ее сути позволяет уяснить, почему приписывание одним человеком неблагоприятных поступков или свойств другому нередко оборачивается саморазоблачением.

Следы проекции обнаруживаются, когда, столкнувшись с собственным неблагоприятным поступком или нежелательным качеством, человек частично урезает информацию об этом, не сознавая, что это — его собственный поступок, личное качество. Пропуская в сознание информацию о существовании неблагоприятного факта как такового, он меняет его принадлежность — относит не к себе, а к другому лицу. Это позволяет не уронить себя в глазах окружающих. Таким образом, при реализации проекции личность сдвигает границы своего «Я», осознание которых позволяет ей переживать свою нетождественность с окружающим миром. Границы «Я» сжимаются, удерживая внутри только положительное. Тем самым создаются условия для отвержения неприемлемых аспектов образа «Я». Это позволяет личности относиться к внутренним проблемам так, как если бы они происходили снаружи, и изживать неудовольствие так, будто оно

пришло извне. Если же «враг» снаружи, а не внутри, к нему можно применить более радикальные и эффективные способы наказания — стыдить, ругать и высмеивать.

Проекция нередко проявляется у детей с заниженной самооценкой. Человек с высокой самооценкой уверен в себе и не нуждается в непрерывном самоутверждении. При низкой самооценке, напротив, человек хронически недоволен собой вследствие рассогласования между желаемым и реальным образами «Я». Тогда возникает потребность искать и находить себе недруга: сладко сознавать, что плохое — там, во внешнем, зримом объекте. Поэтому низкая самооценка, неуверенность в себе — часто ключевое звено, которое повышает вероятность возникновения проекции.

Существует и другой вариант проекции, позволяющий формировать дружеские привязанности и укреплять отношения с другими людьми, так называемое альтруистическое подчинение. В этом случае кажется, что человек не стремится к достижению личных целей, а растрчивает свою энергию на других, как бы живет их жизнью. Такой способ поведения позволяет не только косвенно реализовать собственные скрытые и запретные желания, но и высвободить заторможенную активность и агрессию.

Когда в структуре защиты доминирует проекция, в характере могут усиливаться гордость, самолюбие, злопамятность, обидчивость, ревность, нетерпимость к возражениям, тенденция к уличению окружающих.

5. Идентификация — это неосознаваемое отождествление себя с другим человеком, перенос на себя чувств и качеств желаемых, но недоступных. За счет этого происходит возвышение себя до другого путем расширения границ собственного «Я». Человек, как бы включив другого в свое «Я», заимствует его мысли, чувства и действия. Это позволяет преодолеть чувство собственной неполноценности и тревоги, изменить свое «Я» таким образом, чтобы оно было лучше приспособлено к социуму.

Считается, что благодаря достаточно теплым отношениям с матерью ребенок когда-то смог уверовать в безопасное окружение. Совместное существование ребенка и матери в прошлом формирует матрицу, на которой и осуществляется перенос качеств с другого на себя. Исполняя или отвергая желания ребенка, мать становится не только первым объектом его любви, но и первым «законодателем». Ее индивидуальные пристрастия и антипатии оказывают огромное влияние на развитие ребенка. Быстрее всего развивается то, что нравится матери и что ею оживленнее приветствуется. Напротив, процесс развития замедляется там, где она остается равнодушной или не показывает одобрения. Родители — строители и охранители мира, который благодаря их усилиям находится в состоянии порядка и обеспечивает ребенку защиту. Поэтому ребенок испытывает к родителям «изначальное доверие», без которого не может развиваться.

Для идентификации нужна определенная степень сходства с ее объектом. Сходство усиливает чувство симпатии, близости, сочувствия и дает старт процессам отождествления. Вместе с тем подчеркнуто инфантильная доверчивость ко всем людям характеризует ребенка с недостаточно сформированной концепцией «Я». В его самосознании сближены «Я» и «Мы», отсутствует или слабо выражено разделение «Я» и «не-Я», что приводит к зависимости от другого человека и часто выглядит как внушаемость.

Идентификация проявляется в детских ролевых играх. С ее помощью дети усваивают образцы поведения значимых для них людей, то есть активно социализируются. Они становятся способны не только подчиняться моральным требованиям своего социального окружения, но и принимать в них участие, чувствовать себя их представителем. Идентификация опосредует принятие женской и мужской роли, позиции взрослого, то есть участвует в формировании «сверх-Я». Включая в свой внутренний мир нормы, ценности и установки любимых и уважаемых людей, ребенок использует их в дальнейшем как собственные. Из этих заимствований он формирует свой идеал — внутреннее представление о том, каким он хотел бы стать. Однако внутренняя инстанция сознания еще очень слаба и долгие годы нуждается в поддержке, опоре авторитетного лица и может легко разрушиться из-за разочарования в ней.

Обычные виды идентификации являются фактором, первоначально облегчающим налаживание отношений. Они рассматриваются как необходимые предварительные условия для последующего вступления ребенка в социальное сообщество взрослых. А. Бандура и Р. Волтерс (1964) установили, что в процессе усвоения ребенком нового социального опыта особенно эффективна процедура зрительного изучения модели. Дети приобретают новое поведение, подражая ей, что включает процессы наблюдения, имитации и идентификации. При этом социальное научение осуществляется и при отсутствии подкрепления, и при наличии косвенного подкрепления только одной модели поведения.

Способность восхищаться и любить тех, кто лучше нас, создавать идеалы располагает к идентификации. За счет нее у ребенка формируется чувство собственного достоинства и повышается самоуважение, так как он чувствует себя сопричастным к чему-то высокому, тому, что лучше него. Такая сопричастность помогает преодолеть индивидуальную слабость, беззащитность, ощущение бесцельности жизни. Идентификация с героем позволяет человеку встать на его точку зрения, принять его способы восприятия окружающего мира и разделить его представления о приемах разрешения конфликтов. Она дает возможность не столько понять, сколько почувствовать то, что чувствует герой, и, таким образом, научиться понимать и интерпретировать свои сходные состояния.

Одной из частых форм у детей является идентификация с агрессором. Нередко это следствие ранее перенесенного травмирующего опыта. Воплощая агрессора, принимая его атрибуты или имитируя агрессию, ребенок преобразуется из того, кому угрожают, в того, кто угрожает. Так имитация поведения отрицательных персонажей, отношение к которым вызывает беспокойство, позволяет снизить остроту переживаний и даже превратить тревогу в приятное чувство безопасности (А. Фрейд, 1996).

Проекция и идентификация имеют ограничения. Граница «Я», помогающая личности ощутить свою нетождественность с остальным миром, может смещаться и приводить либо к отвержению того, что принадлежит ей, либо к принятию того, что принадлежит другому человеку. Однако как исключительная центрированность человека на себе, так и полное уподобление другому, отождествление с его ценностями означает прекращение развития собственной индивидуальности. Только уравновешенность этих взаимодополняющих механизмов защиты способствует гармонии внутреннего мира.

6. *Замещение* — это перенос реакции с недоступного на доступный объект или замена неприемлемого действия приемлемым. За счет этого происходит разрядка напряжения, созданного неудовлетворенной потребностью. Данный вид защиты тесно связан с развитием детских игр и ролью игрушек в нормализации психического равновесия ребенка. Играя с куклой, ребенок может «позволить» ей делать и говорить все, что ему запрещено. Как замещение такая смещенная агрессия (замена мишени, по выражению А. Фрейда) может сформироваться, если физическое наказание используется с целью пресечь агрессию ребенка по отношению к другим детям или животным (например, отец бьет сына, требуя от него, чтобы он не обижал маленьких). Даже единичных случаев такого воспитания достаточно, чтобы ребенок усвоил (необязательно на осознанном уровне), что агрессия в отношении окружающих допустима, а жертву надо выбирать меньше и слабее себя.

Вместе с тем замещение может выступать не только как смещенная агрессия, но и как возможность облегчить груз эмоций и проработать чувства. В этом смысле понятно, почему ребенку так важно поговорить о собственных проблемах. Для него рассказ является простейшей формой замещения, ведь рассказать — значит что-то сделать.

Замещение может осуществляться разными способами. Первый — замещение одного действия другим (мальчик не может нарисовать крейсер и от злости рвет рисунок). Второй способ — замещение действия словом (девочка боится ударить мальчика и, отойдя подальше, начинает его обзывать). Третий — замена мишени, когда человек направляет свою реакцию на другого человека или предмет. Одной из форм замещения этого типа считают замещающую любовь (одиноким ребенок, с которым никто из сверстников

не хочет дружить, дружит со своей морской свинкой или с воображаемым мальчиком, персонажем любимой книжки).

Замещение может разворачиваться и путем перевода действий в иной план — из реального мира в мир утешительных фантазий. Ребенок погружается в фантазии, где можно достичь всего, чего он пока не может добиться в жизни, то есть обладать всемогущим контролем. По Ш. Ференци (1980), на инфантильной стадии первичного всемогущества фантазия обладания контролем над миром нормальна. Однако по мере взросления она естественным образом должна трансформироваться в идею вторичности, когда всемогущим воспринимается тот, кто заботится о ребенке.

Достаточно характерен и вариант замещения по типу регрессии — перевода поведения в ранние, незрелые, детские формы. Социальное и эмоциональное развитие никогда не идут строго прямым путем. В процессе роста личности наблюдаются колебания, которые с возрастом становятся менее драматичными, но никогда полностью не проходят. В конце второго года жизни ребенок начинает ходить и тем самым провозглашает свою независимость от матери — и тут же возвращается обратно и прячется «под юбкой». Это и есть регрессия — возвращение к знакомому способу действия после достижения нового уровня компетентности.

В данном случае можно наблюдать эгоистическое и безответственное поведение, когда допустимы и капризы, и истерики. Проявляющиеся детские формы демонстративны и призваны замаскировать, отодвинуть поведение, которое человек в данный момент не хочет принимать и осуществлять. Известный психолог П. Жане обратил внимание на то, что человек откатывается к ранним, низшим формам поведения, когда не выдерживает напряжения, которого от него требуют высшие, взрослые формы поведения.

Развиваясь в раннем детстве, регрессия сдерживает чувство неуверенности в себе и страх неудачи, связанные с проявлением инициативы. Родители нередко поощряют регрессивное поведение, находясь с ребенком в отношениях эмоционального симбиоза и желая, чтобы он всегда оставался маленьким. Если этот способ поведения станет стереотипным, то взрослого человека будет отличать инфантилизм: легкая смена настроения; потребность в контроле, подбадривании и утешении; непереносимость одиночества; импульсивность, зависимость, неумение доводить дело до конца. К реакциям регрессии у детей примыкает замещение с помощью ритуалов и навязчивых действий, выступающих как комплексы произвольных реакций для удовлетворения бессознательных запретных желаний. К наиболее распространенным патологическим привычным действиям относят патологические формы сосания пальца, раскачиваний (яктации), допубертатной мастурбации, грызения ногтей (онихофагии), выдергивания волос (трихотилломании). По данным разных авторов, от 6 до 83 % детей

в том или ином возрасте имеют указанные привычки (Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко, 2000).

7. *Сновидение* — это бессознательные действия «Я» в состоянии сна, которые могут сопровождаться эмоциональными переживаниями. Сновидение можно рассматривать как особый вид замещения, посредством которого происходит перенос недоступного действия в иной план — из реального мира в мир сновидений. Задача сновидения — выразить сложные чувства в картинках и дать человеку возможность их пережить, осуществив замещение реальных ситуаций. Специфика замещения в сновидении состоит в том, что события в нем не связаны с реальностью: временем, пространством, необратимостью явлений.

Мысли, которые человек наяву боится допустить в сознание, приходят во сне, воплощаясь в разные образы. Такое возможно, поскольку во сне «цензура» ослаблена. Однако полностью она не всегда выключается, поэтому особо травмирующие элементы нуждаются в зашифровывании и маскировке. Так, исполнение желаний, не удовлетворенных в реальной жизни, в сновидениях часто двуплановое: имеет явную форму и скрытое за ней содержание. Пониманию проблем, обнаруживающихся в фабуле детского сновидения, помогает появление в них разнообразных животных, смысл которых проясняется из их ролей в детских сказках. Ситуации преследования угрожающими существами нередко инициированы проблемами отношений в классе или семье, а беспокойство и тревога в детских снах часто говорят о неготовности к опросу, контрольной, экзамену. При этом чем младше ребенок, тем чаще суть ситуации ему ясна без слов.

Сны позволяют вывести страсти ребенка наружу, во сне может наступить высвобождение и разрядка сгущенных, выходящих из-под контроля эмоций; во сне можно реализовать желаемое, самоутвердиться и поверить в себя. По мнению А. Адлера, образы сновидений являются тем средством, при помощи которого ребенок и взрослый, компенсируя чувство неполноценности и отсутствие самоуважения, стремятся к власти и превосходству, пытаясь достичь ложного ощущения завершенности. Разрядка возникшего напряжения и его переориентация наиболее отчетливо обнаруживаются в сновидениях детей. При этом не всегда важно, происходит удовлетворение в физической и чувственной реальности или во внутренней воображаемой реальности сна, если аккумулированная энергия в достаточной мере разряжается.

8. *Сублимация*, один из высших и наиболее эффективных защитных механизмов, реализует замещение инстинктивной цели в соответствии с высшими социальными ценностями. Сублимация социально приемлемым способом выражает базирующиеся на биологии импульсы (стремление сосать, кусать, есть, драться, совокупляться, разглядывать других и демонстрировать себя, наказывать, причинять боль, защищать потомство).

Это осуществляется путем переориентации сексуального и агрессивного потенциалов человека, реализация которых входит в конфликт с личностными и социальными нормами, в приемлемые и даже поощряемые формы общественной и творческой деятельности. Замещается не сам объект, а способ взаимодействия с ним. Такая переориентация требует принятия или, по крайней мере, знакомства с идеальным стандартом, в соответствии с которым сексуальность запрещается, а агрессия объявляется антисоциальной. Поэтому эта защита вызревает у детей достаточно поздно.

Одной из типичных форм сублимации у детей является рисование. Нарисовать свои фантазии подчас легче, чем о них рассказать. Рисунок объективизирует внутренний конфликт, позволяет его отреагировать и тем самым снижает вероятность внешних проявлений в социально опасной или неприемлемой форме. Посредством рисунка можно контактировать с окружающими и понять, что воплощенные травмирующие впечатления могут восприниматься без переживания стыда и вины. Это объясняет, почему рисование помогает не только при детских страхах, но и в случае наркомании, заикания, афазий.

Сублимация включает в себя замещение не только сексуальных, но и агрессивных импульсов. В первую очередь сублимируется агрессия, связанная с самоутверждением и желанием, чтобы ребенка одобряли или хотя бы просто принимали окружающие. Творческое самовыражение (возможность выступить на сцене, вылепить чашку или сочинить сказку) дает прекрасную возможность получить признание и сублимировать внутренний инстинктивный потенциал. По мнению М. Кляйн (1959), фундаментальные элементы творчества — это конфликт и потребность в его преодолении. Отсутствие конфликта у ребенка лишает его возможности обогатить собственную личность и усилить свое «Я».

Способность большинства людей отвлекаться от первоначальной цели и находить удовлетворение в ином, допустимом с социальной точки зрения, органична. Так, сублимация достаточно часто связана с десексуализацией, то есть с перекачкой избытка сексуальной энергии в иную сферу. Сублимация пробуждающихся у подростков половых инстинктов в разные виды интеллектуальной деятельности и физической активности — надежный путь снижения юношеской гиперсексуальности и повышения креативности.

9. Рационализация — это осознание и использование в мышлении лишь той части воспринимаемой информации, благодаря которой собственное поведение предстает хорошо контролируемым и не противоречащим объективным обстоятельствам. Суть рационализации — в отыскании «достойного» места для непонятного или недостойного побуждения либо поступка в имеющейся у ребенка системе внутренних ориентиров без разрушения данной системы. С этой целью неприемлемая часть ситуации из сознания

удаляется, особым образом преобразуется и уже после этого осознается в измененном виде.

С помощью рационализации дети легко закрывают глаза на расхождение между причиной и следствием, что позволяет им сохранить уважение к себе.

Мощным стимулом, провоцирующим рационализацию, является потребность ребенка в системе разумной ориентации в окружающем мире, безотносительно к тому, истинна она или ложна. Такая система ориентиров во многом транслируется окружающими взрослыми, что позволяет ребенку осуществлять контакт с реальностью и постигать мир до некоторой степени объективно.

Рационализация — всегда оправдательное отношение к своему поведению и принципам. При этом ребенок уверен в своей искренности. Однако субъективная убежденность в собственной искренности ни в коем случае не служит критерием истинности. Решение, как поступить, принимается бессознательно. Но когда поступок совершен, встает задача найти для него оправдание с целью убедить себя и других, что ты действуешь правильно, в соответствии с реальной ситуацией. Причины поведения, осознаваемые после использования рационализации, обычно представляют собой смесь из ложной информации, в которую включены островки истины — констатация самого события. Наличие в этой смеси элементов истины придает ложную уверенность в том, что истинна и вся смесь. В ней разум пытается навести благопристойный порядок, который затем осознается.

Рационализация может осуществляться разными способами: с помощью самодискредитации, «дискредитации жертвы», «преувеличения роли обстоятельств» или «утверждения вреда во благо» (Е. С. Романова, Л. Р. Гребенников, 1996). Однако чаще всего рационализация достигается с помощью двух типичных вариантов рассуждения: по типу «зеленый виноград» и по типу «сладкий лимон». Первый из них («зеленый виноград») основан на понижении ценности поступка, который совершить не удалось, или результата, который не был достигнут. В этом случае, утверждая, что ему чего-то не очень хотелось, ребенок, по сути, снижает цель своей деятельности. В основе второго варианта («сладкий лимон») лежит повышение ценности совершенного поступка, полученного результата.

Данный вид защиты чаще используют люди с сильным самоконтролем. За счет рационализации у них происходит частичное снятие возникшего напряжения. При этом рационализация формируется тем быстрее, чем чаще и сильнее ребенок испытывает субъективное ощущение несправедливости наказания.

10. *Отчуждение* (или изоляция) — это защитный механизм, связанный с отделением чувства от ситуации. Нередко изоляция проявляется у ребенка достаточно рано при восприятии травмирующих ситуаций или

воспоминаниях о них с чувством тревоги, этими событиями спровоцированным. Отчуждение приводит к распаду сознания: его единство дробится. Возникают как бы отдельные обособленные сознания, каждое из которых может обладать собственными восприятием, памятью, установками. Вследствие этого некоторые события воспринимаются по отдельности, а эмоциональные связи между ними не актуализируются и поэтому не анализируются. Можно сказать, что отчуждение защищает личность путем отстранения «Я» от той ее части, которая провоцирует непереносимые переживания.

Например, опасная для ребенка ситуация может возникнуть, если родители не любят друг друга, но воздерживаются от ссор и других проявлений неприязни. В то же время холодность лишает их отношения с детьми непринужденности. Тогда ребенок живет в обстановке, не позволяющей ему вступать в тесный контакт ни с матерью, ни с отцом. Поэтому он чувствует испуг, никогда не зная наверняка, что чувствуют и думают родители. В результате ребенок прибегает к изоляции: отключается от внешнего мира, погружается в свой мир, становится отчужденным. Неудивительно, что, повзрослев, он с большой вероятностью сохранит отчуждение в межличностных отношениях.

Семья — среда, определяющая развитие защиты

Формирование полноценной системы психологической защиты происходит по мере взросления ребенка, в процессе индивидуального развития и научения. Индивидуальный набор защитных механизмов зависит не только от темперамента, но также от конкретных обстоятельств жизни (стрессов), с которыми ребенок сталкивается, от многих факторов внутрисемейной ситуации, от отношений ребенка с родителями, демонстрируемых ими паттернов защитного реагирования (К. Абрахам, 1925; М. Кляйн, 1959; П. Экман, 1993; Н. Мак-Вильямс, 1998).

Защитные механизмы возникают у ребенка как результат:

- 1) усвоения демонстрируемых родителями образцов защитного поведения;
- 2) негативного воздействия родителей.

При рассмотрении защиты как результата усвоения родительских стилей поведения в виде научения через подкрепление или посредством подражания и его аналогов — имитации и идентификации — подчеркивается роль семьи как психосоциального посредника общества, призванного с помощью внешнего вмешательства в развитие ребенка актуализировать различные механизмы защиты в качестве средства социальной адаптации. Это подтвер-

ждают широко известные эксперименты Г. Харлоу (1958) и наблюдения за поведением детей после изоляции от матери и другого близкого человека в раннем детстве. Доказано, что биологический смысл раннего запечатлевания (импринтинга) можно напрямую связать с образованием системы психологической защиты, при невозможности сформировать которую необратимо наступают изменения в поведении.

Под негативным воздействием родителей подразумевают недостаточное удовлетворение базисных потребностей ребенка. Если ребенок не имеет правильного и постоянного материнского ухода (не удовлетворяется потребность в привязанности и безопасности), у него быстро развивается болезненное состояние напряжения. В этих условиях младенец, лишенный ухода матери, в качестве защитной компенсации будет стараться стимулировать себя ритмическими движениями тела, например, стучаясь лбом или сильно раскачиваясь (М. Риббл, 1955).

У холодных и безразличных матерей младенцы часто бывают напряженными, сопротивляющимися. Они даже сосать не хотят, а иногда становятся совершенно отчужденными, впадая в состояние, близкое к ступору (вариант реакции пассивного протеста). Английский психоаналитик Дж. Боулби указывает, что ребенок, оторванный от матери или оказавшийся в индифферентной к нему среде, проходит три стадии: протест, отчаяние, отрешенность. В стадии протеста он сердится, что мать ушла от него; затем теряет надежду на то, что она вернется; наконец, его отчаяние переходит в отрешенность, и он перестает реагировать (1951).

Дистресс (расстройство настроения у родителей) тоже оказывает как сиюминутное, так и долговременное неблагоприятное воздействие на развитие ребенка даже при отсутствии других проблем. Доказано, что если мать подвержена депрессии на протяжении первых лет жизни ребенка и уходит в себя, то он воспринимает ее некомпетентность как собственную несостоятельность. Это приводит к пожизненному дефициту способности справляться с напряжением и управлять взаимодействием с окружающим миром. Родительская депрессия сказывается и на родительстве как таковом, и на отношениях между поколениями в течение всей жизни (Б. Колер, Ф. Скотт, Дж. Музик, 1996).

На структуру защиты ребенка также влияет властность матери. Дети властных матерей проявляют много признаков ранней невротизации, что в дальнейшем проявляется как особенности характера: застенчивость, устойчивые страхи, повышенная тревожность, излишняя покорность (Ф. Александер, Ш. Селесник, 1995).

Теплое чувство в отношениях «мать и дитя» в первые годы жизни защищает ребенка от многих расстройств. Вместе с тем, в случаях материнской сверхзаботы, когда не удовлетворяется потребность ребенка в свободе

и автономии, последствия для личности могут быть такими же разрушительными. Многие обстоятельства роста и развития ребенка в семье провоцируют включение психологической защиты. Например, при частых или хронических заболеваниях чрезмерная забота родителей и внимание к здоровью, самочувствию ребенка нередко формируют у него стратегию «ухода в болезнь», которая может сохраниться в характере взрослого.

Во всех перечисленных случаях говорить о развитии полноценной, сбалансированной системы защиты не приходится. Эмоциональное отвержение и эмоциональный симбиоз, блокирующие, соответственно, тенденцию к присоединению и тенденцию к отвержению, по мнению Е. Т. Соколовой, являются теми экстремальными родительскими установками, которые затем переходят в типичные нарушения родительского поведения (1989).

Не менее важно наличие в семье барьеров общения. Примером здесь может стать «замаскированная коммуникация»: родитель подтверждает содержание того, что ему сообщает ребенок, но отвергает интерпретацию, которую тот предлагает. Например, если ребенок жалуется, что ему плохо, родитель отвечает: «Ты не можешь так говорить, ведь у тебя все есть. Просто ты капризный и неблагодарный» (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис, 1999). В этом случае ради спокойствия индивида интерпретация его сообщения так искажается, что ее информационная роль сводится к нулю. Однако внутренняя напряженность у ребенка остается и может дать стимул к запуску конкретных защитных механизмов: подавления, замещения или рационализации.

Общие сведения о копинг-поведении

Психологическая защита включается автоматически и является неосознанной. Однако личность как социальное, сознательное и самостоятельное существо способна целенаправленно разрешать конфликты, бороться с тревогой и напряжением. Для обозначения сознательных усилий личности используется понятие «*копинг-поведение*» (*coping*), или осознанные стратегии *совладания* со стрессом, другими порождающими тревогу событиями. Впервые термин «копинг» был использован при исследовании способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. Р. Лазарус (1966) распространил его на множество ситуаций острого и хронического психологического стресса. Он определял механизмы совладания как стратегии действий, предпринимаемых человеком в ситуациях угрозы, относящейся к физическому, личностному и социальному благополучию,

как деятельность личности по поддержанию баланса между требованиями окружающей среды и ресурсами организма.

При исследованиях *стресса* копинг-поведение нередко рассматривается как понятие, по содержанию близкое к психологической защите. Организм человека реагирует на воспринятое нарушение *либо автоматически адаптивными ответными реакциями, либо адаптивными действиями, целенаправленными и потенциально осознанными* (М. Перрес, М. Рейшперт, 1992). В первом случае речь идет о неосознанных поведенческих реакциях или защитных механизмах. Во втором имеет место осознанное поведение совладания. Главное отличие защитных автоматизмов от копинг-стратегий — неосознанное включение первых и сознательное использование вторых.

Для совладания необходимо соблюдение по крайней мере трех условий: достаточно полного осознания возникших трудностей, знания способа эффективного совладания именно с ситуацией данного типа и умения его своевременно применить на практике. Из сказанного понятно, насколько эффективность совладания зависит от того, является срабатывание данной защиты ситуативным или это уже элемент стиля личного реагирования на трудности.

Некоторые авторы напрямую определяют копинг-стратегии как осознанные варианты бессознательных защит. Действительно, по мере развития и формирования самосознания личность способна осознавать то, что ранее осуществляла автоматически. Это положение лежит в основе многих психотерапевтических подходов, которые ставят целью дать пациенту знания о психологической защите, учат фиксировать проявление ее механизмов, осознанно и гибко использовать наиболее зрелые и эффективные из них (Р. Плутчик, 1980).

В других случаях считается, что отношение между копинг-поведением и защитными механизмами более сложное. Совладание рассматривается не только как осознанный вариант бессознательных защит, но и как родовое, более широкое понятие по отношению к ним, включающее в себя как бессознательные, так и осознанные защитные техники (Д. Улих, Ф. Меринг, П. Стремел, 1980). В рамках этого, второго подхода механизмы психологической защиты выступают только как один из возможных способов реализации стратегии копинга. Например, проекцию и замещение можно трактовать как часть стратегии совладания по типу конфронтации, изоляцию и отрицание — как часть стратегии отдаления и пр.

При разграничении автоматизмов психологической защиты и осознанных стратегий совладания В. А. Ташлыков предлагает следующую схему анализа (1992).

- *Инерционность.* Механизмы психологической защиты не приспособлены к требованиям ситуации и являются ригидными. Техники сознательного самоконтроля пластичны и приспособлены к ситуации.
- *Непосредственный и отложенный эффект.* Механизмы психологической защиты стремятся к возможно более быстрому уменьшению возникшего эмоционального напряжения. При использовании сознательного самоконтроля человек способен терпеть и даже доставлять себе мучения.
- *Тактический и стратегический эффект.* Механизмы психологической защиты «близоруки», создают возможность лишь разового снижения напряжения (принцип действия «здесь и сейчас»), тогда как механизмы совладания рассчитаны на перспективу.
- *Разная мера объективности восприятия ситуации.* Механизмы психологической защиты приводят к искажению восприятия действительности и самого себя. Механизмы самоконтроля связаны с реалистичским восприятием, а также способностью к объективному отношению к себе.

Таким образом, несмотря на близость сравниваемых понятий, их можно разграничить. Кроме названных критериев, надо отметить принципиальную возможность обучения совладанию — применению осознанных стратегий за счет овладения определенной последовательностью действий, которая может быть воспринята и описана человеком.

Р. Лазарус (1976) выделяет два глобальных стиля поведения в проблемной ситуации — проблемно-ориентированный и субъективно-ориентированный. Проблемно-ориентированный стиль, направленный на рациональный анализ проблемы, связан с созданием и выполнением плана разрешения трудной ситуации и проявляется в таких формах поведения, как самостоятельный анализ случившегося, обращение за помощью, поиск дополнительной информации. Субъективно-ориентированный стиль — следствие эмоционального реагирования на ситуацию, не сопровождающегося конкретными действиями, и проявляется в виде попыток не думать о проблеме, вовлекать других в свои переживания, использовать алкоголь, наркотики и т. п. Эти формы поведения характеризуются наивной, инфантильной оценкой происходящего.

«Разрешающие проблему» личности предметно-ориентированы, то есть заинтересованы в анализе сути происходящего, тогда как «переживающие проблему» — личностно-ориентированные и больше озабоченные своим состоянием или мнением окружающих. Кроме того, исследователи выделяют третий базовый стиль реагирования — избегание.

Проведя исследование 100 взрослых людей с высшим образованием, Р. М. Грановская и И. М. Никольская (1999) показали, что в трудных

и неприятных жизненных ситуациях для нормализации самочувствия они склонны использовать пять комплексных стратегий совладания с внутренним напряжением и беспокойством.

Это *взаимодействие личности с продуктами творчества* — книгами, музыкой, фильмами, картинами, архитектурными сооружениями, другими предметами искусства. Совокупность данных стратегий можно обозначить термином «арт-терапия», подразумевая механизм комплексного воздействия продуктов творчества на психику человека (отвлечение от неприятных переживаний, переключение мыслей на другие темы, сопереживание, эмоциональное отреагирование, получение эстетического наслаждения, душевная гармонизация под влиянием цвета, звука, ритма, хорошей формы). К ним близки еще две — терапия творческим самовыражением (пение, игра на музыкальных инструментах, сочинение стихов, рисование) и созерцание красоты природы.

Кроме того, взрослые достаточно часто используют поведенческие стратегии. К ним относятся *поиск социальной поддержки* (разговор и другие виды общения с близкими людьми), *уход в работу* (учеба, работа, домашние дела), а также *смена вида активности с психической на физическую* (спорт, прогулки, водные процедуры, иные виды физической активности или мышечного напряжения — расслабления с целью психического успокоения). Популярны и приемы «за-»: заесть, загулять, залюбить, затанцевать. Их можно трактовать как защиту, при которой эмоциональная разрядка осуществляется через активацию экспрессивного поведения.

Наиболее часто используемой стратегией совладания, проявляющейся в интеллектуальной сфере, является обдумывание и осмысление причин возникшей ситуации, поиск выхода из нее и позитивных моментов.

Копинг-поведение у детей

Исследование копинг-поведения у детей младшего школьного возраста провела И. М. Никольская (И. М. Никольская, Р. М. Грановская, 2000). Она использовала адаптированный вариант опросника копинг-стратегий для школьного возраста, содержащий перечень 26 стратегий, которые дети склонны использовать в трудных и неприятных жизненных ситуациях, вызывающих у них внутреннее напряжение и дискомфорт. Корреляционный анализ выделил три группы стратегий из представленного в опроснике перечня: единичные, диады и комплексы. В первую группу вошли те, которые имеют в жизни ребенка самостоятельное значение, выполняя каждая особую защитную функцию. Это «остаюсь сам по себе, один»; «обнимаю, прижимаю,

глажу»; «пла́чу, грущу»; «борюсь, дерусь»; «молюсь»; «прошу прощения, говорю правду»; «говорю сам с собой»; «думаю об этом»; «старюсь забыть».

В диады объединились разные способы аффективного отрегирования («бью, ломаю, швыряю — схожу с ума»; «дразню кого-нибудь — борюсь, дерусь» и пр.), а также стратегии, связанные с удовлетворением естественных потребностей («сплю — ем, пью»; «ем, пью — стараюсь расслабиться»).

В комплексы объединилась разнообразная детская «работа» и развлечения как отвлекающие занятия, совместное времяпровождение и общение («смотрю телевизор, слушаю музыку — рисую, пишу, читаю — гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде»), а также занятия, требующие физической нагрузки с последующим восстановлением жизненных сил («играю — бегаю, гуляю — ем — стараюсь расслабиться — сплю»).

Чаше других младшие школьники **использовали** 11 копинг-стратегий: их применяли в трудной и напряженной ситуации более 70 % детей. Это:

- «обнимаю или прижимаю к себе кого-то близкого, любимую вещь либо глажу животное (собаку, кошку, др.)»;
- «смотрю телевизор, слушаю музыку»;
- «старюсь забыть»;
- «прошу прощения или говорю правду»;
- «мечтаю, представляю себе что-нибудь»;
- «старюсь расслабиться, оставаться спокойным»;
- «думаю об этом»;
- «говорю с кем-нибудь»;
- «рисую, пишу или читаю что-нибудь»;
- «пла́чу и грущу»;
- «играю в игру или во что-нибудь».

Реже всего — 30 % детей — **использовали** 5 копинг-стратегий. Это:

- «кусаю ногти и ломаю суставы пальцев»;
- «дразню кого-нибудь»;
- «воплю и кричу»;
- «схожу с ума»;
- «бью, ломаю и швыряю».

Особенно эффективными в снятии напряжения и беспокойства **оказались** 12 стратегий:

1. «Сплю».
2. «Рисую, пишу, читаю».
3. «Прошу прощения или говорю правду».
4. «Обнимаю, прижимаю, глажу».
5. «Гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде».
6. «Старюсь расслабиться, оставаться спокойным».

7. «Гуляю вокруг дома или по улице».
8. «Смотрю телевизор, слушаю музыку».
9. «Играю в игру».
10. «Остаюсь сам по себе, один».
11. «Мечтаю, представляю».
12. «Молюсь».

В книгах Р. М. Грановской и И. М. Никольской «Защита личности: психологические механизмы» (1999) и «Психологическая защита у детей» (2000) подробно анализируется содержание этих самых эффективных детских копинг-стратегий.

Сравнение использования копинг-стратегий детьми разного пола показало, что мальчики в два раза чаще, чем девочки, обращаются к стратегии «борюсь, дерусь» и в полтора раза чаще — к «дразню кого-нибудь». Мальчики достоверно чаще девочек прибегают к стратегии «сплю» как к необходимому и эффективному способу восстановления физических сил. Девочки достоверно чаще мальчиков используют стратегии «обнимаю, прижимаю, глажу»; «плачу, грущу»; «молюсь»; «говорю сама с собой». Это указывает на их большую потребность в тесной привязанности, опоре на силу и мощь значимой фигуры, эмоциональной разрядке через слезы, жалость к себе и другим, на трудности самораскрытия.

Были установлены связи копинг-стратегий с личностными свойствами детей. Выявлено, что дети напряженные, возбудимые и с низкими самоконтролем склонны использовать стратегии «дразню кого-нибудь»; «схожу с ума»; «бью, ломаю, швыряю». Последняя помогает им эффективно разрядить внутреннее напряжение. Кроме того, для напряженных и возбудимых ребят характерна стратегия «плачу и грущу», а для возбудимых — стратегии «борюсь, дерусь»; «кусаю ногти»; «говорю сам с собой».

Стратегии аффективного реагирования также характерны для школьников, склонных к риску («схожу с ума»; «бью, ломаю, швыряю»; «воплю, кричу»; «говорю сам с собой»), недобросовестных («бью, ломаю, швыряю»; «плачу, грущу»; «говорю сам с собой»; «воплю, кричу»; «кусаю ногти»), с низким уровнем интеллекта («дразню кого-нибудь»; «борюсь, дерусь»). Стратегия «бью, ломаю и швыряю» характеризует доминантных ребят и помогает при низкой чувствительности.

Расслабленные, сдержанные и добросовестные младшие школьники, испытывая напряжение и беспокойство, склонны не возбуждаться, а, напротив, еще больше расслабляться, используя стратегию «стараюсь расслабиться, оставаться спокойным». Всем им, а также детям с высоким самоконтролем данная стратегия помогает особенно хорошо. Еще они умеют справляться с внутренним дискомфортом посредством ухода

в детскую работу, используя замещающие занятия («рисую, пишу, читаю»; «гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде»; «играю во что-нибудь»; «мечтаю, представляю»).

Для тревожных ребят характерны четыре копинг-стратегии: «пла́чу, грущу»; «молюсь»; «говорю сам с собой»; «ем или пью». Последняя позволяет им преодолеть напряжение и беспокойство. Дети спокойные (с низкой тревожностью) в трудной ситуации не испытывают потребности в поддержке со стороны, поэтому используют стратегию совладания «остаюсь сам по себе, один».

Чувствительные дети прибегают к стратегии «молюсь». Кроме того, вместе с послушными и осторожными ребятами они склонны уходить в замещающие занятия («рисую, пишу, читаю»; «играю во что-нибудь») и испытывают потребность просить прощения, говорить правду.

Открытым школьникам снять напряжение и избавиться от беспокойства помогают два способа: они стараются забыть неприятность и расслабиться, оставаться спокойными. А замкнутый (интровертированный) ребенок долго фиксирует внимание и на сущности неприятной ситуации, и на порождаемых ею отрицательных эмоциях. Несмотря на характерные для его защитного репертуара стратегии совладания («пла́чу, грущу»; «смотрю телевизор, слушаю музыку»; «бегаю или хожу пешком»), он не может забыть о проблемах, поэтому ни одна из используемых копинг-стратегий не приносит ему настоящего облегчения.

Таким образом, в своем защитном поведении дети опираются на те свойства личности, которые для них характерны. При этом одни личностные качества базируются на врожденных свойствах темперамента, другие социально обусловлены. Независимо от происхождения, характерные для конкретного ребенка заострения свойств личности являются своеобразным «психологическим орудием», которое он использует для защиты.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятию психологической защиты.
2. Перечислите психологические автоматизмы у детей.
3. Какие семейные факторы влияют на формирование психологических защит?
4. Чем отличаются психологические защиты от копинг-стратегий?
5. Перечислите копинг-стратегии в поведении детей младшего школьного возраста.

Рекомендуемая литература

1. *Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Психосоматические расстройства у детей и подростков. — М.: Изд-во Института психотерапии; Изд-во НГМА, 2000. — 320 с.
2. *Грановская Р. М., Никольская И. М.* Защита личности: психологические механизмы. — СПб.: Знание, 1999. — 352 с.
3. *Исаев Д. Н.* Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
4. *Никольская И. М., Грановская Р. М.* Психологическая защита у детей. — СПб.: Речь, 2006. — 507 с.
5. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В.* Психология и психотерапия семьи. — 4-е изд., переработанное и дополненное. — СПб. [и др.]: Питер, 2008. — 672 с.

Глава 4. Патологизирующее семейное воспитание и концепция патологизирующего семейного наследования

Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис

В 1920-х годах известный австрийский психиатр, нобелевский лауреат Юлиус Вагнер-Яурегг сказал: «Родители отягощают своих детей не только биологически, но и психологически». Для Э. Г. Эйдемиллера эти слова стали отправной точкой для создания концепции патологизирующего семейного наследования. Оказалось, что передача малоадаптивных паттернов нервно-психического реагирования от поколения к поколению в дисфункциональных семьях осуществляется через патологизирующее воспитание.

Параметры патологизирующего семейного воспитания сформулированы, и их систематизация проведена с помощью клинических исследований и оригинального опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), разработанного Викторасом Юстицкисом. Э. Г. Эйдемиллер принимал участие в апробации АСВ и создании версии для родителей подростков. Викторас Юстицкис (1991) не только разработал параметры патологизирующего семейного воспитания, но и выявил неосознаваемые личностные установки родителей, которые обуславливают типы такого воспитания.

Типы адекватного и патологизирующего семейного воспитания разделены на основе трех критериев (А. И. Захаров, 1982):

- Эмоциональное принятие. В позитивном плане ребенок эмоционально принят таким, какой он есть. Эмоциональное отвержение, тотальное или частичное, лежит в основе всех видов патологизирующего воспитания.
- Контроль. Выделяют доверительный и авторитарный контроль. При доверительном контроле личность ребенка развивается свободно, при авторитарном возникают ограничения в развитии.
- Забота. При адекватном воспитании потребности ребенка удовлетворяются в объеме, необходимом для его психического и физического развития. Недостаточное или избыточное удовлетворение потребностей ребенка блокирует его развитие.

Классификация типов патологизирующего семейного воспитания:

- доминирующая гиперпротекция;
- потворствующая гиперпротекция;
- повышенная моральная ответственность;
- эмоциональное отвержение;
- жестокое обращение;
- гипопротекция.

Основные параметры патологизирующего семейного воспитания

Уровень протекции в процессе воспитания

Речь идет о том, сколько сил, внимания и времени уделяют родители при воспитании ребенка. Наблюдаются два уровня протекции — чрезмерная (гиперпротекция) и недостаточная (гипопротекция).

При гиперпротекции родители уделяют ребенку крайне много времени, сил и внимания, его воспитание стало центральным делом их жизни.

При гипопротекции ребенок или подросток оказывается на периферии внимания родителя, до него «не доходят руки», родителям просто «не до него». За него берутся лишь время от времени, когда происходит что-то серьезное.

Степень удовлетворения потребностей ребенка

Речь идет о том, в какой мере деятельность родителей нацелена на удовлетворение потребностей ребенка — материально-бытовых (в питании, одежде, предметах развлечения) и духовных, прежде всего в общении с родителями, их любви и внимании. Данная черта семейного воспитания принципиально отличается от уровня протекции, поскольку характеризует не меру занятости родителей воспитанием ребенка, а степень удовлетворения его потребностей. Так называемое спартанское воспитание является примером высокого уровня протекции, поскольку родитель много занимается воспитанием, и низкого уровня удовлетворения потребностей ребенка.

В степени удовлетворения потребностей возможны два отклонения.

Потворствование. О потворствовании мы говорим в тех случаях, когда родители стремятся к максимальному и некритическому удовлетворению

любых потребностей ребенка или подростка. Его «балуют», любое желание ребенка для взрослых — закон. Объясняя необходимость такого воспитания, родители приводят аргументы, являющиеся типичной рационализацией: «слабость» ребенка, его исключительность, желание дать ему то, чего они сами были лишены в свое время, ребенок растет без отца и т. п. При потворствовании родители бессознательно проецируют на детей свои ранее неудовлетворенные потребности и ищут способ заместительного удовлетворения их за счет воспитательных действий.

Игнорирование. Данный стиль воспитания противоположен потворствованию и характеризуется недостаточным стремлением родителей к удовлетворению потребностей ребенка. При этом чаще страдают духовные потребности, особенно потребность в эмоциональном контакте, общении с родителями.

Количество и качество требований к ребенку в семье

Требования к ребенку — неотъемлемая часть воспитательного процесса. Они выступают, во-первых, в виде обязанностей ребенка, то есть заданий, которые он выполняет: учеба, уход за собой, участие в организации быта, помощь другим членам семьи. И во-вторых, это требования-запреты, устанавливающие, чего ребенок не должен делать.

Наконец, невыполнение ребенком требований может повлечь применение санкций со стороны родителей — от мягкого осуждения до суровых наказаний.

Чрезмерность требований-обязанностей. Это качество лежит в основе типа патологизирующего воспитания «повышенная моральная ответственность». Требования к ребенку в этом случае очень велики, непомерны, не соответствуют его возможностям и не только не содействуют полноценному развитию личности, а напротив, представляют риск психотравматизации.

Недостаточность требований-обязанностей. В этом случае ребенок имеет минимальное количество обязанностей в семье. Данная особенность воспитания проявляется в высказываниях родителей о том, как трудно привлечь ребенка к какому-либо делу по дому.

Требования-запреты, то есть указания на то, что ребенку нельзя делать, определяют прежде всего степень его самостоятельности, возможность самому выбирать способ поведения. Здесь возможны две степени отклонения — чрезмерность и недостаточность требований-запретов.

Чрезмерность требований-запретов. Такой подход может лежать в основе воспитания *доминирующая гиперпротекция*. В этой ситуации ребенку

«все нельзя». Ему предъявляется огромное количество требований, ограничивающих свободу и самостоятельность. У стеничных детей и подростков такое воспитание форсирует возникновение реакций оппозиции и эмансипации, у менее стеничных предопределяет развитие черт сенситивной и тревожно-мнительной (психастенической) акцентуаций. Типичные высказывания родителей отражают их страх перед любыми проявлениями самостоятельности ребенка. Этот страх проявляется в резком преувеличении последствий, к которым может привести хотя бы незначительное нарушение запретов, а также в стремлении подавить самостоятельность мысли ребенка.

Недостаточность требований-запретов. В этом случае ребенку «все можно». Даже если существуют какие-либо запреты, ребенок или подросток легко их нарушает, зная, что с него никто не спросит. Он сам определяет круг друзей, время еды, прогулок, занятия, время возвращения вечером, решает вопросы о курении и употреблении спиртных напитков. И ни за что не отчитывается перед родителями. Родители при этом не хотят или не могут установить какие-либо рамки в его поведении. Данное воспитание стимулирует развитие гипертимного типа личности у подростка и особенно неустойчивого типа.

Строгость санкций (наказаний) за нарушение требований ребенком.

Чрезмерность санкций (тип воспитания жестокое обращение). Для таких родителей характерна приверженность к применению строгих наказаний и чрезмерное реагирование даже на незначительные нарушения поведения. Типичные высказывания отражают их убеждение в полезности для детей и подростков максимальной строгости.

Минимальность санкций. Эти родители либо предпочитают обходиться без наказаний, либо применяют их крайне редко. Они уповают на поощрения, сомневаются в результативности любых санкций.

Неустойчивость стиля воспитания

Под таким воспитанием мы понимаем резкую смену стиля приемов, представляющих собой переход от очень строгого к либеральному, затем — от значительного внимания к эмоциональному отвержению ребенка родителями.

По мнению К. Леонгарда, неустойчивость стиля воспитания содействует формированию таких черт характера, как упрямство и склонность проти-

востоять любому авторитету, является нередкой ситуацией в семьях детей и подростков с отклонениями характера.

Родители, как правило, признают факт незначительных колебаний в воспитании ребенка, однако недооценивают их размах и частоту.

Ребенок находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей. Данный тип воспитания способствует развитию демонстративных (истероидных) и гипертимных черт личности у подростка.

Доминирующая гиперпротекция. Ребенок в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени, но в то же время лишают его самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты. У гипертимных подростков запреты усиливают реакцию эмансипации и обуславливают острые аффективные реакции экстрапунитивного типа. При тревожно-мнительном (психастеническом), сенситивном и астеническом типах акцентуаций личности доминирующая гиперпротекция усиливает астенические черты.

Повышенная моральная ответственность. Этот тип воспитания характеризуется сочетанием высоких требований к ребенку с пониженным вниманием к его потребностям. Стимулирует развитие черт тревожно-мнительной (психастенической) акцентуации личности.

Эмоциональное отвержение. В крайнем варианте это воспитание по типу Золушки. В основе эмоционального отвержения лежит осознаваемое или, чаще, неосознаваемое отождествление родителями ребенка с какими-либо отрицательными моментами в собственной жизни. Ребенок в данной ситуации может ощущать себя помехой для родителей, которые устанавливают в отношениях с ним большую дистанцию. Эмоциональное отвержение формирует и усиливает черты инертно-импульсивной (эпилептоидной) акцентуации личности и эпилептоидной психопатии, ведет к декомпенсации и формированию невротических расстройств у подростков с эмоционально-лабильной и стенической акцентуациями.

При жестоком обращении родителей с детьми на первый план выходит эмоциональное отвержение, проявляющееся наказаниями в форме избиений и истязаний, лишением удовольствий, неудовлетворением их потребностей.

Гипопротекция. Ребенок предоставлен самому себе, родители не интересуются им и не контролируют его. Такое воспитание особенно неблагоприятно при акцентуациях гипертимного и неустойчивого типов.

Психологические причины отклонений в семейном воспитании

Причины негармоничного воспитания весьма разнообразны. Порой это определенные обстоятельства в жизни семьи, мешающие наладить адекватное воспитание. В этом случае показаны разъяснительная работа и рациональная психотерапия. Однако нередко главную роль в нарушении воспитательного процесса играют личностные особенности самих родителей.

Особое значение в практике врача-психотерапевта имеют две группы причин.

Отклонения в личности самих родителей

Акцентуации личности и психопатии нередко определяют определенные нарушения в воспитании. При неустойчивой акцентуации родитель чаще склонен проводить воспитание, характеризующееся гипопротекцией, пониженным удовлетворением потребностей ребенка и уровнем требований к нему. Инертно-импульсивная (эпилептоидная) акцентуация родителей чаще других обуславливает доминирование, жестокое обращение с ребенком. Сильное доминирование может обуславливаться и чертами тревожной мнительности. Демонстративно-гиперкомпенсаторная акцентуация личности и истероидная психопатия у родителей нередко предрасполагают к противоречивому типу воспитания: демонстрируемая забота и любовь к ребенку на публике и эмоциональное отвержение в отсутствие таковой (Э. Г. Эйдемиллер, 1994).

Во всех случаях необходимо выявить отклонения личности родителей и убедиться в том, что именно оно играет решающую роль при возникновении нарушений в воспитании. Поэтому внимание врача-психотерапевта направляется на осознание родителями взаимосвязи между особенностями своих личностных характеристик, типом воспитания и нарушениями поведения у подростка или ребенка.

Психологические (личностные) проблемы родителей, решаемые за счет ребенка

В этом случае в основе патологизирующего воспитания лежит какая-то личностная проблема, чаще всего носящая характер неосознаваемой потребности. Родитель пытается разрешить ее (удовлетворить потребность) за

счет воспитания ребенка. Попытки разъяснительной работы, уговоров изменить стиль воспитания оказываются неэффективными. Перед психологом и врачом-психотерапевтом встает трудная задача выявить психологическую проблему родителя и помочь ему осознать ее, преодолеть действие защитных механизмов, препятствующих осознанию.

Расширение сферы родительских чувств

Обусловливаемое нарушение воспитания — повышенная протекция (потворствующая или доминирующая)

Данный источник нарушения воспитания чаще всего возникает, когда супружеские отношения между родителями в силу каких-либо причин оказываются нарушенными: супруга нет — смерть, развод, либо отношения с ним не удовлетворяют родителя, играющего основную роль в воспитании (несоответствие характеров, эмоциональная холодность и пр.). При этом нередко мать, реже — отец, сами того не осознавая, хотят, чтобы ребенок, а позже — подросток стал для них чем-то большим, нежели просто ребенком. Родители хотят, чтобы он удовлетворил хотя бы часть потребностей, которые в обычной семье должны удовлетворяться в психологических отношениях супругов, — потребность во взаимной исключительной привязанности, частично — эротические. Мать нередко отказывается от реальной возможности повторного замужества. Появляется стремление отдать ребенку (подростку) — чаще противоположного пола — «все чувства, всю любовь». В детстве стимулируется эротическое отношение к родителям: ревность, детская влюбленность. Когда ребенок достигает подросткового возраста, у родителя возникает страх перед его самостоятельностью, желание удерживать его с помощью потворствующей или доминирующей гиперпротекции.

Стремление к расширению сферы родительских чувств за счет включения эротических потребностей в отношениях матери и ребенка, как правило, ею не осознается. Эта психологическая установка проявляется косвенно, в частности, в высказываниях, что ей никто не нужен, кроме сына, и в характерном противопоставлении идеализированных ею собственных отношений с сыном неудовлетворяющим ее отношениям с мужем. Иногда такие матери осознают свою ревность к подругам сына, хотя чаще предъявляют ее в виде многочисленных придирок к молодым.

Предпочтение в ребенке/подростке детских качеств

Обусловливаемое нарушение воспитания — потворствующая гиперпротекция

В этом случае у родителей наблюдается стремление игнорировать взросление детей, стимулировать у них сохранение таких детских качеств, как

непосредственность, наивность, игривость. Для таких родителей подросток «еще маленький». Порой они открыто признают, что маленькие дети нравятся им больше, с взрослеющими не так интересно. Страх или нежелание взросления детей могут быть связаны с особенностями биографии родителя (был младший брат или сестра, на которых в свое время переместилась любовь родителей, в связи с чем свой более старший возраст воспринимался как несчастье).

Рассматривая подростка как «еще маленького», родители снижают уровень требований к нему, создавая потворствующую гиперпротекцию, тем самым стимулируя развитие психического инфантилизма.

Воспитательная неуверенность родителя

Обусловливаемое нарушение воспитания — потворствующая гиперпротекция либо просто пониженный уровень требований

Воспитательную неуверенность родителя можно было бы назвать «слабым местом» его личности. В этом случае происходит перераспределение власти в семье между родителями и ребенком (подростком) в пользу последнего. Родитель идет «на поводу» у ребенка, уступает даже в тех вопросах, в которых уступать, по его же мнению, нельзя. Так происходит потому, что подросток сумел найти подход к родителю, нащупал его «слабое место» и добивается для себя «минимума требований и максимума прав». Типичная комбинация в такой семье — бойкий, уверенный в себе подросток (ребенок), смело ставящий требования, и нерешительный, винящий себя во всех неудачах с ним родитель.

В одних случаях «слабое место» обусловлено психастеническими чертами личности родителя, в других определенную роль при формировании данной особенности могли сыграть отношения родителя с его собственными папой и мамой. В определенных условиях дети, воспитанные требовательными и эгоцентричными родителями, став взрослыми, видят в своих детях ту же требовательность и эгоцентричность и испытывают по отношению к ним то же чувство «неоплатного долга», что испытывали ранее по отношению к собственным родителям. Характерная черта высказываний таких родителей — признание массы ошибок, совершенных в воспитании. Они боятся упрямства, сопротивления детей и находят много поводов им уступить.

Фобия утраты ребенка

Обусловливаемое нарушение воспитания — потворствующая или доминирующая гиперпротекция

«Слабое место» — повышенная неуверенность, боязнь ошибиться, преувеличенные представления о «хрупкости» ребенка, его болезненности и т. п.

Один из источников таких переживаний родителей коренится в истории появления ребенка на свет: он долгожданный, обращения к врачам-гинекологам в течение длительного периода ничего не давали, малыш родился хрупким и болезненным, его с трудом удалось выводить и т. д.

Другой источник — перенесенные ребенком тяжелые заболевания, если они были длительными. Отношение родителей к ребенку или подростку формировалось под воздействием страха его потерять. Этот страх заставляет тревожно прислушиваться к любым пожеланиям ребенка и спешить их удовлетворить (потворствующая гиперпротекция), в иных случаях — мелочно его опекать (доминирующая гиперпротекция).

В типичных высказываниях таких родителей отражена ипохондрическая боязнь за ребенка: они находят у него множество болезненных проявлений, свежи воспоминания о прошлых, даже отдаленных по времени переживаниях по поводу его здоровья.

Неразвитость родительских чувств

Обусловливаемые нарушения воспитания — гипопротекция, эмоциональное отвержение, жестокое обращение

Адекватное воспитание детей и подростков возможно, лишь когда родителями движут достаточно сильные мотивы: чувство долга, симпатия, любовь к ребенку, потребность реализоваться в детях, «продолжить себя».

Слабость, неразвитость родительских чувств нередко встречается у родителей подростков с отклонениями в личностном развитии. Однако это явление очень редко осознается, еще реже признается как таковое. Внешне оно проявляется в нежелании иметь дело с ребенком (подростком), в плохой переносимости его общества, поверхностности интереса к его делам.

Причиной неразвитости родительских чувств (НРЧ) может быть отвержение родителя в детстве его папой и мамой, то, что он сам в свое время не испытал родительского тепла.

Другой причиной НРЧ могут быть личностные особенности родителя, например выраженная шизоидность.

Замечено, что родительские чувства нередко слабее развиты у очень молодых родителей и имеют тенденцию усиливаться с возрастом (пример любящих бабушек и дедушек).

При относительно благоприятных условиях жизни семьи неразвитость родительских чувств обуславливает тип воспитания «гипопротекция» и особенно эмоциональное отвержение. При трудных, напряженных, конфликтных отношениях в семье на ребенка часто перекладывается значительная доля родительских обязанностей — тип воспитания «повышенная моральная ответственность» либо к нему возникает раздражительно-враждебное отношение.

Типичные высказывания таких родителей содержат жалобы на утомительность родительских обязанностей, сожаление, что они отрывают их от чего-то более важного и интересного. Для женщин с неразвитым родительским чувством характерны эмансипационные устремления и желание любым путем «устроить свою жизнь».

Проекция на ребенка (подростка) собственных нежелательных качеств

Обусловливаемые нарушения воспитания — эмоциональное отвержение, жестокое обращение

Причиной такого воспитания нередко является то, что родитель как бы видит в ребенке черты характера, которые чувствует, но не признает в себе. Это может быть агрессивность, тяга к лени, влечение к алкоголю, те или иные склонности, негативизм, протестные реакции, несдержанность и т. д.

Ведя борьбу с такими же, истинными или мнимыми, качествами ребенка, родитель (чаще всего отец) получает эмоциональную выгоду для себя. Борьба с нежелательным качеством в ком-то другом позволяет человеку верить, что у него данного качества нет. Родители много и охотно говорят о своей непримиримой и постоянной борьбе с отрицательными чертами и слабостями ребенка, о мерах и наказаниях, которые в связи с этим применяют. В их высказываниях сквозит неверие в ребенка, нередки инквизиторские интонации с характерным стремлением в любом поступке выявить истинную, то есть плохую, причину. В роли таковой чаще всего выступают качества, с которыми родитель неосознанно борется.

Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания

Обусловливаемые нарушения воспитания — противоречивый тип воспитания — соединение потворствующей гиперпротекции одного родителя с отвержением либо доминирующей гиперпротекцией другого

Конфликтность во взаимоотношениях между супругами — распространенное явление даже в относительно стабильных семьях. Нередко воспитание превращается в «поле битвы» конфликтующих родителей. Здесь они получают возможность более открыто выражать недовольство друг другом, руководствуясь «заботой о благе ребенка». При этом разница во мнениях родителей чаще всего диаметрально: один настаивает на строгом воспитании с повышенными требованиями, запретами и санкциями, другой склонен «жалеть» ребенка, идти у него на поводу.

Характерное проявление вынесения конфликта — выражение недовольства воспитательными методами другого супруга. При этом легко обнаруживается, что каждого интересует не столько то, как воспитывать ребенка, сколько то, кто прав в воспитательных спорах. Именно строгая сторона, как правило, является инициатором обращения к врачу или медицинскому психологу.

Сдвиг в установках родителя по отношению к ребенку в зависимости от его (ребенка) пола

Обусловливаемые нарушения воспитания — потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение

Нередко отношение родителя к ребенку обуславливается не его действительными особенностями, а чертами, которые родитель приписывает его полу — «мужчинам вообще» или «женщинам вообще». Например, в случае предпочтения женских качеств наблюдается неосознаваемое неприятие ребенка мужского пола. В таком случае приходится иметь дело со стереотипными суждениями о мужчинах вообще: «Мужчины в основном грубы, неопрятны. Они легко поддаются животным побуждениям, агрессивны и чрезмерно сексуальны, склонны к алкоголизму». А любой человек, будь то мужчина или женщина, должен стремиться к противоположным качествам — быть нежным, деликатным, опрятным, сдержанным в чувствах. Именно такие качества родитель с предпочтением женских качеств (ПЖК) видит в женщинах. Примером проявления установки ПЖК может служить отец, видящий массу недостатков у сына и считающий, что таковы и все его сверстники. В то же время он «без ума» от младшей сестры мальчика и находит у нее одни достоинства.

Под влиянием предпочтения женских качеств в отношении ребенка мужского пола в данном случае формируется тип воспитания «эмоциональное отвержение».

Возможен противоположный переко с выраженной антифеминистской установкой, пренебрежением к матери ребенка и его сестрам. В этих условиях по отношению к мальчику может сформироваться воспитание по типу «потворствующей гиперпротекции».

Таким образом, патологизирующее семейное воспитание является важным условием, искажающим личностное развитие детей и подростков. Нам удалось показать, что в основе таких типов воспитания лежат эмоциональное отвержение и неосознаваемые личностные установки родителей.

Искажение личностного развития детей и подростков необязательно приводит к формированию у них психической патологии, но значительно ограничивает психологическое и социальное функционирование.

Дисфункциональные семьи — те, в которых выполнение разнообразных функций либо заблокировано, либо отсутствует. Сквозная психологическая проблема, связывающая три поколения в дисфункциональных семьях — детей, подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами с родителями и прародителями, — преобладание эмоционального отвержения со стороны значимых лиц. Чаще всего это были прародители, помыкающие членами семьи, находящимися в зависимом положении (дети, внуки, пожилые родственники, не обладающие властью в семье).

Проведенное в рамках концепции исследование 736 детей, подростков, лиц зрелого и пожилого возраста с невротическими расстройствами, психопатологическими формированиями личности и 840 их родственников показало, что воспитание по типу эмоционального отвержения и его разновидностей (доминирующая и потворствующая гиперпротекция, повышенная моральная ответственность, жестокое обращение и гипопротекция) получили 27 прародителей из 74 (36 %), 165 родителей из 306 (54 %), а среди детей и подростков — 419 из 552 (76 %). Налицо тенденция нарастания эмоционального отвержения, что подтверждает концепцию патологизирующего семейного наследования.

Также были исследованы два важнейших параметра семейного функционирования — самооценка членов семьи и особенности проявлений агрессивности в трех поколениях. Установлено отчетливое снижение самооценки в направлении от поколения прародителей к поколению внуков. Ранее было установлено (Г. Л. Исурина, 1985; Э. Г. Эйдемиллер, 1991, 1994), что у пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами низкая самооценка, отражающая переживания, связанные с недовольством собой, неуверенностью, внутренним напряжением и дискомфортом, противоречивостью образа «Я». В то же время идентифицированные пациенты (ИП), прошедшие групповую и/или семейную психотерапию, показали отчетливый рост самооценки. Повышение самооценки коррелировало с редукцией клинической симптоматики, а у детей, помимо этого, — с увеличением спонтанности, активности и инициативности.

Исследование агрессивности проводилось с помощью разработанного нами диагностического комплекса, в который вошли опросник А. Бека — А. Дарки и проективный «Тест руки» Э. Вагнера. У прародителей в дисфункциональных семьях преобладали проявления враждебности, то есть сочетание обиды и подозрительности. Только у них была выражена вербальная агрессия и, по сравнению с родителями, высокие показатели социальной кооперации. Прародители имели более широкий диапазон проявлений агрессивности. У родителей в дисфункциональных семьях их уровень, по сравнению с контрольной группой, был более высоким, а структура проявлений агрессивности значительно отличалась от таковой у прародителей. Преобладали обида, косвенная агрессия, негативизм, раздражительность и чувство вины. Сочетание этих проявлений отражало инфантилизм родителей. У детей и подростков в дисфункциональных семьях тоже преобладали обида, косвенная агрессия, негативизм и раздражительность. Такое сочетание проявлений агрессивности получило название «инфантильная структура».

Применение семейной психотерапии оказывает несомненное позитивное воздействие, а коррекция семейного воспитания является важным фактором прерывания патологизирующего семейного наследования.

Контрольные вопросы

1. Каковы критерии патологизирующего семейного воспитания?
2. Какие параметры семейного воспитания выявляются с помощью опросника АСВ?
3. Какие личностные установки родителей вызывают искажение в семейном воспитании детей и подростков?
4. Какие психологические проблемы возникают у детей в условиях воспитания по типу эмоционального отвержения?

Рекомендуемая литература

1. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В.* Психология и психотерапия семьи. — 4-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 672 с.

Глава 5. Методы исследования в детской и подростковой психиатрии

Э. Г. Эйдемиллер

Основным методом исследования является клинический метод. Он включает в себя беседу с пациентом, наблюдение за его поведением в разных социально-психологических ситуациях (во время беседы, в палате, на занятиях в школе, в столовой, на прогулке, в трудовой деятельности, в играх, на сеансах индивидуальной и групповой психотерапии, на свиданиях с родственниками и т. д.). Кроме того, в клинический метод входят клинико-биографический и клинико-психотерапевтический методы (подробно рассмотрены в главе 13 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»).

К клиническому методу, кроме того, относятся исследования соматического и неврологического статусов, а также биохимические и инструментальные методы исследования.

Беседа с ребенком или подростком является главным способом исследования, диагностики и коррекции внутриличностного пространства клиента и его психических переживаний, включая симптомы.

Цели клинической беседы:

1. Постановка диагноза или констатация факта его отсутствия.
2. Определение психологического статуса клиента.
3. Определение психосоциального (включая семейный) статуса клиента.
4. Разработка плана терапии, включающего в себя разные методы биологической терапии и психосоциальных воздействий (психотерапия, лечебная педагогика, социальная работа).

Условия, необходимые для успешного проведения беседы:

- знание возрастных особенностей психологии детей и подростков;
- неподдельный интерес к внутреннему миру и аспектам поведения ребенка или подростка;
- владение образной и метафорической речью. Дети хорошо понимают взрослых, когда они используют метафоры и образы при формулировании вопросов и утверждений.

- детскому психиатру и детскому психотерапевту противопоказаны роли прокурора, учителя и родителя, которые своими оценочными суждениями внушают детям и подросткам страх и недоверие к миру взрослых;
- целью клинической беседы должен быть не только и не столько сбор информации, сколько расширение представлений клиента о себе как о живом человеке, особенностях своего психологического функционирования. Психиатр, психотерапевт задает ребенку или подростку вопросы двух типов: вопросы, которые можно назвать «обо мне» (имя, возраст, адрес, жалобы и т. д.), и вопросы, которые можно назвать «из меня», с помощью которых исследуются не только симптомы, но и переживания клиента по их поводу, по поводу собственного поведения, места в окружающем мире и т. п. Отвечая на такие вопросы, клиент лучше распознает свои переживания, желания, возможности, представления, фантазии и приобретает шанс их скорректировать;
- важнейшим условием для успешного установления контакта с ребенком или подростком является наличие рапорта — присоединения, взаимопонимания, доверия и открытости. В ходе профессионального становления врач должен научиться распознавать и контролировать свои эмоциональные состояния — распознавать и управлять своими эмоциями. Такие эмоциональные состояния, как равнодушие, злость, эротические переживания, разрушают контакт с клиентом. С. Минухин (1974) разработал приемы мимесиса — подражания: врач говорит в том темпе речи, в котором говорит клиент, своими жестами и мимикой отражает таковые у клиента. Установлению контакта также способствует синхронизация врачом своего дыхания с дыханием клиента;
- установление конструктивной дистанции. Врач может обратиться к клиентам с такими словами: «Мой кабинет сейчас в вашем распоряжении, поставьте стулья и расположитесь так, чтобы вы чувствовали себя наиболее комфортно». Очень часто родители вербально или невербально побуждают ребенка сесть ближе к врачу, а сами располагаются на максимально возможном удалении от него. Такая рассадка указывает на высокий уровень тревоги у родителей и возможное переживание ими чувства вины в связи с наличием симптомов у ребенка или подростка. В случае симбиотических отношений ребенок и опекающий родитель сидят, прижавшись друг к другу, и родитель старается отвечать на вопросы, обращенные к ребенку, вместо последнего. Рассадка клиентов в кабинете врача — естественный социометрический эксперимент, наглядно демонстрирующий характер коммуникаций в семье;
- конфиденциальность беседы. Врач произносит слова: «В этом кабинете вы можете сказать все, что захотите; все сказанное вами останется здесь». Обязательным условием соблюдения конфиденциальности является отсутствие посторонних лиц в кабинете, отключение телефона, закрытая дверь на все время беседы;

- форма проведения беседы — с участием всех членов семьи, без ребенка, порознь каждый член семьи и т. д. — должна обеспечивать спокойствие и доверие всех пришедших членов семьи и других заинтересованных лиц; проведение беседы должно обсуждаться с каждым ее участником;
- в кабинете психиатра, психотерапевта нужно иметь разнообразные игрушки и игры, позволяющие устанавливать конструктивный контакт с ребенком или подростком. «Игровая деятельность является основной и ведущей деятельностью ребенка» (Д. Б. Эльконин, 1970). Наблюдая за спонтанной игрой и участвуя в совместной игре, врач получает возможность исследовать внутри- и межличностное пространство ребенка в гораздо большем объеме, нежели при речевом контакте, особенно если это касается детей, у которых есть проблемы с речевым самовыражением (мутизм, заикание, малый словарный запас, задержка речевого и психического развития, умственная отсталость, аутизм). Рассказывая историю жизни игрушки, ребенок на самом деле описывает свои представления и фантазии по поводу собственной жизни и жизни членов семьи.

Пример. При проведении групповой психотерапии на одном из занятий всем участникам было предложено выбрать по одной игрушке из имевшихся в комнате. Одна из участниц выбрала грязного рваного поросенка. Каждый участник группы рассказывал историю жизни игрушки. Когда очередь дошла до участницы с поросенком, она поведала историю одинокого, брошенного, никому не нужного, некрасивого ребенка, а в конце произнесла слова: «Этот поросенок — я». Затем она попросила разрешения взять игрушку домой, выстирала ее, сшила ей новую одежду, нарисовала на мордочке глаза и улыбающийся рот. На очередном занятии она вернула игрушку со словами: «Пусть он станет таким — добрым и веселым»;

- успешному проведению беседы способствует изобразительное творчество ребенка или подростка (рисование, лепка и т. д.). Такая деятельность детей отражает особенности их внутриличностного пространства, видение себя и мира, взаимоотношений людей.

Пример. Девочка 13 лет, страдающая хроническим эрозивным гастродуоденитом и проходящая психотерапию, на встречу с профессором-консультантом принесла рисунок принцессы. Консультант попросил рассказать ее историю. В рассказе звучала тема одиночества, недостатка любви, особенно со стороны отца. Девочка заявила, что принцесса выйдет замуж и родит трех сыновей. Когда консультант спросил: «Если у принцессы будет три сына, соотношение полов в ее семье четыре к одному?», — она ответила утвердительно. Консультант высказал предположение, что четырехкратное превышение мужчин над женщинами

является своеобразной гарантией мужской силы и значимости, девочка с ним согласилась. В конце беседы она сказала: «Принцесса — это я». Таким образом, диагностическая гипотеза, высказанная консультантом до беседы с девочкой, получила подтверждение в ее рассказе о рисунке;

- при проведении клинической беседы важно соблюдать баланс эмоциональной поддержки и реконструктивных вмешательств (С. Минухин, 1974). Вопросы врача часто выполняют функцию реконструктивного вмешательства во внутриличностное пространство клиента — ребенка, подростка или взрослого. В ходе беседы нужно не только задавать вопросы «обо мне» и «из меня», но и просто обсуждать общие, интересные для клиента темы (игры, кинофильмы, музыку, спорт и т. д.);
- умение слушать, слышать и возвращать услышанное клиенту, чтобы он имел редкую в обыденной жизни возможность еще раз услышать свое послание и, вероятно, снова задуматься о каких-то аспектах своего жизненного опыта, согласиться со сказанным или что-то изменить в своих представлениях о себе, взаимоотношениях с окружающим миром.

Наблюдение за поведением клиента в разных социально-психологических ситуациях

Наблюдение за эмоционально-поведенческими реакциями клиента в разных ситуациях — активный процесс: наблюдатель является действующим лицом и оказывает сильное воздействие на клиента.

Цели наблюдения:

- установление соответствия вербальных и невербальных сообщений клиента в тех или иных ситуациях;
- оценка аутентичности (подлинности) и конгруэнтности (целостности) личности клиента в разных социально-психологических ситуациях;
- обнаружение физических проявлений психических расстройств (прислушивание или присматривание к чему-либо, особенности моторного поведения — стереотипии, манерность, разговор с самим собой или с галлюцинаторными образами, формы общения с другими людьми и чувства, которые при этом демонстрирует клиент, и т. д.);
- соответствие моторного и эмоционального поведения клиента паспортному возрасту;
- выявление аспектов ролевого поведения клиента с родителями и сверстниками с целью установить соответствие их исполнения возрастным и социальным предписаниям.

Пример

Ребенок в дисфункциональной семье может исполнять роли заместителя родителей, одного из супругов, ребенка более младшего возраста, диктатора-жертвы. Известно, что ребенок, переживший насилие, в будущем может играть роль насильника;

- наблюдение за тем, в каких ситуациях и в присутствии каких лиц симптоматика имеет место или отсутствует.

Процедура наблюдения является составляющей частью метода диагностики — включенное наблюдение (см. подробнее в главе 13 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»).

Психологический метод исследования является вспомогательным по отношению к клиническому и преследует цель качественной и количественной оценки психологического и психиатрического статуса клиента (более подробно психологический метод рассматривается в главе 6).

Контрольные вопросы

1. Какие цели достигает клиническая беседа с ребенком и подростком?
2. Что помогает успешному проведению беседы?
3. Какие цели достигает наблюдение за клиентом?
4. Что такое клинико-психотерапевтический метод исследования?

Рекомендуемая литература

Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. 2-е изд., перераб. и доп. / Под ред. Ц. Ю. Циркина. — СПб.: Питер, 2004. — 896 с.

Глава 6. Методы психологического исследования в детской и подростковой психиатрии

И. М. Никольская

Основные задачи психологического исследования

Психологическую диагностику определяют как дисциплину о методах классификации и ранжирования людей по психологическим и психофизиологическим признакам. Психологическое исследование с помощью методов нейропсихологической и патопсихологической диагностики на основе качественного и количественного анализа результатов в ряде случаев также помогает выявлять те болезненные симптомы, которые нелегко обнаружить при обычном врачебном исследовании.

Еще одной областью применения методов психологической диагностики в клинической и, в частности, психиатрической практике является оценка эффективности фармаколечения, психотерапии и реабилитации. В этом случае важно правильно определить критерии, по которым можно судить об эффективности терапии, и выбрать наименее трудоемкие методики, им адекватные.

Методы психологического исследования

Экспериментально-психологические методики

Психопатологические явления по традиции изучают методом наблюдения и расспроса больных. По сравнению с другими областями медицины в психиатрии, методики расспроса и наблюдения — гораздо более изощренные, разработанные и совершенные. Вместе с тем они достаточно субъективны и не всегда позволяют не просто описать, а исследовать сущность и причины

возникновения тех или иных болезненных симптомов. Поэтому в настоящее время при анализе патологии психики методы расспроса и наблюдения нередко дополняют экспериментом. От простого наблюдения экспериментальный метод отличается тем, что изучаемое явление специально создается и вызывается, многократно наблюдается и объективно регистрируется в специально созданных, варьируемых условиях.

Традиционно экспериментально-психологические методики разделяют на патопсихологические и нейропсихологические. Патопсихологические методики используют с целью изучения закономерностей распада психической деятельности и свойств личности у душевнобольных в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме (Б. В. Зейгарник, 1976). Нейропсихологические методики направлены на изучение мозговых механизмов психической деятельности на основе диагностики локальных поражений головного мозга (А. Р. Лурия, 1973). Патопсихологические методики, как правило, включают в себя задания, направленные на исследование сенсомоторной сферы, внимания, памяти, мышления, эмоционально-волевой сферы (В. М. Блейхер, 1976; С. Я. Рубинштейн, 1998). Нейропсихологические методики в большей степени предназначены для диагностики высших психических функций: речи, чтения, письма, счета, тонких движений и действий, сложных форм восприятия (Ю. В. Микадзе; Н. К. Корсакова, 1994; Л. И. Вассерман и др., 1997). Понятно, что при исследовании психически больных детей, в зависимости от причины и течения заболевания, могут быть востребованы и те и другие методики. В качестве примеров опишем нескольких самых известных методик пато- и нейропсихологии.

Классификация предметов

Классификация предметов — одна из основных методик патопсихологии, используемая для исследования детей и взрослых. Предложена К. Гольдштейном, модифицирована Л. С. Выготским и Б. В. Зейгарник. Применяется для изучения процессов обобщения и абстрагирования, а также позволяет анализировать последовательности умозаключений, критичности и обдуманности действий, особенностей памяти, объема и устойчивости внимания, личностных реакций больных на свои достижения и неудачи (В. М. Блейхер, 1973; С. Я. Рубинштейн, 1998).

Методика — это колода из 70 стандартных карточек, на которых изображены предметы и живые существа: одежда, мебель, овощи, фрукты, дикие и домашние животные, птицы, орудия труда, люди разных профессий, ребенок и т. п. При исследовании маленьких детей из набора можно исключить карточки, представляющие собой учебные пособия и измерительные

приборы. Перед началом эксперимента психолог тщательно тасует колоду и сверху выкладывает шесть-семь карточек, облегчающих начало классификации (например, овца, стол, груша, коза, шкаф, лошадь, яблоко). Затем врач передает клиенту всю колоду кверху рисунками с просьбой: «Разложите карточки на столе — что к чему подходит». Если клиент спрашивает, как раскладывать, ему отвечают: «Начните работать, и вы сами увидите, как надо».

В проведении опыта обычно выделяют три этапа. На первом испытуемому предлагают произвольно разбить карточки на группы, дать им короткие названия и объяснить, почему они лежат вместе. На втором просят укрупнить полученные группы, объединив их по какому-то признаку или рассортировав по-другому, чтобы групп стало меньше. Необходимо вновь дать названия и объяснения. То, как обследуемый выделяет группы, говорит об определенной сохранности у него процессов обобщения и абстрагирования. На третьем этапе нужно образовать более крупные группы растений, животных и объектов неживой природы. Это характеризует более высокую степень обобщения.

Ход эксперимента тщательно протоколируется. Отмечаются все группировки — правильные и ошибочные. Экспериментатор может указать на допущенную ошибку. При этом важно отметить в протоколе отношение больного к допущенной ошибке. Кроме того, следует регистрировать рассуждения больного в процессе выполнения задания, так как в них порой содержатся мотивировки ошибочных суждений.

Глубокий сравнительный анализ нарушений мышления при разных психических заболеваниях с применением методики классификации проведен Б. В. Зейгарник (1962). У детей эта методика выявляет уровень обобщающего мышления, способность устанавливать родовидовые отношения между предметами и выделять их существенные, понятийные признаки, а не только опираться на наглядные признаки сходства или, меньше того, — на конкретно-ситуативные связи между предметами (Т. В. Чередникова, 1996).

Заучивание десяти слов

Эта методика одна из наиболее часто применяемых как в патопсихологическом, так и в нейропсихологическом исследованиях. Предложена А. Р. Лурией. Используется для оценки состояния памяти, активного внимания, утомляемости.

Перед началом опыта экспериментатор записывает в протокол ряд из 10 коротких (односложных и двусложных) слов. Например: лес, хлеб, окно, стул, вода, брат, конь, гриб, игла, огонь. Слова нужно подбирать простые, разнообразные, не имеющие между собой связи. Инструкция: «Сейчас я прочту десять слов. Слушать надо внимательно. Когда закончу читать,

сразу повторите столько, сколько запомните. Повторять можно в любом порядке, порядок роли не играет. Понятно?»

Психолог читает слова медленно, четко. Когда испытуемый называет слова, а экспериментатор в своем протоколе ставит крестики против них. Затем продолжает инструкцию: «Сейчас я снова прочту вам те же слова. Вы опять должны их повторить — и те, которые уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили, — все вместе, в любом порядке».

Экспериментатор снова ставит крестики против названных испытуемым слов. Затем опыт повторяется три, четыре и пять раз. Если испытуемый назвал лишние слова, это тоже вносится в протокол.

Затем переходят к другим экспериментам, а в конце исследования, через 40–60 минут, психолог вновь спрашивает у испытуемого слова (без их повторного называния).

По количеству названных в каждой пробе слов строится кривая запоминания. Ее форма позволяет сделать некоторые выводы об особенностях запоминания испытуемых. У здоровых детей школьного возраста и у взрослых кривая запоминания носит примерно такой характер: 5, 7, 9 или 6, 8, 10. Таким образом, от повтора к повтору число заученных слов растет, и к третьему повторению испытуемый воспроизводит 9 или 10 слов, затем удерживается на этом уровне.

Характер кривой по типу «плато», «зигзага», резкий спуск вниз, наличие лишних слов при воспроизведении, «застревание» на ошибках может указывать на плохую память, инактивность внимания, выраженную утомляемость, эмоциональную вялость или, напротив, расторможенность (С. Я. Рубинштейн, 1998).

Проба на динамический праксис «кулак-ребро-ладонь»

Нейропсихологическая проба предложена А. Р. Лурией. В модификации А. Н. Корнева (1966) используется для исследования моторики и успешных функций у детей в возрасте от 6 лет. Ребенку необходимо воспроизвести серию из девяти движений, состоящую из трижды повторяющегося ряда трех движений ладони руки: «ладонь руки сжата в кулак», «кулак разжат, и ладонь поставлена на ребро», «рука лежит ладонью вниз». Если ребенок не справился с заданием, образец демонстрируется повторно до пяти раз. Оценивается по количеству воспроизведений, необходимых для правильного выполнения.

При поражении двигательных систем чаще страдает переключение с одного движения на другое в автоматизированном режиме: ребенок персеверировывает или делает большие паузы между движениями. В случае модально неспецифического дефицита успешных функций дети путают

последовательность движений или пропускают некоторые из них. Избирательные трудности в этом задании характерны при наличии специфических трудностей в овладении школьными навыками (дислексии, дисграфии, дискалькулии).

Психодиагностические методики

Психодиагностические методики выявляют и измеряют индивидуально-психологические особенности личности с целью постановки психологического диагноза. (Под диагнозом здесь понимается распознавание любого отклонения от нормального функционирования или развития и определение состояния конкретного объекта.) Эти методики имеют ряд особенностей:

1. Позволяют собрать диагностическую информацию в относительно короткие сроки.
2. Предоставляют информацию не о человеке вообще, а прицельно о тех или иных его особенностях.
3. Дают информацию, позволяющую количественно и качественно сравнивать индивида с другими людьми.
4. Эта информация полезна с точки зрения выбора средств психологического вмешательства и его эффективности, прогноза развития и прогноза деятельности (Общая психодиагностика..., 1987).

К психодиагностическим методикам относят тесты, опросники, проективные методики, некоторые диалогические техники и ряд других.

Тест (от *англ.* «проба», «испытание», «проверка») — это стандартизированное, часто ограниченное во времени испытание, предназначенное для установления количественных и качественных индивидуально-психологических различий. С помощью тестов выявляют наличие или отсутствие каких-либо способностей, навыков, умений, качеств личности. В объективных тестах возможен правильный ответ (правильное выполнение задания).

Тесты-опросники предполагают набор пунктов (вопросов, утверждений), относительно которых испытуемый выносит суждения (как правило, используется двух- или трехальтернативный выбор ответов). Одна и та же психологическая переменная представлена группой пунктов (не менее шести-семи). Опросники строятся как одномерные или многомерные, включающие целый ряд переменных.

Проективные методики используют недостаточно структурированный материал (цвета, чернильные пятна, незавершенные предложения и пр.), выступающий в качестве стимула. При соответствующей организации исследования такие стимулы порождают когнитивные и эмоциональные

процессы, в которых раскрываются те или иные индивидуально-типологические характеристики субъекта.

Диалогические техники учитывают, что психолог вступает в контакт с испытуемым и достигает лучших диагностических результатов за счет специфических особенностей этого контакта, релевантных диагностической задаче. Особенно важен доверительный контакт при диагностике семейных затруднений, характера личностного развития ребенка и во многих других случаях, когда специалист выступает в роли психотерапевта или консультанта. Диалогические техники могут быть вербальными (интервью, беседа) и невербальными (например, игра с ребенком).

Предлагаем примеры наиболее часто используемых в клинической практике психодиагностических методик.

Детский адаптированный вариант методики Векслера

П. Векслер определяет интеллект как обобщенную, глобальную способность индивида к целесообразному поведению, рациональному мышлению и эффективному взаимодействию с окружающим миром. Адаптированная к условиям нашей страны Шкала интеллекта для детей (WISC) Векслера предназначена для анализа интеллектуального развития детей в возрасте от 5 до 16 лет и состоит из 12 (6 вербальных и 6 невербальных) субтестов. Она используется для тестирования здоровых и больных детей, особенно детей с разной степенью умственной отсталости (Практикум по возрастной..., 2001).

I субтест «Общая осведомленность» — направлен на изучение кругозора ребенка, запаса имеющихся у него самых общих сведений об окружающей действительности.

II субтест «Понятливость» — состоит как бы из двух частей. Первые пять вопросов направлены на изучение способности ребенка к самостоятельному принятию решений. Ему предлагается ситуация, в которой он должен что-то предпринять, проявив инициативу. Вопросы второй части направлены на изучение уровня знаний ребенком социальных норм и требований, его умения анализировать явления и вскрывать причины, лежащие в основе социальных норм и правил.

III субтест «Арифметический» — направлен на изучение способности ребенка выполнять арифметические действия в уме и способности к устному счету, а также умения быстро ориентироваться в условиях задачи и находить правильное решение. Данный субтест имеет временные лимиты и проводится с использованием секундомера.

IV субтест «Аналогии-сходство» — направлен на исследование способности ребенка к обобщению понятий и выделению их существенных признаков.

V субтест «Словарь» — анализирует словарный запас ребенка. Отвечая на вопрос, он должен объяснить, что означает то или иное слово, то есть дать определение понятию доступными ему средствами.

VI субтест «Повторение цифр» — направлен на изучение кратковременной и оперативной памяти, требует достаточно высокой концентрации произвольного внимания. Трудности при повторении цифр в обратном порядке могут указывать на пространственно-перцептивные нарушения.

Первые шесть субтестов составляют вербальную часть методики. Предварительные оценки через специальную шкалу переводятся в шкальные. Окончательная оценка субтеста зависит от возраста ребенка: чем он старше, тем больше заданий должен выполнить. Задания внутри каждого субтеста расположены от более простого к более сложному, с учетом возрастных нормативов. На основании интегральной оценки за все шесть первых субтестов вычисляется вербальный интеллектуальный показатель (ВИП).

VII субтест «Недостающие детали» — направлен на изучение наблюдательности ребенка, его зрительно-перцептивной памяти, а также умения выделять существенные признаки путем зрительного анализа. Субтест состоит из картинок, на которых изображены предметы с недорисованными деталями и частями. Ребенок должен указать, чего не хватает на картинке. Ему не обязательно называть недостающую деталь, достаточно указать ее место на рисунке. Субтест имеет временные лимиты (как и остальные субтесты этой серии) и проводится с секундомером.

VIII субтест «Последовательные картинки» — исследует способность детей устанавливать последовательность событий на основе анализа причинно-следственных связей. Ребенок должен как можно быстрее разложить представленные в случайном порядке картинки, чтобы у него получился логически связный рассказ. Оценивается правильность установленной последовательности и время выполнения задания. Составление устного рассказа не требуется.

IX субтест «Составление фигур из кубиков», или «Кубики Кооса», — направлен на изучение конструктивного мышления ребенка, его способности к анализу и синтезу на предметном уровне. Испытуемый должен составлять узоры из кубиков в соответствии с нарисованными на карточках образцами. Здесь важно умение перенести элементы восприятия в элементы конструкции. Правильное выполнение первых трех заданий при необходимости демонстрируется испытуемым на кубиках. Оценка зависит от правильности составления узора и времени выполнения задания.

X субтест «Складывание объектов» — изучает способность к синтезу на предметном уровне, умение составлять целое из отдельных частей, конструктивное мышление. Испытуемый должен сложить целую фигуру

из отдельных деталей. Независимо от успешности выполнения, ему даются все задания.

XI субтест «Кодирование» — исследует способность к распределению внимания, уровень работоспособности. Представляет собой вариант корректурной пробы и имеет две формы — для детей младше и старше 8 лет.

XII субтест «Лабиринт» — направлен на изучение зрительно-моторной координации, способности ребенка ориентироваться в пространстве.

Вторые шесть субтестов составляют невербальную часть методики. Предварительные оценки через возрастную шкалу переводятся в шкальные и на основе интегральной оценки за данные шесть субтестов вычисляется невербальный интеллектуальный показатель (НИП).

На основе интегральной оценки за все 12 субтестов вычисляется общий интеллектуальный показатель (ОИП).

Таким образом, в результате исследования получается 15 показателей: ВИП, НИП, ОИП и 12 по всем субтестам. Кроме того, строится и интерпретируется «профиль интеллекта», который служит как вспомогательное средство психиатрического диагноза, поскольку повреждения мозга, психические и эмоциональные нарушения могут задевать одни интеллектуальные функции сильнее, чем другие.

Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р. Кеттелла

Согласно теории Р. Кеттелла, личность состоит из стабильных, устойчивых, взаимосвязанных элементов (свойств), которые определяют ее внутреннюю сущность и поведение. Различия в поведении людей объясняются различиями в выраженности личностных свойств. Предполагается, что порядок субъекта на шкале выраженности личностных свойств остается одним и тем же в разных ситуациях. При таком подходе в процессе тестирования личность соотносится с определенной системой координат, в рамках которой выраженность заранее заданных свойств измеряется.

Адаптированный Э. М. Александровской и И. Н. Гильяшевой, вариант личностного вопросника Р. Кеттелла (CPQ) для детей 8–12 лет включает в себя 12 факторов, или шкал, отражающих характеристики некоторых свойств личности (Адаптированный..., 1985). Каждый личностный фактор измеряется в стенах (единицах шкалы с минимальным значением 1 балл, максимальным — 10 и средним — 5,5 балла) и характеризуется биполярно по крайним значениям этого континуума. На биполярные содержания указывает значок «+» или «-», стоящий рядом с буквами алфавита, обозначающими факторы.

В табл. 6.1 дан перечень факторов, используемых в детском варианте вопросника.

Таблица 6.1. Описание личностных факторов, используемых в адаптированном варианте детского вопросника Р. Кеттелла

Низкие значения фактора (1–3 стена)		Высокие значения фактора (8–10 стенов)
Замкнутый, недоверчивый, обособленный, равнодушный	–А+	Открытый, доброжелательный, общительный, участливый
Низкая степень сформированности интеллектуальных функций, преобладание конкретных форм мышления, небольшой объем знаний	–В+	Высокая степень сформированности интеллектуальных функций, достаточное развитие абстрактных форм мышления, большой объем знаний
Неуверенный в себе, легко ранимый, неустойчивый	–С+	Уверенный в себе, спокойный, стабильный
Сдержанный, флегматичный, нетерпеливый	–D+	Легко возбудимый, реактивный, нетерпеливый
Послушный, зависимый, уступчивый, подчиненный	–Е+	Доминирующий, независимый, напористый
Осторожный, благоразумный, рассудительный, серьезный	–F+	Склонный к риску, беспечный, храбрый, веселый
Недобросовестный, пренебрегающий обязанностями, безответственный	–G+	Добросовестный, исполнительный, ответственный
Робкий, застенчивый, чувствительный к угрозе	–Н+	Социально смелый, непринужденный, решительный
Реалистичный, практичный, полагающийся на себя	–I+	Чувствительный, нежный, зависимый от других
Спокойный, безмятежный, оптимистичный	–O+	Тревожный, озабоченный, полный мрачных опасений
Низкий самоконтроль, плохое понимание социальных нормативов	–Q3+	Высокий самоконтроль, хорошее понимание социальных нормативов
Расслабленный, спокойный, невозмутимый	–Q4+	Напряженный, раздражительный, фрустрированный

Вопросник разделен на две идентичные части по 60 вопросов, имеет две формы — для мальчиков и девочек. Все 12 шкал содержат по 10 вопросов (по пять в одной части), значимый ответ на каждый из них оценивается в 1 балл. Сумма баллов по каждой шкале с помощью специальных таблиц переводится в стены. Вопросы касаются разных сторон жизни ребенка: взаимоотношений с одноклассниками, отношений в семье, поведения на уроке и улице, социальных установок, самооценки. К каждому вопросу дается два ответа на выбор. Например: «У тебя много друзей — не очень

много», «Ты возражаешь иногда своей маме — ты ее побаиваешься». Только к вопросам фактора В (уровень интеллектуального развития) дается три варианта ответов. Например: «Больше всего общего с «ЛЬДОМ», «ПÁРОМ» И «СНЕГОМ» имеют «ВОДА», или «БУРЯ», или «ЗИМА».

По данным авторов адаптации, эта методика обладает широкими дифференцирующими возможностями, позволяет адекватно судить о возрастных и половых особенностях детей, оценивать их эмоциональные и поведенческие отклонения, разрабатывать коррекционные мероприятия. На ее основе с помощью специальной математической процедуры можно определить и варианты формирования типа личности младших школьников, дать прогноз их дезадаптации (Э. М. Александровская, 1993; И. М. Никольская, Р. М. Грановская, 2000).

Для испытуемых в возрасте от 12 до 16 лет предназначен личностный опросник Р. Кеттелла для подростков HSPQ. Он представляет собой систему из 14 факторов и содержит 142 вопроса, каждый имеет три варианта ответа, из них нужно выбрать один (А. А. Рукавишников, М. В. Соколова, 1995).

Методика «Цветовой тест отношений»

Цветовой тест отношений (ЦТО) — компактный невербальный диагностический метод, отражающий сознательные и частично неосознаваемые уровни отношений человека. Методической основой теста является цветоассоциативный эксперимент. Цветовая сенсорика тесно связана с эмоциональной жизнью личности. Автор ЦТО, А. М. Эткинд (1987), предположил, что существенные характеристики невербальных компонентов отношений к значимым другим людям и самому себе отражаются в цветовых ассоциациях с ними.

В ЦТО используется набор цветов из 8-цветового теста М. Люшера (Л. Н. Собчик, 1990). Это стандартные карточки серого, синего, зеленого, красного, фиолетового, коричневого и черного цвета. Каждый цвет имеет определенное эмоционально-психологическое значение. Взаимодействуя с ребенком и/или членами его семьи, психолог составляет список лиц, представляющий его непосредственное окружение, а также список понятий, имеющих для него существенное значение. Для детей список понятий примерно таков: моя мать, отец, брат (сестра), бабушка (дедушка), учительница (воспитательница), моя кошка (собака), друг, я сам, каким я хочу стать, мое настроение в детском саду (в школе), настроение дома и т. д.

Затем перед испытуемым на белом фоне в случайном порядке раскладываются цветковые карточки и дают инструкцию: «Подберите к каждому из людей и понятий, которые я буду зачитывать, подходящие цвета. Выбранные цвета могут повторяться». Если возникают вопросы, экспериментатор

разъясняет, что цвета должны подбираться в соответствии с характером людей, а не по их внешнему виду (например, цвету одежды).

После завершения ассоциативной процедуры цвета ранжируются испытуемым в порядке предпочтения, начиная с цвета, который «нравится больше всего», «приятен», и заканчивая самым «некрасивым», «неприятным».

Исследования показали, что дети начиная с 3–4 лет дают цветовые ассоциации легко, с удовольствием принимая задачу тестирования как интересную игровую ситуацию. Это касается даже аутичных детей. Чем выше уровень эмоциональной привлекательности, близости, симпатии в отношении ребенка к тому или иному человеку, тем с более предпочитаемым цветом он ассоциируется. Отвергаемый человек ассоциируется с отвергаемыми цветами. При этом диагностически значимым является не только ранг цвета, но также его значение. Так, ассоциация с красным обычно указывает на доминантность отца или активную, импульсивную мать. Ассоциация с зеленым говорит о достаточно жестких отношениях в семье и может быть признаком родительской гиперопеки. Ассоциация с серым свидетельствует о непонимании и отгороженности ребенка от матери и отца.

Интересные результаты дает анализ цветового самообозначения ребенка — цвета, с которым он ассоциирует себя. Чем более привлекателен этот цвет в цветовой раскладке, тем выше уверенность ребенка в себе и его самоуважение. Совпадение цветов, с которыми ребенок ассоциирует себя и одного из родителей, говорит о сильной связи с ним, значимости процесса идентификации.

Во многих случаях ЦТО является единственной методикой, пригодной для применения в условиях детской психодиагностики, которая позволяет выявить наиболее «горячие точки» внутрисемейных и межличностных отношений, осознанно или неосознанно скрываемые. ЦТО не способны выполнить лишь больные дети, недоступные контакту, либо характеризующиеся выраженным интеллектуальным снижением.

Рисунок семьи

Психодиагностические рисуночные тесты, относясь к классу проективных, дают человеку возможность самому проецировать реальность и по-своему ее интерпретировать (Е. С. Романова, О. Ф. Потемкина, 1991; Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов, 1999; Р. С. Бернс, С. Х. Кауфман, 2000; К. Маховер, 2000). Полученный результат в значительной мере несет на себе отпечаток личности, ее настроения, состояния, чувств, особенностей представлений, отношений. Тест «Рисунок семьи», широко используемый в детской психо-

диагностике, предназначен для выявления особенностей внутрисемейных отношений. На основе выполненного изображения и ответов ребенка на вопросы психолога можно оценить особенности его восприятия и переживания отношений в семье.

Для работы используют лист белой бумаги 15×20 или 21×29 см, ручку, карандаш, ластик. Допустимо использовать разные варианты инструкций.

1. «Нарисуй свою семью». В этом случае не рекомендуется объяснять, что значит слово «семья», а если возникают вопросы, следует просто еще раз повторить инструкцию.

2. «Нарисуй свою семью, где все заняты обычным делом».

3. «Нарисуй свою семью, как ты ее себе представляешь».

4. «Нарисуй свою семью, где каждый ее член представлен в виде фантастического (несуществующего) существа».

5. «Нарисуй свою семью в виде метафоры, некоего образа, символа, который выражает особенности вашей семьи».

При индивидуальной диагностике в протоколе следует отмечать последовательность рисования деталей, паузы более 15 с, стирание деталей, спонтанные комментарии ребенка, эмоциональные реакции и их связь с изображенным содержанием.

После выполнения задания обычно задают следующие вопросы: «Скажи, кто тут нарисован?», «Где они находятся?», «Что они делают?», «Им весело или скучно? Почему?», «О чем они думают?» и т. д.

При опросе психолог должен попытаться выяснить смысл нарисованного ребенком: чувства к отдельным членам семьи, что заставило его кого-то не нарисовать (если так произошло). Прямых вопросов при этом следует избегать, на ответах не настаивать — это может вызвать тревогу и спровоцировать защитные реакции.

Для интерпретации нужно знать возраст ребенка, состав его семьи, возраст братьев и сестер и, если возможно, иметь сведения о поведении ребенка в семье, детском саду или школе.

На основании рисунков можно определить:

1. Степень изобразительной культуры, стадию изобразительной деятельности, на которой находится ребенок. Рисунки можно разделить, обращая внимание на примитивность изображения или, напротив, на четкость и выразительность образов, изящество линий, эмоциональную выразительность.

2. Особенности состояния ребенка во время рисования. Наличие сильной штриховки, маленькие размеры часто говорят о неблагоприятном физическом состоянии, напряженности, скованности. Большие размеры, применение ярких цветовых оттенков часто говорят об обратном: хорошем расположении духа, раскованности, отсутствии напряженности и утомления.

3. Особенности внутрисемейных отношений и эмоционального самочувствия в семье можно определить по степени выраженности положительных эмоций у членов семьи, степени их близости (стоят рядом, взялись за руки, делают что-то вместе или, наоборот, стоят далеко, отвернулись друг от друга, у них сильно выражены отрицательные эмоции).

При интерпретации рисунков всегда следует обращать внимание на случаи, когда ребенок рисует семью больше или меньше, чем она есть на самом деле (например, нарисован папа, которого нет, или не изображен старший брат).

Методика «Рисунок семьи» удобна в применении, способствует установлению хорошего эмоционального контакта между психологом и ребенком, доступна детям со сниженным интеллектом. Особенно продуктивно ее применение в дошкольном и младшем школьном возрасте, когда нередко имеют место трудности вербализации. Методика обладает значимостью не только с точки зрения диагностики межличностных отношений в семье, но также в плане выбора тактики психологической коррекции и психотерапии нарушенных семейных отношений.

Подбор психологических методик для исследования психически больных детей

При выборе методик психологического исследования важную роль могут сыграть следующие обстоятельства:

1. Цель исследования (дифференциальная диагностика, определение структуры и степени психических нарушений, изучение эффективности терапии). Так, предполагая шизофренический процесс, необходимо использовать методики, позволяющие выявить характерные для шизофрении расстройства психики: искажение операции обобщения, разноплановость и некритичность мышления, эмоциональную отгороженность. Для многократных исследований в ходе лечения выбирают методики, имеющие количественные показатели и содержащие два или более равных по трудности варианта заданий.

2. Возраст ребенка. В каждом конкретном случае выбор методик должен соответствовать так называемому умственному возрасту, или коэффициенту интеллектуального развития ребенка. Специально адаптированный А. Ю. Панасюком к условиям нашей страны детский вариант методики Векслера предназначен для исследования интеллектуального развития детей от 5 до 16 лет. Если нужно исследовать детей более младшего воз-

раста, целесообразно использовать Шкалу интеллекта Стэнфорд — Бине (А. Анастаси, 1982).

3. Особенности контакта с больным. Нередко специалисту приходится исследовать больных с нарушением зрения, слуха или высших психических функций — речи, чтения, письма. В этих случаях тоже необходим специальный подбор методик. При глухоте максимально используются задания на зрительное восприятие, при плохом зрении — на слуховое. Если речь идет о дислексии, надо исключить методики, задания которых представлены в письменной форме.

Знания о методиках психологического исследования психически больных детей дает возможность психиатру более точно сформулировать психологу цели исследования. Это позволяет выбрать наиболее адекватные методики и получить более достоверные с клинической точки зрения результаты — данные, полученные при использовании разных методов, более полно характеризуют особенности психической деятельности больного ребенка и в ряде случаев подтверждают друг друга.

Психологическое исследование психически больных детей не только требует специальных знаний, но и само по себе является трудоемкой и кропотливой работой. Психолог обязательно знакомится с историей болезни больного, проводит с ним (нередко и с его родственниками) ознакомительную беседу для установления контакта и сбора психологического анамнеза. Психологическое исследование обычно двукратное (в некоторых особенно сложных случаях его приходится повторять три-четыре раза). Выбор методик для исследования обладает гибкостью, порой их состав меняется по ходу исследования больного, что диктует необходимость не только владеть большим количеством методик, но и проявлять творческий подход к исследованию. Затем психолог анализирует полученные данные и составляет по ним заключение.

Контрольные вопросы

1. Какие методы психологического исследования вы знаете?
2. Перечислите задачи психодиагностического исследования.
3. Перечислите методики, относящиеся к экспериментально-психологическому методу исследования.
4. Как осуществляется отбор психологических методик для исследования психически больного ребенка?

Рекомендуемая литература

1. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р. Кеттелла: Метод. реком. / Сост. Э. М. Александровская, И. Н. Гильяшева. — Л.: НИИ им. В. М. Бехтерева, 1985. — 33 с.
2. *Анастаси А.* Психологическое тестирование: Т. 1. — М.: Педагогика, 1982. — 320 с.
3. *Бернс Р. С., Кауфман С. Х.* Кинетический рисунок семьи. — М.: Смысл, 2000. — 146 с.
4. *Корнев А. Н.* Применение нейропсихологических методов исследования у детей // Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, Я. А. Меерсон. Методы нейропсихологической диагностики. — СПб.: Стройлеспечатъ, 1997.
5. *Никольская И. М., Грановская Р. М.* Психологическая защита у детей. — СПб.: Речь, 2000. — 507 с.
6. Общая психодиагностика / Под ред. А. А. Бодалева и В. В. Столина. — М.: Изд. МГУ. 1987. — 304 с.
7. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии / Под ред. Д. Н. Исаева и В. Е. Кагана. — СПб.: СПб. педиатр. мед. ин-т, 1991. — 74 с.
8. *Романова Е. С., Потемкина О. Ф.* Графические методы в психологической диагностике. — М.: Дидакт, 1991. — 256 с.
9. *Собчик Л. Н.* Метод цветовых выборов. Модифицированный цветовой тест Люшера // Методы психологической диагностики. — М.: МКЦ, 1990. — 88 с.
10. *Эткинд А. М.* Цветовой тест отношений // Общая психодиагностика. — М.: Изд-во МГУ, 1987.

Глава 7. Психодинамическая классификация нервно-психических расстройств у детей и подростков (PDM)

А. Э. Тарабанов

«Психодинамическое руководство PDM-2», предлагающее альтернативную МКБ-10 и DSM-5 — классификации нервно-психических расстройств, приобретает все большую популярность у специалистов по психическому здоровью во всем мире. Основной задачей первого издания PDM в 2006 году стала демонстрация научной обоснованности психоаналитических концепций и психодинамического подхода в целом. Также и второе издание психодинамического руководства стремится обосновать клиническую полезность психодинамического диагностического подхода.

«Психодинамическое диагностическое руководство» (PDM; 2006) было опубликовано в период фундаментального пересмотра психиатрической нозологии. Этот период начался с появления «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам», а именно его третьего издания (DSM-III, 1980), в котором осуществлен переход от психоаналитически ориентированной или динамической диагностической системы к диагностической системе, продолжающей традиции Эмиля Крепелина. Возврат к дискриптивному (описательному) подходу в психопатологии, фокусировка на симптомах, многоосевая классификация были продуманными шагами с целью удалить из руководства приоритет психоаналитического диагностического видения. Для этого имелись свои резоны в эпоху, когда возникли многочисленные альтернативные психотерапевтические парадигмы, например поведенческая, когнитивная, психодраматическая, экзистенциальная и др. Кроме того, данная версия руководства была призвана облегчить диагностическую процедуру клиницистам с небольшим опытом: предыдущие нозологические классификации (DSM-I и DSM-II) требовали значительной клинической подготовки для диагностики большинства синдромов. Руководство DSM-IV Американской психиатрической ассоциации (1994) продолжило линию Крепелина, которая получила дальнейшее развитие и в DSM-5 (Американская психиатрическая ассоциация, 2013).

В то же время сообщество психодинамических клиницистов было вынуждено вести дискуссию с теми его участниками, которые ставили под сомнение полезность любой диагностической системы, опиравшейся на количественные исследования, будучи ориентированы на методологию анализа качественных проявлений нарушений. С другой стороны, доверие к целому ряду психоаналитических теорий у многих специалистов по психическому здоровью оказалось подорвано, так как предполагалось, что эти теории не имеют достоверного эмпирического обоснования.

В теоретическом отношении психодинамическое диагностическое руководство опирается на методологические концепции «невротических стилей» Д. Шапиро (1965), модель «объектных отношений» О. Кернберга (1984), «психоаналитический диагноз» Н. Мак-Вильямс (2011) и ее же «формулировку психоаналитического случая» (1999), а также на работы некоторых других психоаналитических исследователей.

Отличительная черта PDM — то, что данная диагностическая система ставит во главу угла принцип функциональности. Она упорядочивает описание как здорового, так и нарушенного функционирования личности через создание индивидуальных профилей психического функционирования. Эти профили включают в себя модели взаимоотношений с другими людьми, способность понимать и выражать чувства, преодолевать стресс и тревогу, регулировать импульсы, анализировать свои эмоции и поведение, а также способность формировать моральные суждения. Классифицируемые в психодинамическом руководстве индивидуальные паттерны психического функционирования содержат паттерны симптомов и особенности личного субъективного опыта и позволяют определять характер требуемого психотерапевтического воздействия.

Несмотря на многочисленные достоинства систем DSM и Международной классификации болезней (МКБ), зачастую их классификации не в полной мере соответствуют потребностям клиницистов, особенно в смысле релевантности психопатологии и психотерапевтических моделей лечения. Соответственно, PDM-2 предлагает специалистам в области психического здоровья новый функциональный взгляд на симптомы расстройств. Психодинамическое руководство также предлагает таксономию, которая позволяет врачам описывать и классифицировать особенности личности, а также связанные с ними социальные и эмоциональные характеристики в их отношении к процессу этиопатогенеза. Сосредоточив внимание на полноценном («здоровом») спектре психического функционирования, PDM-2 стремится быть «таксономией людей», а не «таксономией психических расстройств». В известном смысле это руководство обращается к экзистенциальному измерению диагноза, то есть подчеркивает важность рассмотрения того, кем пациент является как уникальная личность, и не отдает приоритет тому

набору патологических черт, которыми он обладает, как происходит в других диагностических руководствах (см. сравнительную табл. 7.1).

Таблица 7.1. Сравнительная таблица психических нарушений у детей по PDM-2 и МКБ-10 / DSM-5

PDM-2	
SC0 Здоровые ответные реакции SC01 Кризисы развития SC02 Ситуационные кризисы	
PDM-2	
SC2 Расстройства настроения SC22 Депрессивные расстройства SC24 Биполярное расстройство SC27 Суицидальность SC29 Пролонгированная реакция горя/скорби	
МКБ-10	DSM-5
F30-39. Расстройства настроения (аффективные) F32. Депрессивный эпизод F33. Рецидив депрессивного расстройства F34. Стойкие аффективные расстройства настроения F31. Биполярное аффективное расстройство F92.0. Депрессивное расстройство поведения <i>Примечание: депрессивное расстройство поведения включено в F90-98. Поведенческие и эмоциональные расстройства с началом обычно в детском и подростковом возрасте</i>	Депрессивные расстройства F32. Генерализованное депрессивное расстройство F34.1. Стойкое депрессивное расстройство (дистимия) F34.8. Нарушение дисрегуляции настроения Биполярные и связанные с ними расстройства. Суицидальное расстройство поведения Стойкое комплексное расстройство горевания
PDM-2	
SC3 Расстройства, связанные в первую очередь с тревогой SC31 Тревожные расстройства SC31.1 Фобии SC32 Обсессивно-компульсивные и родственные расстройства SC32.1 Обсессивно-компульсивное расстройство	
МКБ-10	DSM-5
F40-48. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F41.1. Генерализованное тревожное расстройство F42. Обсессивно-компульсивное расстройство F93.1. Фобическое тревожное расстройство детства <i>Примечание: фобическое тревожное расстройство детства включено в F90-98. Поведенческие и эмоциональные расстройства с началом обычно в детском и подростковом возрасте</i>	Тревожные расстройства F41.1. Генерализованное тревожное расстройство F40.2х. Специфические фобии Обсессивно-компульсивные и родственные расстройства F42. Обсессивно-компульсивное расстройство

PDM-2	
SC4 Событийные и стрессовые расстройства SC41 Травматические и стрессовые расстройства SC41.1 Нарушения адаптации (не связанные с развитием)	
МКБ-10	DSM-5
F43. Реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации F43.1. Посттравматическое стрессовое расстройство F43.2 Нарушения адаптации	Расстройства, связанные с травмой и стрессом F43.1. Посттравматическое стрессовое расстройство (включает посттравматическое стрессовое расстройство у детей 6 лет и младше) F43.2. Расстройства адаптации
PDM-2	
SC5 Соматизированные и связанные с ними расстройства SC51 Соматизированное расстройство	
МКБ-10	DSM-5
F45. Соматоформные расстройства F45.0. Соматизированное расстройство	Соматизированные и связанные с ними расстройства F45.1. Соматическое расстройство
PDM-2	
SC8 Психофизиологические расстройства SC81 Питание и расстройства пищевого поведения SC81.1 Нервная анорексия SC81.2 Булимия нервная	
МКБ-10	DSM-5
F50. Расстройства пищевого поведения F50.0. Нервная анорексия F50.2. Булимия	Расстройства употребления пищи и питания F50.0-.02. Нервная анорексия F50.2. Булимия
PDM-2	
SC9 Деструктивное (disruptive) расстройство поведения SC91 Нарушение поведения SC92 Оппозиционно-вызывающее расстройство SC93 Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	
МКБ-10	DSM-5
F90-98. Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте F91. Расстройства поведения	Деструктивные (disruptive), расстройства импульсного контроля и расстройства поведения

F91.3. Вызывающее оппозиционное расстройство F10-19. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ	F91.1. Расстройство поведения (детского типа) F91.3. Вызывающее оппозиционное расстройство Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, и зависимости
PDM-2	
SC11 Нарушения психического функционирования SC111 Нарушения моторики SC112 Тики SC113 Психотические расстройства SC114 Нейропсихологические расстройства SC114.1 Нарушения обработки визуально-пространственной информации SC114.2 Нарушения обработки речевой и аудиоинформации SC114.3 Нарушения памяти SC114.4 Синдром дефицита внимания и гиперактивности SC114.5 Нарушения когнитивных функций SC114.6 Тяжелый когнитивный дефицит SC115 Нарушения обучения SC115.1 Нарушения чтения SC115.2 Математические расстройства SC115.3 Нарушения письменной речи SC115.4 Неспособность к невербальному обучению SC115.5 Нарушения в получении навыков социальной и эмоциональной коммуникации	
МКБ-10	DSM-5
F82. F82 Специфические расстройства развития моторной функции F95. Тики F95.1. Хронические моторные тики и вокализмы F95.2. Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков (синдром Туретта) F20-29. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства F80. Специфические расстройства развития речи и языка F80.0. Специфическое нарушение речи F80.1. Расстройство экспрессивной речи F80.2. Расстройство рецептивной речи F90.0. Нарушение активности и внимания	Двигательные расстройства F82. Нарушение развития координации Тики F95.1. Персистирующее (хроническое) моторное или вокализационное тиковое расстройство F95.2. Расстройство Туретта Расстройства шизофренического спектра и другие психотические расстройства Нарушения коммуникации F80.9. Нарушения языка F80.0. Звуковое расстройство речи

<p>F70-79. Умственная отсталость</p> <p>F81. Специфические нарушения развития учебных навыков</p> <p>F81.0. Специфическое расстройство чтения</p> <p>F81.1. Специфическое расстройство спеллингования</p> <p>F81.2. Специфическое расстройство арифметических навыков</p>	<p>F90. Синдром дефицита внимания и гиперактивности</p> <p>F70-79. Нарушение интеллекта (расстройство интеллектуального развития)</p> <p>F81. Специфическое расстройство обучения</p> <p>F81.0. С нарушениями в чтении</p> <p>F81.2. С нарушениями в математике</p> <p>F81.81. С нарушениями в письменной речи</p>
PDM-2	
<p>SC12 Нарушения развития</p> <p>SC121 Регуляторные нарушения</p> <p>SC122 Детские проблемы с питанием</p> <p>SC123 Нарушение выделительных функций</p> <p>SC123.1 Энкопрез</p> <p>SC123.2 Энурез</p> <p>SC124 Нарушения сна</p> <p>SC125 Расстройства привязанности</p> <p>SC126 Первазивные нарушения развития</p> <p>SC126.1 Аутизм</p> <p>SC126.2 Синдром Аспергера</p>	
МКБ-10	DSM-5
<p>F98.2. Расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте</p> <p>F98.0. Энурез неорганической природы</p> <p>F98.1. Энкопрез неорганической природы</p> <p>F51. Расстройства сна неорганической этиологии</p> <p>F51.0. Бессонница неорганической этиологии</p> <p>F51.4. Ужасы во время сна (ночные ужасы)</p> <p>F51.5. Кошмары</p> <p>F94. Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов</p> <p>F94.1. Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте</p> <p>F84. Общие расстройства психологического развития</p> <p>F84.0. Детский аутизм</p> <p>F84.5. Синдром Аспергера</p> <p>F84.8. Другие общие расстройства развития</p>	<p>F98. Расстройства выделительных функций</p> <p>F98.0. Энурез</p> <p>F98.1. Энкопрез</p> <p>Нарушения сна и бодрствования</p> <p>G47.00. Бессонница</p> <p>F51.4. Расстройство сна без фазы быстрого движения глаз, сон ужасного типа</p> <p>F51.5. Расстройство кошмаров</p> <p>Связанные с травмой и стрессом расстройства</p> <p>F94.1. Реактивное расстройство привязанности</p> <p>F94.2. Отказ от социальной активности</p> <p>F84.0. Расстройство аутистического спектра</p>
PDM-2	
<p>Приложение SCAPP: психологический опыт, который может потребовать клинического внимания</p> <p>SCAPP3 Гендерное несоответствие</p>	

МКБ-10	DSM-5
F64.2. Расстройство половой идентификации в детском возрасте	F64.2. Гендерная дисфория у детей

Быстро развивающаяся интегрированная совокупность нейронаук (аффективная нейронаука, интерперсональная нейробиология, нейропсихоанализ) также позволяет перейти к функциональному пониманию психических расстройств. Исследования развития мозга показывают, что модели его эмоционального, социального и поведенческого функционирования включают в себя множество областей, работающих интегрированно, а не изолированно.

Это имеет важные последствия для клинических и психологических моделей болезни и концепций психотерапевтического процесса. Об этом писал и нобелевский лауреат нейробиолог Э. Кандель, и создатель «нейропсихоанализа» и «нейропсихиатрии развития» (developmental) А. Шор.

Сегодня не только психодинамически ориентированные специалисты, но и представители нейронаук пришли к выводу, что природа психотерапевтических взаимоотношений может быть понята на основе функционального единства мозга. Методология такого функционального единства открывает значительные диагностические и психотерапевтические перспективы. Интегративный подход «мозг — психический аппарат» превосходит любые симптоматические модели диагностики и лечения (Westen, Novotny и Thompson-Brenner, 2004). Симптоматические и поведенческие модели, которые не учитывают особенности личности, разнообразие эмоциональных проявлений и совокупности межличностных отношений, неэффективны даже для ограниченных психотерапевтических изменений. В рамках психодинамической модели психопатологии за последние годы разработано несколько надежных способов измерения личностных особенностей, эмоций и способов межличностного взаимодействия — активных компонентов психотерапевтических отношений. Среди них, в частности, методика структурного интервью (STIPO), разработанная группой О. Кернберга (Clarkin, Caligor, Stern & Kernberg, 2004); система оперативной психодинамической диагностики (OPD) (OPD Task Force, 2008; Циммерман и др., 2012) и другие модели. Если мы сфокусируем внимание на психотерапевтическом измерении PDM, двумя базисными подходами будут:

- 1) определение круга проблем, для которых хороши психодинамические подходы;
- 2) проблема эффективности краткосрочной и долгосрочной психодинамической психотерапии.

В обоснование нозологической классификации PDM-2 положена концепция здорового функционирования психики. Предполагается, что недостаточно понимать психическое здоровье лишь как отсутствие симптомов. Здоровое функционирование психики — не просто отсутствие бреда или галлюцинаций либо других психопатологических проявлений. Дискрипция психических нарушений должна учитывать дефицит различных возможностей психического функционирования, включая те, источниками которых не является настоящая дисфункция. Таким образом, данное психодинамическое руководство предлагает альтернативный подход к проблеме коморбидности психических нарушений. Например, пароксизмальная тревога пациента — безусловно, важная психическая дисфункция, но его же неспособность воспринимать и точно реагировать на эмоциональные сигналы других — гораздо более серьезная и социально значимая проблема. И в смысле общего психического функционирования она может быть более фундаментальной трудностью, нежели периодические эпизоды паники. Дефицит в чтении эмоциональных сигналов может повредить межличностным отношениям и даже — косвенно — процессу мышления, а в конечном итоге может стать главным источником беспокойства.

Концепция здорового психического функционирования последние десятилетия была оттеснена на второй план наблюдением симптомов и поведенческих нарушений, а общее функционирование и адаптация личности упоминались лишь во вторую очередь. Но появляется все больше научных свидетельств того, что для понимания конкретных симптомов нужно обладать знанием о биографическом контексте пациента и качестве его межличностных отношений. В нозологических классификациях DSM и МКБ целостная личность пациента не находится в фокусе внимания — оно направлено на таксономизацию нарушений. Коморбидность психических нарушений и описание симптомов в таких таксономиях рассматривается как нечто случайное, сочетание этиологически разных видов патологии. Причем в качестве критериев коморбидности достаточно редко рассматриваются генетические, биохимические или нейрофизиологические различия между синдромами (Tyner, Reed, & Crawford, 2015). Зачастую критерии диагностики и артикуляции нозологических единиц произвольно определяют комитеты экспертов по психическому здоровью; к научным, экспериментально проверенным данным они имеют весьма отдаленное отношение.

В качестве критериев достоверности в PDM-2 используется не только клинический опыт (обзоры симптоматики кейс-стадиз), но и экспериментальное научное обоснование, в том числе основанное на нейронаучных исследованиях. А клинический опыт в PDM-2 подкрепляется

использованием психометрических методик значительной сложности и валидности.

Психодинамический подход обращает внимание на контекст межличностных и терапевтических отношений, предполагая, что учет данного контекста делает результаты психотерапии и показатели ремиссии долгосрочными.

В PDM-2 подчеркивается, что необходимы исследования, позволяющие учесть существенные характеристики психотерапевтических взаимоотношений, концептуализировать сам психотерапевтический процесс. Руководство включает в себя основные элементы психодинамических моделей: терапевтический альянс, явления переноса и контрпереноса, устойчивые характеристики пациента и психотерапевта.

Диагнозы PDM-2 являются прототипическими — они не основаны на идее, что диагностическая категория может быть точно описана как совокупность симптомов («политетический» диагноз). Некоторые разделы PDM-2 относятся к категориям психопатологии, используемым в существующих в настоящее время таксономиях. Но в отличие от DSM и МКБ, система PDM ориентирована на внутренний опыт пациентов в определенном социальном контексте. Поскольку специалисты по психическому здоровью ежедневно сталкиваются с субъективным опытом своих пациентов, им необходим инструментарий для полного описания внутренней жизни своих пациентов, чтобы обеспечить понимание их уникального жизненного опыта. Психодинамическое диагностическое руководство исходит из того, что при постановке диагноза клиницисты склонны использовать прототипическую диагностику, даже если могут обосновать диагноз с точки зрения дискриптивной. PDM-2 сочетает фокус внимания на своеобразии каждого человека с простотой и очевидностью диагностических категорий. Кроме того, используется многоосевой подход, чтобы точно описать личностное функционирование пациента и особенности его участия в психотерапевтическом процессе.

Используются следующие диагностические оси:

1. Синдромы личности — ось Р. Основными организующими принципами данной оси являются, во-первых, уровень организации личности, то есть спектр функционирования личности от здорового и невротического к пограничному и психотическому уровню и во-вторых, личностный стиль (паттерн личности), который определяется на основе качественных клинически определенных критериев. Он тоже соотносится с уровнем организации личности. В разделе, посвященном нарушениям взрослого периода жизни, личностные паттерны занимают ведущее место.

2. Профиль психического функционирования — ось М. Второе измерение предлагает подробное описание общего психического функционирования, то есть реализацию возможностей пациента, определяемую его психическим здоровьем или патологией. Здесь тщательнее изучается внутренний психический опыт пациента, систематизируются и анализируются такие способности, как обработка информации, регулирование импульсов, способность оценить свое и чужое психическое состояние. Анализируется способность формировать и поддерживать межличностные отношения, а также переживать, выражать и понимать разные эмоции, регулировать самооценку, использовать стратегии копинга и защиты. Анализируется адаптация и устойчивость, формирование внутренних стандартов и придание последовательности и смысла личному опыту.

3. Паттерны симптомов: субъективный опыт — ось S. Третье измерение берет в качестве отправной точки категории DSM и МКБ и отображает аффективные состояния, когнитивные процессы, соматические переживания и паттерны отношений, чаще всего ассоциируемые с каждым из них. Ось S представляет паттерны симптомов с точки зрения наиболее распространенных личных переживаний пациентов в отношении их жизненных трудностей, а также с позиции типичных субъективных реакций клиницистов на них. Кроме того, данная ось включает в себя описания психических переживаний (например, состояний, связанных с гендерной идентичностью), которые могут требовать внимания специалиста.

Порядок этих осей разнится в каждом возрастном разделе. У взрослых личность оценивается с приоритетом осей, дополняющих умственное функционирование (личностных паттернов), тогда как оценка детей, подростков и пожилых людей начинается с их умственного функционирования. Обоснование этого кажущегося несоответствия заключается в том, что к моменту достижения зрелости личность (ось Р) становится достаточно стабильной и поэтому требует приоритетного внимания клинициста, тогда как у детей и подростков проблемы развития (ось М) обычно имеют приоритет в клинических оценках над возникающими личностными паттернами. В конце жизненного цикла адаптация к разным аспектам старения (ось М) может стать более важной для оценки клиницистом, нежели особенности личности. Многоосевой подход для раздела, посвященного младенчеству и раннему детству, отличается от других разделов и ориентирован на особенности развития первых трех лет. Основное внимание в нем уделяется развитию функциональных эмоциональных особенностей, а также особенностям регуляции и обработки сенсорной информации, паттернам межличностного общения, медицинским и неврологическим диагнозам.

Младенчество и раннее детство

Психическое развитие в младенчестве и раннем детстве отражает динамические взаимоотношения между многими аспектами социального функционирования человека, включая эмоциональные, межличностные, языковые, когнитивные и сенсомоторные особенности. Проблематичность функционирования в этих областях детской психики и нарушенные паттерны межличностных взаимоотношений лежат в основе комплексной классификации расстройств младенчества и раннего детства. Педиатры и исследователи в области психопатологии детей и подростков, детские психоаналитики, специалисты в области теории привязанности и нейробиологи внесли свой вклад в понимание взаимодействия между биологическим, психологическим и социальным контекстами жизни детей и подростков. Этот научный вклад обусловил появление соответствующих разделов PDM-2, посвященных психическим нарушениям детей и подростков. Наиболее важна биопсихосоциальная модель раннего развития, предложенная Р. Гринспеном (1992, 1996, 2004). Она включает в себя следующие уровни описания:

- 1) уровень развития эмоционального, социального и интеллектуального функционирования ребенка;
- 2) индивидуальные биологически предопределенные особенности развития когнитивных функций;
- 3) паттерны межличностных отношений, в том числе отношения между ребенком и родителями или опекунами и другими членами семьи.

Младенчество как этап развития ребенка может быть понято лишь в пределах межличностных, социальных и культурных рамок. Взаимодействие генетических факторов и факторов воздействия внешней среды тоже следует принимать во внимание. Нарушения психических функций и неадаптивные модели развития имеют специфические формы, которые отражают как историю предыдущих способов адаптации психической организации ребенка, так и задачи развития, характерные для каждой фазы. Классификация патологических проявлений младенчества и раннего детства, представленная в PDM-2, охватывает наиболее распространенные расстройства у детей грудного и раннего возраста. PDM-2 использует комплексный, многоосевой подход для классификации нарушений развития. Он включает в себя, прежде всего, функциональные эмоциональные особенности развития (Ось II), сенсомоторные особенности (Ось III), здоровые и патологические паттерны межличностных отношений (Ось IV), другие медицинские и неврологические диагнозы (Ось V). Эти диагностические характеристики осей со второй по четвертую являются составляющими

диагностической характеристики основной оси — первичного диагноза детского психического расстройства (Ось I).

Приведем схематический обзор многоосевого диагноза на основе PDM-2.

Ось I: Первичный диагноз психического здоровья ребенка. Данная ось описывает основные диагностические категории и типы расстройств, наблюдаемых в младенчестве и раннем детстве. При необходимости эти первичные диагнозы могут быть дополнены другими существующими диагностическими системами, такими как Международная классификация болезней, 10-я редакция (МКБ-10; Всемирная организация здравоохранения, 1992), Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 5-е издание (DSM-5; Американская психиатрическая ассоциация, 2013).

Ось II: Функциональные эмоциональные особенности развития. Данная ось описывает эмоциональное и социальное функционирование маленького ребенка, включая способности к фокусировке внимания, возможность интерактивного эмоционального регулирования и совместной деятельности, создание символов и идей, установление связей между идеями в структуре логического мышления.

Ось III: Способность к регуляции сенсомоторной сферы. Данная ось описывает профиль регуляции сенсомоторной сферы ребенка в терминах сенсомоторной модуляции и дискриминации сенсомоторных способностей, включая постуральный контроль и моторную регуляцию. Каждый ребенок обладает уникальным профилем регуляции сенсомоторной активности. Мы можем выделить континуум проявлений, от относительно нормальных изменений до расстройств. Последние становятся наиболее заметными, когда индивидуальные сенсомоторные особенности входят в противоречие с повседневными жизненными паттернами поведения и ожидаемыми возрастными эмоциональными, социальным, когнитивным способностями.

Ось IV: Паттерны межличностных отношений и их нарушения. Данная ось описывает характеристики интерактивных паттернов «младенец (ребенок) — опекун» и семейные паттерны взаимодействия. Отношения между родителями и детьми оцениваются с точки зрения моделей воспитания, интерактивных стилей и субъективного опыта. Они располагаются внутри континуума, от хорошо регулируемых взаимодействий до нарушения межличностных отношений.

Ось V: Другие медицинские и неврологические диагнозы. Крайне важно учитывать вклад каждой оси в комплексную оценку. Каждая ось помогает клиницисту не только сформировать общее представление о функционировании ребенка, но и понять роль, которую он играет в патогенезе. На расстройство питания, например, может влиять конкретная проблема вкусовой рецепции, которая делает ребенка уязвимым при употреблении новой

пищи. Нарушения пищевого поведения также могут быть обусловлены соматическим заболеванием, например таким, как гастроэзофагеальный рефлюкс (Ось V); или здесь может иметь место конфликтная модель отношений между ребенком и лицом, его воспитывающим (Ось IV). Каждое измерение может быть уникальным или преобладающим фактором, но учет разных измерений должен приводить к интегрированному диагнозу. PDM-2 ставит целью сделать так, чтобы клиницисты не фокусировались только на первичных диагнозах, а проводили клиническую оценку на основе всех пяти осей.

Клиническая оценка в младенчестве и раннем детстве — динамичный и непрерывный процесс, включающий несколько последовательных этапов. Начальные стадии предполагают диагностику одного или нескольких специфических расстройств — диагноз, отражающий уникальное развитие ребенка и индивидуальные различия в двигательных, сенсомоторных, языковых, когнитивных, эмоциональных и интерактивных паттернах. Клиницист должен учитывать психофизиологические и возрастные особенности ребенка, уровень эмоционального, когнитивного и социального функционирования; функционирование семейной системы; отношения взрослых с ребенком, а также модели их взаимодействия.

Прежде чем принять решение о первичном диагнозе, специалист должен полностью оценить все оси — качественно и количественно. Когда вся информация учтена, следует определить преобладающий паттерн. Клиницисты могут разработать свои, индивидуальные способы оценки состояния младенцев и детей младшего возраста. Любая оценка, однако, требует нескольких диагностических интервью, чтобы понять, как ребенок функционирует в каждой из оцениваемых областей развития.

Наблюдение за психическим функционированием младенца или ребенка

Уровень и качество социально-эмоциональных, когнитивных, языковых, межличностных, сенсорных и моторных способностей, которые можно исследовать с помощью методов наблюдения, таких как свободная игра и структурные измерительные методики.

Важное значение имеет непосредственное наблюдение за функционированием семьи (например, за динамикой семьи и родителей, отношениями между опекуном и ребенком и моделями их взаимодействия). Для оценки качества взаимодействий членов семьи могут использоваться и неструктурированные наблюдения, и стандартизированные процедуры. Кроме

того, здесь применимы клинические интервью с родителями. Они должны включать в себя оценку истории развития ребенка, характеристику его сильных сторон и трудностей, особенности самооценки родителей и выполнение ими родительской функции. Клиницист должен получить два уровня информации — «объективные» данные, такие как история болезни ребенка, и «субъективные» данные, в том числе эмоциональное состояние родителей, их оценка возможности выполнять свои обязанности. Важно оценить личностное функционирование того, кто осуществляет уход за ребенком, и качество его отношений с ребенком.

Детство

Этот раздел PDM-2 включает в себя обзор психических функций детей в возрасте от 4 до 11 лет. Его основная задача — предоставить клиницисту инструменты, необходимые для того, чтобы дать четкое клиническое описание диагноза и поместить его в соответствующий контекст развития. Основная концепция раздела предполагает, что каждый человек продвигается с разной скоростью в континууме психического развития, от одного этапа к другому, и это обусловлено взаимодействием между первичными индивидуальными особенностями ребенка и особенностями среды. В отличие от первой версии PDM, PDM-2 в целом сфокусирован на психопатологии детей и подростков, используя один и тот же многоосевой диагностический подход как для подростков, так и для взрослых.

Важно, что для детей в возрасте от 4 до 11 лет влияние «значимых других» является безусловным, ведь дети осознают себя в основном через идентификацию с родителями, братьями и сестрами. Доминирующей средой является семейная среда. Тем не менее даже маленькие дети имеют представление о том, что им нравится и не нравится, и о том, какими людьми они являются, например «я умный, красивый, послушный/непослушный». Их системы убеждений обычно заимствуются у окружающих взрослых. Особенно в ранней части этого возрастного диапазона дети гораздо менее ориентированы на перспективы своего будущего развития, чем подростки или взрослые. Их способность размышлять о последствиях своих действий не является ни полностью развитой, ни долгосрочной. Необходимо учитывать значительную изменчивость способов самоидентификации ребенка и нестабильность волевых и мотивационных проявлений. Эмпирически обоснованная оценка способностей детей в возрасте 4–11 лет является сложной и комплексной задачей, особенно для создания диагностического профиля, который будет определять клиническую формулировку и планирование лечения. Тщательная оценка личностного функционирования

ребенка требует времени и не может быть выполнена в течение одного интервью. Встреча с родителями или опекунами тоже очень важна для диагноста. Присутствие ребенка на этом собеседовании может быть и целесообразным, и нецелесообразным. Например, детям неуместно слышать информацию о драматической истории семьи или родителей, которую они ранее не слышали и которая может вызвать у них беспокойство. Присутствие родителя, вероятно, само по себе амбивалентно — способно помешать игре или беседе ребенка и клинициста, хотя способно снабдить врача полезной информацией о взаимоотношениях в семье, которую тот не смог бы получить в отсутствие родителя. В дополнение к собеседованию может быть полезным наблюдение за игрой ребенка со «значимым» взрослым или наблюдения врача, играющего наедине с ребенком.

Наблюдения со стороны школы или дошкольного учреждения тоже имеют ценность, поскольку любую всестороннюю оценку ребенка лучше осуществлять, используя разные источники информации. Клиницисты могут воспользоваться отчетами родителей и учителей и специализированными опросниками для детей. Данные этих психологических исследований могут и должны быть интегрированы с другими анамнестическими данными. Собранная информация используется для верификации актуального уровня функционирования ребенка, а также для составления релевантной истории болезни. Клинические наблюдения должны проводиться в разных социальных контекстах, таких как школа, дом и др. Кроме того, неофициальные отчеты приходят от других взрослых, регулярно общающихся с ребенком, таких как бабушки и дедушки, другие родственники, педиатры, учителя. Может возникнуть необходимость направить ребенка или подростка на комплексное психолого-психиатрическое обследование, включающее оценку когнитивных способностей и успеваемости, а также на нейропсихологическое обследование, обследование с использованием проективных методик и самоотчетов, отчетов родителей и учителей. Кроме того, необходимо привлечение комплексных батарей тестов.

Чтобы получить всестороннюю картину всех аспектов актуального уровня психологического функционирования ребенка, PDM-2 определяет следующие направления исследований психики ребенка:

1. Способность к саморегулированию, фокусировке внимания и обучению. Данная первичная способность позволяет ребенку одновременно выполнять несколько задач таким образом, чтобы это способствовало росту и развитию. Научный подход к анализу психического развития ребенка и его психопатологического аспекта рассматривает саморегуляцию и навыки, позволяющие ее достигать, как фундаментальные способности ребенка. Здесь рассматриваются когнитивные способности, которые позволяют ребенку осознать свое место в мире, анализируя многообразие доступной

информации. Оценивая эти способности, клиницист должен учитывать ряд факторов, формирующих способности ребенка по обработке информации в разных межличностных отношениях и социальных контекстах (дом или школа). Объектами исследования являются процессинг звуковой информации и языковых стимулов, обработка визуально-пространственной информации, сенсомоторный процессинг и модуляция; способность решать задачи отвлеченного и повседневного характера, память (рабочая, декларативная и недеklarативная); внимание; интеллект; обработка эмоциональных и социальных сигналов.

2. Способность к эффективной коммуникации в разных социальных контекстах. Здесь коммуникация включает в себя способность ребенка к эмоциональной регуляции, которая связана, но отличается от регуляции импульсов (поведенческие реакции). Ассимиляция внешнего информационного материала и возможность получения удовольствия от собственного тела включены в анализ этого аспекта функционирования. Клиницист должен следить за состояниями возбуждения, тем, как они проявляются у ребенка и как он с ними справляется. В этом контексте PDM-2 рекомендует специалисту ответить на ряд вопросов:

1. Насколько эффективно выражает ребенок определенные психологические состояния и реакции посредством собственного тела?
2. В какой степени ребенок владеет своим телом и его функциями, например вербальным и невербальным общением?

Клиницист должен наблюдать и описывать не только диапазон психических реакций, но и их богатство и глубину. Действительно ли ребенок стремится к контакту, или просто подражает кому-то, или выражает то, что, по его мнению, хочет от него получить психиатр, психолог или психотерапевт? Способен ли ребенок в игровой форме отобразить аффект? Может ли он логически связать события в рамках проигрываемого сюжета? Содержится ли тема сепарации в описании тех эмоциональных переживаний, о которых говорит ребенок?

3. Способность к ментализации и рефлексивному функционированию. Ментализация в психоаналитической теории означает способность трансформации первичных психологических процессов во вторичные. При оценке этой способности важны ответы на следующие вопросы:

Как ребенок может оценить психическое состояние других и себя? Каковы прогностические способности ребенка? Способен ли ребенок различать психическую (внутреннюю) и внешнюю реальность? Каким образом ребенок придает смысл своим действиям и другим людям в своем внутреннем мире? Может ли ребенок дифференцировать личные намерения, мысли от чувств других людей? Например, «мне грустно, но это не значит, что мои

друзья грустят». Или же ребенок действует на уровне «психической эквивалентности», то есть весь мир должен чувствовать то же, что и он.

4. Способность к дифференциации и интеграции (идентификации). Она предполагает возможность ребенка отличать внутренние представления, мотивы и эмоциональные состояния от внешних событий и переживаний других людей, а также способность устанавливать связи между внутренними представлениями о желаниях, эмоциях, селф (самость) и другие. Ранний детский опыт межличностных отношений и тип имевших место отношений детско-родительской привязанности играют здесь ключевую роль с точки зрения способности ребенка относиться к миру и людям, которые исследуются им, с базисным доверием.

5. Способность участвовать в межличностных отношениях и формировать близкие отношения. Способность ребенка участвовать в межличностных отношениях включает в себя характерный для ребенка способ формировать/не формировать отношения: отстраненный, аутистический и диадический стили.

6. Способность к созданию отношений в группе или возможный эгоцентрический способ завязывания отношений. Психодинамический подход уделяет значительное внимание «эмоциональной настройке» ребенка. Она прямо связана со способностью ребенка гибко и эффективно взаимодействовать с внешним миром. Ведь опыт эмоционального участия в межличностных отношениях является стимулом для развития у него чувства собственного достоинства. При построении диагностического профиля клиницист должен дать ответ на следующие вопросы: является ли селф (самость) ребенка источником удовольствия или боли и конфликта для него самого? Каким ребенок видит свое место в межличностных отношениях и как их сам оценивает?

7. Способность контролировать импульсы и осуществлять регулирование. В детстве недостатки этой способности могут приводить к немодулированным проявлениям агрессивности и отсутствию возрастного торможения в важных жизненных ситуациях, например дома, в школе или в игровой ситуации. Отсутствие адекватного контроля над импульсами может приводить к проблемам в обучении и отношениях со сверстниками. На другом конце этого спектра дети склонны к излишнему контролю в проявлении агрессии. Саморегуляция связана с особенностями темперамента ребенка, может использовать «усиленный контроль», который включает способность подавлять доминирующую ответную реакцию, активировать субдоминантную ответную реакцию, планировать и выявлять ошибки регулирования. Данный тип контроля включает в себя способность переключать и фокусировать внимание по мере необходимости, препятствовать ненадлежащему поведению. Он может побуждать к действию, когда есть сильное стремление

к избеганию. Усиленный контроль играет роль в саморегуляции, а также оказывает значительное влияние на внешнее функционирование личности. То есть этот тип контроля связан с экстернализацией личности ребенка и ее развитием, а также с разрешением внешних, вновь возникающих проблем, имеющих отношение к агрессии и подчинению. Он связан и с модулированием эмоций. Важно, что ребенок с нарушенным экстернализированным функционированием может иметь и проблемы с переносимостью негативных эмоций (например, печали), плохо справляться с беспокойством и чувством вины. Кроме того, он будет склонен управлять этим эмоциональным опытом посредством экстернализирующего поведения, например, приписывая вину другим, что способно повлиять как на его участие в учебном процессе, так и на социальное и эмоциональное развитие.

8. Способность к защитному функционированию. Первая опасная ситуация, с которой сталкивается младенец, — беспомощность. Фрейд предположил, что защитные процессы возникают на самых ранних стадиях психического развития и что они выполняют одну или несколько (из трех) функций: блокирование или торможение опасного психического содержания, искажение опасного психического содержания и/или экранирование и трансформация опасного психического содержания на противоположное. Анна Фрейд предложила концепцию иерархии защит и их возникновения в ходе психического развития. С этой точки зрения «примитивные» защиты используются очень рано, в то время как «высокоуровневые» появляются после установления постоянства объекта, когда ребенок может сохранять мысленный образ значимого взрослого, позволяющего ему чувствовать себя в безопасности, даже когда этого взрослого нет рядом. Взгляд на появление защит, с точки зрения развития личности позволяет понять контекст межличностных отношений, в котором они возникли, и сами проявления защитного поведения. Тип защитного поведения ребенка имеет решающее значение для организации его личности.

9. Способность к адаптации, проявлению устойчивости и силы. В детстве устойчивость может быть определена как способность сопротивляться внешнему травматическому воздействию, преодоление стресса или бедствий либо относительно хороший результат личностного функционирования, несмотря на трудности, способность сопереживать чувствам других людей, быть эмпатичным, видеть перспективу своих действий и сохранять уверенность в себе. Клиницисту следует учесть как защитные факторы, так и возможные стрессоры в жизни ребенка.

10. Способность к самонаблюдению (психологическая осведомленность). Психологическая осведомленность, то есть осведомленность о многообразии своих психических проявлений, проявляется у ребенка как результат развития абстрактного мышления, лучшее понимание себя, переживание

смешанных эмоций и восприятие точки зрения других. Клиницисты должны обращать внимание на консолидацию межличностных отношений, которая проявляется в любопытстве ребенка и его способности осмысленно упорядочивать разнообразные межличностные отношения. В случае детей младшего возраста также следует обращать внимание на истории, рассказанные во время игровых ситуаций. Отражают ли они способность к самонаблюдению и распознаванию эмоций? Может ли ребенок размышлять над полным спектром чувств или переживаний себя и других, включая тонкие различия в чувствах, и способен ли сравнивать их с более долгосрочным представлением о себе, соотносить свои эмоции с ценностями и жизненными целями? Проявляет ли ребенок искреннюю заинтересованность в понимании чувств и мыслей окружающих? Может ли он сохранить способность к саморефлексии, когда чувства сильны или когда он испытывает сильный стресс? Следует обратить внимание на ситуации, когда ребенок не может размышлять о своих чувствах или переживаниях даже в настоящем. Его самосознание может быть ограничено распознаванием лишь полярных эмоций, без идентификации эмоционального многообразия. Иногда может отсутствовать осознанность собственных эмоциональных проявлений, сопровождаемая фрагментацией интереса к другим или его полной утратой.

11. Способность конструировать и использовать внутренние стандарты и идеалы. Оценивая данную категорию, клиницисту важно оценить степень «резкости» или «жесткости» Суперэго ребенка. Например, ребенок с «резким» Суперэго — самокритичный, рвет на кусочки неудачную, по его мнению, работу после ее завершения. А ребенок с «жестким» Суперэго все многократно исправляет и переделывает в компульсивной манере. Есть дети, для которых функционирование Суперэго непостоянно — их реакции зависят от значения, приписываемого данному обстоятельству. В таких случаях клиницисты должны определить баланс конструктивных и деструктивных проявлений Суперэго, — если он существует. Например, следует диагностически оценить высказывания ребенка: «я могу сделать это снова» или «я всегда все делаю неправильно».

Подростковый возраст

Оценка психического функционирования имеет важное значение для постановки диагноза, планирования лечения и его реализации. Поскольку диагноз должен учитывать прогресс психических функций в процессе развития, оценка психического функционирования у подростков является более сложным процессом, чем аналогичная оценка у взрослых. PDM-2 описывает категории основных психических функций для подростков в возрасте 12–19 лет

с целью предоставить клиницистам инструменты, необходимые для создания четкого клинического описания-презентации каждого подростка и для ее включения в надлежащий контекст развития. В руководстве отмечается, что подростковый возраст — время больших перемен для молодежи на физическом, когнитивном, социально-эмоциональном и межличностном уровнях. Несмотря на то что каждый подросток является уникальной индивидуальностью, существуют многочисленные общие проблемы развития, с которыми каждый человек сталкивается в раннем, среднем и позднем подростковом возрасте. Их можно разделить на четыре широкие области: когнитивные изменения, движение к независимости, формирование идентичности с соответствующей системой моральных ценностей и отношение к сексуальности. В хронологическом отношении подростковый возраст можно разделить на три этапа: ранний подростковый возраст (12–14 лет), средний подростковый возраст (15–16 лет) и поздний подростковый возраст (17–19 лет; проблемы позднего подросткового возраста могут иметь место и в возрастной период после 20 лет). В PDM-2 психическое функционирование подростков рассматривается на основе 12 различных способностей, относящихся к разным уровням психологической адаптации — от более нарушенных до более функциональных. Хотя эти способности концептуально неодинаковы, они не являются несопоставимыми. Соответственно, психическое функционирование должно быть концептуализировано как единый, интегрированный набор процессов. PDM-2 также предусматривает процедуру психодиагностики, в соответствии с которой клиницисты могут по 5-балльной шкале указывать уровень каждой психической функции у конкретного подростка. Поскольку подростковый возраст имеет преемственность по отношению к детству и последующее развитие во взрослой жизни, руководство отсылает клиницистов к соответствующим разделам PDM-2. Хотя ни один диагностический профиль не может охватить весь спектр психической жизни, а категории, обобщенные для взрослых по оси М, выделяют ряд критических областей, освещающих сложность и индивидуальность психического функционирования человека, психодинамическая диагностика подросткового периода в PDM-2 базируется на релевантных осях и доменах диагностики взрослого периода, но имеет специфическую фокусировку на проявлениях подросткового психического функционирования.

Психодинамическое диагностическое руководство (PDM-2) — научно выверенное диагностическое руководство, которое по праву занимает свое место в одном ряду с другими диагностическими системами, представленными МКБ-10 и DSM-5. Ориентация на биографический контекст пациента, многообразие его межличностных отношений и социальную включенность позволяет специалисту в области психического здоровья

дополнить дискриптивный, симптоматический подход к болезни пациента гуманистическим пониманием уникальности его личности.

Контрольные вопросы

1. Каковы теоретические источники Психодинамического диагностического руководства (PDM-2)?
2. Как можно раскрыть утверждение: «PDM-2 стремится быть “таксономией людей”, а не “таксономией психических расстройств”»?
3. Как клиницист может оценить способность ребенка к эффективной коммуникации в разных социальных контекстах?
4. Как клиницист может оценить способность ребенка к ментализации и рефлексивному функционированию?
5. В чем особенность психодинамической диагностики подросткового периода в PDM-2?

Рекомендуемая литература

1. *Мак-Вильямс Н., Линджарди В.* Руководство по психодинамической диагностике. PDM-2: В 2 т. — М.: Класс, 2019.
2. *Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. — М.: Класс, 1998.
3. *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2 / edited by Vittorio Lingiardi, Nancy McWilliams.* Second edition. | New York : The Guilford Press, [2017]
4. *PDM Task Force. (2006). Psychodynamic Diagnostic Manual.* Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations. Published by the Alliance of Psychoanalytic Organizations Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) 10125 Colesville Road, Suite 194 Silver Spring.

Глава 8. Шизофрения

Э. Г. Эйдемиллер, С. Э. Медведев, А. Э. Тарабанов

1. Определение. Шизофрения — заболевание (расстройство по МКБ-10), протекающее с психотическими симптомами позитивного и негативного регистров; наиболее характерными среди них являются нарушения ассоциативных процессов, уплощение аффекта и эмоциональная холодность, аутизм и амбивалентность побуждений и поступков («4 А» Э. Блейлера: Ассоциации, Аффект, Аутизм, Амбивалентность). Этиология до настоящего времени неизвестна, но считается, что генетические факторы обуславливают сам факт появления и проявления расстройства, а симптоматика в определенной мере обусловлена психодинамическими факторами.

В настоящее время название и сущность расстройства «шизофрения» вызывает много критики, но 50 % опрошенных психиатров настаивают на сохранении термина, а 50 % выступают против (Н. Г. Незнанов, И. А. Мартынихин, С. Н. Мосолов, 2019). Основанием для разногласий является патоморфоз клинической картины расстройства, разная социальная судьба заболевших, среди которых немало вполне приспособленных к жизни людей. Сочетание лекарственной терапии с психотерапией часто обеспечивает длительную и качественную ремиссию. Однако аутизм как основной признак болезни сохраняется у всех пациентов.

2. Краткий исторический экскурс. В 1857 году клинику шизофрении описал бельгийский психиатр Бенедикт Морель (1809–1873), впервые используя термин «раннее слабоумие» (*démence précoce*).

В 1898 году немецкий психиатр Эмиль Крепелин (1856–1926) выделил самостоятельный нозологический класс психических заболеваний, начинающихся в подростковом возрасте под названием «раннее слабоумие» (*dementia praecox*). Для выделения этой формы психического заболевания Крепелин руководствовался критериями нозологической формы, которые сформулировал Вильгельм Гризингер (1817–1868): единство этиологии, симптоматики, течения и патанатомии.

В 1911 году швейцарский психиатр Эйген Блейлер (1857–1939) предложил термин «шизофрения» (от двух греческих корней: «схизис» — расщепление и «френия» — душа), обозначив главный признак этого заболевания — расщепление единства психики.

Шизофрения — термин, заимствованный из немецкого языка. В отечественной психиатрии долгое время существовал термин «схизофрения».

3. Диагностика и клиника. Диагноз шизофрении основан на изучении феноменологии, анамнеза болезни и жизни, а также особенностей семейного контекста, наблюдении за поведением пациента и самоописания собственных переживаний.

Основными методами диагностики являются клинический, клинико-биографический, клинико-психотерапевтический и клинико-психологический.

Для диагностики шизофрении у детей следует знать, что в их клинической картине преобладают симптомы регресса, диссоциативного дизонтогенеза и дизонтогенеза по типу асинхронии (В. В. Ковалев, 1979, 2013), кататонические расстройства. Бредовые расстройства представлены рудиментарно, в виде страхов. В последнее время отмечается тенденция систематизации бредовых переживаний у детей младшего школьного и младшего подросткового возраста.

Симптомы шизофрении могут быть представлены шестью группами (Г. Каплан, Б. Сэдок, 1996; Э. Г. Эйдемиллер, 2001):

А. Снижение общего функционирования

У детей снижается имевшаяся до болезни активность, появляется равнодушие — апатия — к тем видам деятельности, которые ранее вызывали интерес (игрушки, игры, приготовление уроков и др.).

Б. Патологическое изменение содержания мышления

Стойкие систематизированные или рудиментарные бредовые идеи, бред отношения, бред преследования и бред чужих родителей.

В. Расстройства мышления

Инкогерентность (бессвязность), разорванность, разрыхление ассоциаций, соскальзывания, обрывки мыслей, обстоятельность, эхолалия.

Г. Искажение восприятия

Галлюцинации — зрительные, обонятельные, тактильные, слуховые и др.

Д. Аффективные изменения

Обеднение, притупление и уплощение эмоций, эмоциональная холодность, дурашливость, неадекватность эмоций, снижение аффекта, эйфория, мания и др.

Е. Нарушения моторики

Застывание в позах, автоматическая походка, нарушения осанки и позы, нарушения мимики, амимия, стереотипии и др.

По мнению В. М. Башиной (1999), шизофрения, возникающая в период жизни от 0 до 7–10 лет, может рассматриваться по МКБ-10 в рубрике «Общие расстройства развития» (F-4) и подрубрике «Детский аутизм» (F84.0).

Для диагностики шизофрении необходимо соответствие признаков нескольким требованиям:

1. Длительность расстройства — 1 месяц и более (по МКБ-10).
2. Набор обязательных симптомов, которые представлены в шести группах (см. Г. Каплан, Б. Сэдок, 1996).

Этиология. Этиология шизофрении неизвестна. В силу этого ее этиопатогенез лучшим образом объясняет так называемая модель диатез-стресс, согласно которой для возникновения заболевания необходимо как наличие специфической уязвимости индивидуума (диатеза), так и действие стрессора окружающей среды.

Стрессор может быть биологическим — инфекция, интоксикация (алкоголь, гашиш), но может быть и психосоциальным — дисфункция семейной системы.

Долгое время считалось, что шизофренный диатез имеет биологическую основу в виде генетической предрасположенности.

Шизофренный диатез и риск заболеть шизофренией пропорционален степени родства и количеству заболевших в роду. Заболевают 46 % лиц с двумя больными родителями или при наличии однойцового сиблинга, причем конкордантность тем выше, чем острее проявления болезни (Ю. В. Попов, В. Д. Вид, 2006).

Коррекция представлений о генетической природе шизофрении. Современные генетические исследования показали, что многие так называемые гены повышенного риска шизофрении были связаны и с другими психиатрическими расстройствами — биполярным расстройством, депрессией и даже синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

В исследовании с применением технологии полногеномного поиска ассоциации (genome — wide association studies, GWAS) оказалось, что число выявленных полиморфизмов с возможной ассоциацией с шизофренией превысило 1500 (на выборке из 170 000 человек). При этом в общей популяции они встречались недостаточно часто для их использования в предиктивных целях.

Корреляция общего значения полигенного риска с конкретными генами или наборами генов не превышала статистической погрешности (Э. Тори, Р. Улкен, 2019). По мнению авторов, шизофрения, как и практически все заболевания человека, имеет генетические предпосылки, но следует поставить под сомнение взгляд на шизофрению как на преимущественно генетическое заболевание.

Инфекционная природа шизофрении. У исследователей вызывает интерес влияние инфекционного агента в происхождении шизофрении, а также микробиом.

Ранее в СССР многие психиатры считали, что шизофрения обусловлена инфекцией, поэтому в стационарах пациентам назначали тонзилэктомию и тщательно исследовали соматическую сферу.

В качестве одного из инфекционных агентов ученые рассматривают токсоплазмоз (*Toxoplasma gondii*). Было достоверно установлено, что у носителей токсоплазмы риск развития шизофрении в 1,8–2,7 раза больше, чем в общей популяции (Э. Тори, Р. Улкен, 2019). Хотя надежная корреляция шизофрении и токсоплазмоза пока не доказана.

Микробиом — совокупность микроорганизмов, расположенных на слизистых оболочках людей и животных. Микробиом наследуется от матери во время родов и после них. Другие члены семьи тоже передают микроорганизмы в первые месяцы жизни ребенка.

Особенности микробиома влияют на поведение и когнитивные особенности животных и людей посредством оси «кишечник — мозг — иммунитет».

При шизофрении обнаружены выраженные изменения микробиологического состава желудочно-кишечной и рото-глоточной микробиоты по сравнению со здоровыми испытуемыми.

Среди нейрохимических гипотез происхождения шизофрении наибольшее распространение получила концепция гиперактивности допаминовых систем, что подтверждается в эксперименте — тем, что препараты, блокирующие допаминовые рецепторы, наиболее эффективны при купировании симптомов заболевания.

В последнее время уделяют внимание глутаматергической системе.

Нейроморфологические нарушения представлены структурной дефицитностью префронтальной зоны (В. Н. Краснов, 2018).

Данные ЭЭГ указывают на повышенную чувствительность пациентов к сенсорной стимуляции, которая сопровождается торможением переработки информации на высшем корковом уровне (Ю. В. Попов, В. Д. Вид, 2006).

Таким образом, этиопатогенез шизофрении, как и многих других заболеваний, по своей природе является полиморфным.

В итоге получается, что шизофрения может быть заболеванием, в этиологии которого внешние факторы, инфекционной либо иной природы, играют основную роль, но именно генетические факторы определяют степень подверженности им. Наследственный риск в таком случае будет составлять около 30 %, но никак не 80 % (Э. Тори, Р. Улкен, 2019).

Эпидемиология. Пациентов, страдающих шизофренией, среди населения 1,1 % мужчин и 1,9 % женщин. Ежегодно диагностируется один новый

случай на 1000 человек. Шизофрения чаще всего проявляется между 15 и 35 годами.

Ранее считалось, что начало заболевания в возрасте до 10 лет нетипично, но в последние годы в России дебют шизофрении у детей младше указанного возраста становится все более частым в структуре заболеваемости психозами.

Отмечена одинаковая заболеваемость в разных социально-экономических группах.

Теория «социального дрейфа вниз» утверждала, что пациенты, страдающие шизофренией вследствие нарастающих изменений личности, имеют тенденцию к постепенному переходу в более низкие социально-экономические слои общества, независимо от того, к какому социально-экономическому классу они принадлежали ранее.

Однако наши исследования показали, что в случае применения семейной психотерапии в сочетании с биологической терапией отмечается повышение уровня социальной компетенции пациентов (Э. Г. Эйдемиллер, С. Э. Медведев, 2012).

Социокультурный и психодинамический факторы стресса

Генри Салливан предложил свой подход, отличный от подхода традиционного психоанализа, к пониманию природы психических заболеваний — «интерперсоналогический» (Г. Салливан, 1946, 1953, 1956). По его мнению, шизофрения у детей — непосредственное проявление патологических взаимоотношений между детьми и их родителями (родители, по определению автора, — значимые взрослые). Патологизирующие интерперсональные отношения в системе «значимые взрослые — ребенок» препятствуют установлению примирительной формы реагирования, вызывают у детей чувство тревоги (нарушается нормальное развитие того, что Салливан называет «системой-Я»). Пациент, страдающий шизофренией, приходит к нарушенному толкованию интерперсональных отношений («паратаксическое нарушение») и в конце концов может утратить способность к «согласованным утверждениям» — способность убеждать других в обоснованности своих намерений. Когда тревога усиливается и развивается состояние психотической паники, ранний жизненный опыт, отделившийся от сознания и ставший частью того, что Салливан называет «не-Я», возвращается в сознание в виде символов (психотических симптомов), еще сильнее пугая пациента.

Основные положения традиционного психоанализа, взгляды Салливана (Г. Салливан, 1953) и близкие к ним идеи Мартина Бубера (М. Бубер, 1953), а также положения теории «символического интеракционизма» социального психолога Дж. Мида (Дж. Мид, 1934) явились отправной точкой для С. Ариети, по мнению которого нормальное развитие новорожденного гарантируется двумя основными состояниями: удовлетворения потребности и чувства безопасности (С. Ариети, 1955, 1959). Приученный к тому, что взрослые делают только приятное, ребенок начинает им доверять. Постепенно между родителями — значимыми взрослыми — и ребенком устанавливается взаимное доверие (в частности, между матерью и ребенком), ребенок усваивает доверие взрослых и начинает верить себе («отраженное утверждение» по Салливану). Эта атмосфера — сначала «удовлетворение», затем «безопасность» — облегчает проникновение в ребенка символического мира других людей: отношений, чувств, значений, исходящих от матери слов. Мартин Бубер ввел понятия «Я-Ты», соответствующие терминам Салливана «Мне-Тебе». Это значит, что без окружающих и доверия к ним «Я» не может развиваться (не может быть «Я» без «Ты») (М. Бубер, 1953).

У будущего пациента, страдающего шизофренией, семейная атмосфера такова, что процесс развития «Я» искажается с первых моментов жизни. Состояние удовлетворения и безопасности заменяется ситуацией напряжения и тревоги. Во многих случаях ребенок лишен удовлетворения своих потребностей (эмоциональная депривация) и чувства безопасности. «Ты» в семье «шизофреника» является носителем угрозы и тревоги. Так закладывается шизофреническое расщепление (постоянно проявляющееся неполное принятие «Ты» или социального «Я»). «Ты» имеет тенденцию оставаться неинтегрированным или диссоциированным, легко воплощающимся под воздействием стрессовых нагрузок в формы проекции и галлюцинации. Трудности в восприятии «Ты» проявляются у детей в аутизме. Неприятные образы окружающей действительности подавляются сознанием, но всегда с трудом и непрочно. Плохие образы, часто связанные с матерью, приобретая символические формы, всплывают в сознании. Образ собственного «Я» у пациента, страдающего шизофренией, тоже лишен определенности из-за того, что он чувствует себя отвергнутым обоими родителями и не может отождествить себя с кем-либо из них. Родители, замечая трудности ребенка, порождают вторичную тревогу, усугубляющую его болезненное состояние. Основными недостатками концепции Салливана — Ариети является схематизм и игнорирование биологических основ психических расстройств. Близкой к позиции Салливана и Ариети является концепция К. Хорни и ее последователей (К. Horney, 1945, 1952; C. Scheiner, 1957; Дж. J. Rubins, 1967, 1968; E. Kilpatrick 1968), хотя она и отличается большей широтой подхода,

привлечением внимания к разным биологическим факторам (теоретическое допущение роли конституциональных предрасположений).

Эта концепция базируется на четырех принципах: «холистическом», функциональном, динамическом и личностном.

«Холистический» принцип сводится к тому, что личность рассматривается в своей интегральной целостности, действующая в определенной среде и под воздействием всех внешних и внутренних факторов, которые влияли и влияют на нее.

Функциональный принцип рассматривает личность как сумму сформировавшихся привычек, поведенческих стереотипов, биологических и социальных потребностей, отношений к себе и окружающим, самооценок и других факторов.

Динамический принцип подразумевает, что каждый из вышеназванных элементов представляет собой силу, рожденную человеком и действующую на него, вызывая ответные реакции, требуя либо действия, либо бездействия.

Личностный принцип — это универсальность и неповторимость бытия каждого пациента. Определенные нарушения, в том числе конституциональные, межличностной сферы (например, в родительской семье) в сочетании с внутренней предрасположенностью порождают либо невротические, либо защитные реакции. Аутизм у пациента, страдающего шизофренией, есть результат холодного отношения родителей к ребенку (Е. Kilpatrick, 1968). У детей с определенной предрасположенностью к шизофрении дезорганизованность семейной среды и противоречивость в коммуникациях ее членов затрудняет способность интегрировать составные элементы своего внутреннего мира и адекватное реагирование психики на импульсы окружающей среды, что сопровождается нарастающей паникой и смятением (S. Scheiner, 1957). Теоретическое допущение роли некоторых биологических факторов в патогенезе психических расстройств, в частности шизофрении, делает данную концепцию более соответствующей нуждам клинической психиатрии. Признание единого патогенеза как для психозов, так и для болезненных изменений личности (неврозов, аффективных реакций, психопатий и психопатических развитий), идущее от традиционного психоанализа З. Фрейда, прослеживается в концепциях и Салливана — Ариети, и Хорни.

Работы З. Фрейда, А. Мейера, Г. Салливана, К. Хорни и С. Ариети, считающиеся в англо-американской психиатрии классическими, дали теоретический базис для многочисленных исследований семей пациентов, страдающих психическими расстройствами. Конкретные исследования явились результатом осмысления данных, которые были накоплены с 1930-х по 1950-е годы. Именно в этот период появились исследования семейного окружения лиц, страдающих алкоголизмом, а также преступников, психопатов, больных различными психозами (J. P. Spiegel, N. W. Bell, 1959).

Исследовались личностные особенности родителей и типы взаимоотношений, причем поведению родителей в семье и их взаимодействию придавалось гиперболизированное значение универсального, почти единственного этиологического фактора в возникновении шизофрении (J. Kasanin, E. Knight, P. Sage, 1984; F. Fromm, Reichmann, 1948, 1950, 1954; T. Tietze, 1949). Были введены понятия «шизофреногенной матери» (F. Fromm — Reichmann, 1948) и «шизофреногенного отца» (T. Tietze, 1949; T. Lidz, B. Parker & A. Cornelison, 1959).

Обследование матерей, дети которых впоследствии заболели шизофренией, выявляло у многих из них такие черты, как поверхностность, неуверенность, ригидность и стремление к доминированию (F. Fromm — Reichmann, 1948; T. Tietze, 1949). С. Ариети приводит характеристики матери пациента, страдающего шизофренией (с чем согласились многие американские психиатры): сверхпокровительственная, враждебная, сверхтревожная, отвергающая, холодная, сдержанная (S. Arieti, 1959). Он считал, что в большинстве случаев мать будущего пациента, страдающего шизофренией, занимала либо чрезвычайно отвергающую позицию в отношении своего ребенка, либо окружала его излишней тревожной заботой (S. Arieti, 1957). Об отцах, чьи дети страдали шизофренией, прозвучало суждение, что они отличались заботливостью и склонностью проводить все свободное время в пределах семьи, но были очень пассивны и оказывались совершенно неспособны вмешиваться в отношения матери и воспитываемого ею таким образом, принадлежащего только ей ребенка (T. Tietze, 1949). С. Рейчард и К. Тилман, описывая «шизофреногенного отца», наоборот, подчеркивали такие личностные черты, как стремление к командованию, садизм по отношению к ребенку, что считалось компенсацией внутренней слабости и неуверенности (S. Reichard & C. Tillman, 1950). Жена такого мужа отличалась пассивностью, зависимостью.

Наиболее полно особенности взаимоотношений в семьях пациентов, страдающих шизофренией, отражены в исследованиях Т. Лидса и его сотрудников, которые проводились в психиатрической клинике Йельского университета (R. W. Lidz & T. Lidz 1949; Cornelison et al., 1957; T. Lidz, A. Cornelison et al., 1958a; T. Lidz, 1958; T. Lidz, 1959; T. Lidz and S. Fleck, 1960; T. Lidz, 1963). Семья, в которой формировалась личность будущего пациента, страдающего шизофренией, отличалась тем, что родители не были способны дополнять и помогать друг другу. В такой семье отсутствовали умение принимать общее решение, единство взглядов, взаимное доверие. Для «шизофреногенных семей» оказались характерными соперничество родителей, постоянные угрозы развода и привлечение ребенка на свою сторону в семейных конфликтах. Как правило, семья распадалась на две враждующие фракции («супружеское расщепление»). Другая ситуация, часто наблюдаемая в семьях пациентов,

страдающих шизофренией, о которой ранее упоминал Ариети (С. Ариети, 1955), была обозначена Лидсом как «супружеский перекося» — комбинация властной, враждебной матери, которая подавляет потребность ребенка в самоутверждении, и зависимого, слабого, пассивного отца. Несколько реже встречалась противоположная ситуация: муж-тиран и зависимая от него слабохарактерная жена, не способная, в силу несвободы, дать достаточно любви ребенку. Во всех вышеперечисленных работах преморбидная личность пациента, страдающего шизофренией, расценивалась как шизоидная, что коррелировало с гиперпротекционистским типом воспитания, подавлением, эмоциональной депривацией. Механизмом «шизофреногенного» влияния семьи на ребенка, гиперпротекцией в сочетании с отверганием объясняются такие проявления в сексуальной сфере некоторых пациентов, как гомосексуальность и инцест (S. Arieti, 1959; Ch.W. Wahl, 1960, Э. Г. Эйдемиллер, 1994). В выборке из 32 семей подростков с диагнозами «шизофрения» и «шизотипическое расстройство личности» в анамнезе были обнаружены шесть случаев инцеста. Таких нарушений могли бы выявить и больше. Однако, согласно справедливой критике сотрудников Центра Анны Фрейд в Лондоне, где проходил обучение Э. Г. Эйдемиллер, российские психиатры уделяют недостаточное внимание сексуальной жизни пациентов.

По мнению Бейтсона и его соавторов (Г. Бейтсон, Д. Джексон, Дж. Хейли и Дж. Уикланд, 1956, 1958), основным механизмом, приводящим к развитию шизофренического типа реакции, было наличие «двойной связи» (double bind) в коммуникациях пациента с доминирующим родителем. Большой интерес представляет исследование семей, в которых воспитывались будущие пациенты, страдающие шизофренией, параллельно с наблюдением за контрольной группой здоровых лиц и их семейного окружения (С. Т. Прутт и М. А. Уайт, 1951; J. C. Mark, 1953). Подчеркивалось, что в семьях здоровых лиц матери отличались критическим восприятием действительности, реже наблюдалось чрезмерно контролирующее гиперпротективное воспитание детей.

По воспоминаниям известного отечественного психиатра Дмитрия Сергеевича Озерецковского, автора первой в мире монографии «Навязчивые состояния», П. Б. Ганнушкин на своих клинических разборах говорил, что в семьях пациентов, страдающих шизофренией, часто наблюдается сочетание родителей — стеник и астеник.

Новый этап исследования семей пациентов, страдающих шизофренией, начиная с 1960-х годов характеризовался постепенным отказом от взгляда на семейную среду как на единственный этиологический агент и привлечением данных клинко-генетических, биохимических и эпидемиологических исследований, которые проводились на более значительных контингентах больных и обязательно в сравнении с контрольной группой здоровых лиц,

с привлечением статистических методов обработки полученных результатов (И. О. Аланен, 1960, 1967; И. О. Аланен, Р. Виитаваки, 1964; С. А. Медник, 1967, 1968; Д. Розенталь, 1968; И. О. Аланен, 1971; С. Кэти, Д. Розенталь и др., 1971; Д. Розенталь, 1971). Была сформулирована «полигенная теория» шизофрении (И. О. Аланен, 1971), объясняющая шизоидные особенности личности пациента, страдающего шизофренией, аутистические установки и продуктивную психопатологическую симптоматику сложным взаимодействием генетических и социокультурных факторов, включая семейные. Аналогичной точки зрения придерживаются М. Блейлер и С. Ариети (М. Блейлер, 1973; С. Ариети, 1974). По-прежнему семья, в которой воспитывался будущий пациент, характеризуется как замкнутая микрогруппа, членов которой отличают холодность, ригидность и дезинтегрированность отношений, маскируемая псевдосолидарностью, жестким распределением ролей и неудачным взаимодополнением (L. C. Wynne et al., 1967). В то же время «псевдосолидарные» отношения внутри семьи считаются вторичным фактором, выявляющим, провоцирующим и модифицирующим конституциональные предрасположения к шизофрении (Н. W. Dunham, 1971). Х. Хайнер и С. Тросторф обнаружили и у пациентов, страдающих шизофренией, и у их родственников тяжелые личностные нарушения — от невротических и психопатических до расстройств психотического спектра (Н. Hainer, 1972; S. Trostorf, 1973). Шизоидная личность, воспитывавшаяся в условиях аффективной депривации при стрессовых нагрузках, какими являются начало обучения в школе, половые метаморфозы, начало трудовой деятельности, за счет низкого порога возбуждения и генерализации ответных реакций дает сильные аффекты тревоги и параноидное восприятие окружающего мира (С. А. Медник, 1968; И. О. Аланен, 1971). Исследователи обнаружили, что родители, как правило, последними узнают о развитии психического заболевания у ребенка, а их ирреальные толкования первых симптомов психоза и ответные реакции способствуют еще большему отходу пациента, страдающего шизофренией, от окружающей действительности (D. Feldes & O. Bach, 1970; Y. Sakamoto & K. Yokoyama, 1967; Y. Sakamoto, 1969).

Наконец, следует упомянуть ряд исследований, в которых описаны специфические взаимоотношения в семьях пациентов, страдающих шизофренией, но считается, что они не имеют решающего значения (особенно по сравнению с генетической предрасположенностью) и даже возможность патопластического участия семьи в формировании шизофренической симптоматики трактуется с большой осторожностью (Г. Каплан, Б. Сэдок, 1971; К. Диболт, 1972; Дж. Карлсон, 1974). Обстоятельное исследование с применением статистических методов обработки результатов не выявило существенных различий некоторых параметров межличностного взаимодействия

в семьях пациентов, страдающих шизофренией, и в семьях здоровых детей (N. E. Waxler & E. G. Mischler, 1966). Критической позиции по отношению к ведущей роли семейных отношений в генезе шизофрении придерживается К. Н. Куперник (1972). На ранних этапах развития психиатрии в нашей стране внимание ученых мало привлекали социопсихологические аспекты эндогенных психозов. Из немногочисленных исследований, выполненных в 1920–1930-е годы, следует упомянуть работу, которую провел коллектив авторов по инициативе сподвижника В. М. Бехтерева — доктора Н. Я. Смелова (С. А. Сокольская, Ф. И. Гринштейн, В. Мошинская, 1929). В ней, в частности, были рассмотрены некоторые условия семейной жизни пациента, страдающего шизофренией, в качестве фактора, компенсирующего и декомпенсирующего течение болезни. В статье М. П. Кутанина о психогенезе шизофренических заболеваний (1935) обсуждалась возможность применения некоторых положений концепций З. Фрейда.

«Симптоматика шизофренического процесса отражает как собственно церебральную патологию, так и вторичные личностные реакции — специфические и неспецифические» — такова основная идея работы Е. С. Авербуха (1966). Более решительно в пользу психогенеза шизофрении высказывался А. Д. Зубарашвили (1973): «Мы разделяем установку, что раннее неблагоприятное семейное влияние (“сиротство души”) может стать причиной шизофренической предрасположенности, причем отрицательное влияние в большей степени распространяется на девочек».

А. В. Снежневский (1972), формулируя концепцию *nosos* и *pathos* шизофрении, подчеркивал заслугу Е. Кречмера, Е. Блейлера, Й. Берце и других исследователей в том, что те «обнаружили и описали наличие почвы (истоков) в виде шизоидии, латентной шизофрении, на которой под влиянием еще неизвестных нам условий кристаллизуется в ограниченном числе случаев шизофренический процесс». Есть вероятность, что одним из таких условий может быть система специфических взаимоотношений в семьях пациентов. Касаясь проблемы биологического и социального взаимодействия, В. В. Ковалев (1973) трактовал патологическую зависимость страдающего шизофренией ребенка от матери как защитно-компенсаторную реакцию, вызванную дисгармоническим соотношением в онтогенезе явлений психической акселерации и частичной ретардации в психомоторной области. Личностная динамика непроективной природы тесно сплавляется в клинической картине с продуктивной и негативной симптоматикой.

Обстоятельные систематические исследования социопсихологических аспектов семейной жизни пациента, страдающего шизофренией, в связи с задачами реадaptации и реабилитации начаты относительно недавно (М. М. Кабанов, 1971; С. С. Либих, 1971; С. В. Днепровская, 1971; В. М. Во-

ловик, 1973). В работах М. М. Кабанова (1971, 1995) и С. С. Либиха (1971) подчеркивается мысль, что подлинная реадaptация невозможна без попыток изменить патологические взаимоотношения в семье, устранить ирреальные оценки пациента, страдающего шизофренией, и непосильные для него требования. Опыт комплексного лечения пациента, страдающего шизофренией, включая семейную психотерапию, показал, что худшие результаты лечения наблюдались у больных из «гиперпротективных и хаотических семей» (В. М. Воловик, 1973, 1984).

Исследования, посвященные роли семьи в патогенезе шизофрении, сыграли значительную роль в развитии семейной психотерапии. Среди них следует указать следующие работы: Д. Леви (1932, 1938); Дж. Казанин, П. Сэйдж (1934); Л. Десперт (1938); Д. Жерар, Ф. Сигель (1950), где внимание было обращено на своеобразие взаимоотношений в семьях пациентов, страдающих шизофренией, и сделаны попытки проследить роль семьи в этиологии болезни. Последующие исследования охватили широкий круг аспектов жизнедеятельности семьи пациента, страдающего шизофренией: изучались особенности коммуникации и ролевые ожидания в семье, соотношение эмоциональных и когнитивных процессов, уровень конфликтности, распределение влияния между членами семьи, взаимосвязь с окружающим миром и т. д. (Т. М. Мишина, 1978; О. Бах, 1976; Ф. Баркер, 1981).

Ряд направлений проведенных исследований

Сальвадор Минухин, изучив исследования американских аналитически ориентированных семейных психотерапевтов, пришел к выводу, что считать семейную дисфункцию единственной этиологической причиной шизофрении необоснованно, но зато «родилась семейная психотерапия».

В 1976 году Э. Г. Эйдемиллер описал семью больного шизофренией как «ригидную псевдосолидарную». В таких семьях семейные роли фиксированы, внешние границы жесткие и непроницаемые, внутренние — размытые, а консолидирующая эмоция семьи — тревога.

Разумеется, в таких семьях вырастают как пациенты, страдающие психическим расстройством, так и здоровые лица.

Таким образом, этиологической причиной шизофрении являются биологические факторы, а этиологическим условием — семейная дисфункция (Э. Г. Эйдемиллер, 2005).

Реорганизация и оздоровление ближайшей социальной среды пациента

Психическое заболевание одного из членов семьи (особенно такое серьезное, как шизофрения) оказывает неблагоприятное воздействие на всю семью. Общие направления этого воздействия были рассмотрены выше — нарастание нервно-психического напряжения; отрицательное мотивационное воздействие личности и поведения пациента, страдающего шизофренией, на других членов семьи; нарушение семейных взаимоотношений (в частности, возникновение в них «функциональных пустот»), снижение социального статуса семьи в целом и ее членов; чувство вины, тревоги, неудовлетворенности в семье. Неблагоприятным может быть и воздействие семьи на самого пациента. Взаимоотношения в семье нередко еще до заболевания серьезно нарушены, поэтому необходимо работать со всеми ее членами. Направления данной работы в основных чертах были рассмотрены ранее: обеспечение более глубокого понимания членами семьи психологических особенностей пациента, усиление семьей своего влияния на него (нахождение «подхода») и мотивационной перестройки; обеспечение помощи социального окружения и организация сотрудничества с медицинскими работниками. От того, в какой мере семье удастся решить эти проблемы, в конечном счете зависит, какое влияние на нее окажет заболевание одного из ее членов. В одном случае оно приведет к сплочению семьи и концентрации ее активности (конструктивное развитие), в другом — к ослаблению сплоченности и нарастанию конфликтности взаимоотношений.

Деструктивное развитие семейных взаимоотношений проявляется в искажении картины болезни у самих пациентов и членов их семей, нарастании конфликтности, игнорировании признаков болезни (В. Я. Костерева, 1978). О двойственности реакции семьи на появление в ней пациента, страдающего шизофренией (о возникновении либо конструктивного, либо деструктивного развития), свидетельствуют исследования, где показано, что, реагируя на болезнь, семья либо консолидируется и создает условия, благоприятствующие ремиссии, либо внутри нее усугубляется раскол и изоляция пациента (А. Сзалита, 1968).

Одна из распространенных форм работы — группа, включающая членов семьи пациента, страдающего шизофренией, и в частности, родительская. Многие авторы указывают на значительный эффект, который дает психотерапевтическая работа с членами семьи пациента. Интересен опыт исследователей, работавших под руководством В. М. Воловика (1983): они создавали смешанные родительские группы, которые условно назывались «родительскими собраниями» и включали 8–10 человек.

Занятия проводились в среднем два раза в месяц. Основные вопросы, обсуждавшиеся в такой группе, — понимание семьей состояния пациента, страдающего шизофренией; оценка его возможностей; динамика отношений внутри семьи и с внесемейным окружением в связи с психическим заболеванием члена семьи. Значительный опыт работы с такими группами имеется и за рубежом (Р. Баттегей, П. Рорбах, 1966; Р. Баттегей, Р. Маршалл, 1986).

Известные швейцарские психиатры и психотерапевты в своем исследовании так характеризуют динамику подобных групп: «Группа родственников, которая вначале имела трудности, обнаруживает развитие, сходное с группой пациентов. Вначале родственники были склонны видеть множество недостатков у больных членов семьи. Однако постепенно они оказывались в состоянии увидеть свою собственную недоверчивость по отношению к больным, склонность к гиперопеке, затрудняющую их развитие, “двойную связь” в коммуникациях с ним и т. п. Родственники переставали скрывать свои проблемы, постепенно формировалась атмосфера сплоченности, взаимного доверия и поддержки. Родственники оказывались в состоянии говорить о трудностях контакта с пациентами, а также о собственных психологических трудностях, которые возникли в связи с болезнью члена их семьи» (Р. Баттегей, Р. Маршалл, 1986).

В настоящее время большую популярность среди исследователей и семейных психотерапевтов шизофрении получила концепция «экспрессивной эмоциональности» (ЭЭ) — *expressed emotions*.

В семьях пациентов, страдающих шизофренией, отмечается специфический стиль поведения родителей, устойчиво характерный для них как в момент создания семьи, так и в момент рождения ребенка, который в будущем заболеет, но заметно усиливающийся при заболевании ребенка: подавление спонтанности, безоговорочное подчинение лидеру семьи (часто матери), переживание отчаяния и стеничности, которые сопровождают усилия членов семьи по преодолению болезни и восстановлению его здоровья.

В этой связи родителями предпринимаются неэффективные попытки совладать с болезнью ребенка. Это доминирующая гиперпротекция, критика его поведения, агрессия в виде побоев, обращение к религии и разным сектам, тягостные конфликты и ссоры в его присутствии (Э. Г. Эйдемиллер, 1976; Д. Леви, 1934).

Современные аналитические (психодинамические) концепции предполагают в качестве этиологического фактора нарушенные отношения с родителями будущего пациента, страдающего шизофренией, в возрасте первых двух-трех лет.

Результатом становится симбиоз с матерью и невозможность психологической сепарации.

Симбиотические отношения естественны в жизни человека только в двух ситуациях:

- 1) физиологический и психологический симбиоз с матерью ребенка от 0 до 1–2 лет;
- 2) психологический симбиоз супругов в момент построения диады в состоянии влюбленности, создания супружеского союза.

В других симбиотических отношениях, в частности ребенка, страдающего шизофренией, и его матери, теснота эмоциональной принадлежности друг другу обусловлена взаимным эмоциональным отвержением и недоверием, вследствие чего личностное развитие и ребенка и родителя искажено (Э. Г. Эйдемиллер, 2001).

Вследствие непреодоленной симбиотической зависимости у пациента, страдающего шизофренией, закладывается недостаточная автономность личности, низкая самооценка, коммуникативные нарушения, психологическая ранимость. Слабость «Я» отражает нарушенную способность воспринимать окружающих в соответствии с реальностью, не искаженной инфантильными установками и психологическими защитами.

Вследствие этого формируется дефицитарная интеграция перцептивного, когнитивного и эмоционального опыта.

В более позднем возрасте (постэдипальном, подростковом периодах жизни, периоде зрелости) под действием пусковых факторов — социально-психологических стрессоров, в частности семейных, дефицитарная интеграция опыта перестает исполнять функцию условной патологической адаптации, эмоционально-коммуникативная ранимость обостряется и манифестируют психотические симптомы.

Стиль ЭЭ коррелирует с более частыми рецидивами и утяжелением клинической картины шизофрении.

Психологическая коррекция ЭЭ в рамках семейной психотерапии приводит к стабилизации ремиссии заболевания.

Наиболее частые и типичные коммуникативные нарушения в семье пациента, страдающего шизофренией, которые могут выступать одновременно и в роли стрессоров:

- 1) хаотичная смена поощрений и наказаний;
- 2) доминирующая гиперпротекция, основанная на эмоциональном отвержении;
- 3) хаотическая смена эмоциональной близости и дистанцирования;
- 4) «двойная связь» — вид искаженной коммуникации, когда индивид получает два противоречивых послания на разных коммуникативных уровнях, с убежденностью в жизненной важности правильного распознавания истинного из них при запрете на обсуждение противоречивости сообщений (Г. Бейтсон, Д. Джексон, Дж. Келли, И. Уикленд, 1956).

Пример двойной связи. *К молодому человеку, который находился в психиатрической больнице после приступа шизофрении, пришла его мать. Когда он обнял ее, она напряглась. Когда он отдернул руку, она спросила: «Ты меня больше не любишь?». В ответ он вспыхнул. Тогда мать сказала: «Дорогой, нельзя так смущаться и бояться своих чувств». После обмена репликами пациент выглядел очень расстроенным, а потом напал на санитарку. В этом случае, по мнению Г. Бейтсона, есть все признаки «двойной связи». Мать была напугана близостью с сыном, но не сумела распознать свои эмоциональные импульсы. Внешне она вела себя как любящая мать.*

5) «псевдовзаимность» (Л. Винн, 1958), ограждающая членов семьи, испытывающих трудности, так называемым резиновым забором, который позволяет им избегать обсуждения характера взаимодействия, расхождений во мнениях, конфликтов, сомнений в компетентности родителей, обволакивая и захватывая пространство семьи;

6) «расщепленный брак» (marital schizm по Т. Лидс). Между родителями существует выраженный открытый конфликт и/или эмоциональный разрыв. В семье происходит борьба за власть над ребенком, попытки привлечь его на свою сторону. А ребенок, в свою очередь, попадает в ситуацию «конфликта лояльности», вовлекаясь в обе противоборствующие коалиции;

7) «супружеский перекос», или «перекошенный брак» (marital skew, по Т. Лидс). В этой ситуации один родитель доминирует и осуществляет гиперпротекцию ребенка, другой пассивен и устранин от решения семейных проблем.

Подробное изложение исследований психосоциальных факторов, принятое учеными многих стран мира во второй половине XX века, оказалось вполне адекватным. Современные успехи индивидуальной и групповой аналитической психотерапии, а также семейной психотерапии обусловлены именно этими открытиями (Э. Г. Эйдемиллер, С. Э. Медведев, 2012).

Классификация и клиника шизофрении

В преморбиде дети, страдающие шизофренией, проявляют признаки аутизма: они замкнуты, пассивны, отгорожены от сверстников, обладают плохой интуицией и низкими эмпатическими данными, мечтательны, погружены в себя. Преморбидные типы личности — шизоидный, психастенический, паранояльный и истерический.

Классификация шизофрении у детей и подростков основана на принципе течения и степени прогрессивности болезни (Г. Е. Сухарева, 1988; А. В. Снежневский, Н. В. Римашевская, 1989; В. М. Башина, 1999; Н. М. Иовничук, 1999).

В настоящее время выделяют следующие формы:

1. Злокачественная и непрерывно-прогрессирующая шизофрения (F20 — 0).
2. Непрерывная вялотекущая шизофрения (шизотипическое расстройство личности F21).
3. Приступообразная малопрогрессирующая шизофрения (F20 — 2 и F20 — 3).

Злокачественная и непрерывно-прогрессирующая шизофрения

Клиническая картина представляет собой сочетание признаков интеллектуального и эмоционально-волевого регресса, полиморфных кататонических и кататоно-гебефренических синдромов.

В результате заболевания в течение двух лет с момента дебюта формируется дефект олигофреноподобного типа с проявлениями задержанного диссоциативного дизонтогенеза.

Непрерывная вялотекущая шизофрения (шизотипическое расстройство личности)

Клиническая картина представлена невротоподобными, психопатоподобными и аффективными расстройствами, которые развиваются исподволь на протяжении нескольких лет.

Дифференциальной диагностике с невротическими расстройствами личности помогают следующие признаки, характерные для шизофрении:

- 1) черты шизоидности и выраженного инфантилизма;
- 2) нарушение социальной адаптации;
- 3) нарушение целенаправленной деятельности;
- 4) диссоциированная задержка психического развития;
- 5) нарушение ассоциативного процесса.

На начальных этапах болезни существуют невротические конфликты и психологические защиты, как и при невротических расстройствах.

Приступообразная малопрогрессирующая шизофрения

Протекает в виде приступов, клиническая картина которых представлена навязчивостями, деперсонализационными и сенестопатическими расстройствами, к которым присоединяются маниакально-депрессивные синдромы.

Между приступами отмечается стертая неврозоподобная аффективная симптоматика.

Существует несколько вариантов течения этой формы шизофрении:

- 1) приступообразно-прогрессирующее течение с углублением прогрессирующей (25 % случаев);
- 2) после одиночного приступа наступает ремиссия (27 % случаев);
- 3) малая прогрессирующая заболеваемости (50 % случаев).

Особенности шизофрении в раннем детском и детском возрасте

Диагностика шизофрении у детей этого возраста чрезвычайно трудна вследствие пластичности психики и быстрых темпов ее развития.

Исходя из реабилитационных соображений (предотвращение возможных психологических и социальных последствий стигматизации, благоприятные семейные условия и/или высокая мотивация родственников на медикаментозное лечение ребенка и семейную психотерапию), трудностей выделения симптомов болезни и их сходства с разными психическими проявлениями у детей, растущих в дисфункциональных семейных контекстах, отсутствие признаков эмоционально-волевого и интеллектуального дефекта, целесообразнее диагностировать эту болезнь как ранний детский аутизм (рубрика по МКБ-10 F84).

Поэтому следует проигнорировать требование МКБ-10 о выявлении и диагностике шизофрении с очень ранним началом (F20).

Особенности шизофрении в подростковом возрасте

А. Е. Личко указывал, что подростковый возраст является этиологической причиной и условием возникновения психических расстройств вообще, и шизофрении в частности (А. Е. Личко, 1985).

Риск заболеть шизофренией в подростковом возрасте в три-четыре раза выше, чем на протяжении всей остальной жизни (Н. М. Иовчук, 1999). Риск заболевания мальчиков и девочек — 1,5:1.

В подростковом возрасте наиболее часто дебютирует злокачественная параноидная, приступообразная и шизоаффективная форма.

В клинической картине преобладают синдромы: психопатоподобный, неврозоподобный, психосоматических расстройств, аффективный, параноидный, галлюцинаторный, кататонический и синдромы нарушенного сознания — от аменции до онейроида.

Симптоматика полиморфная, яркая, образная, аффективно насыщенная; она фрагментарная, незавершенная, волнообразная по возникновению и завершению, изменчива.

У подростков имеет место симптоматика, которая преимущественно возникает только у них: дисморфобия, «метафизическая интоксикация», бред иного происхождения, гебоидное и гебефреническое расстройства. Эти расстройства обусловлены не только и не столько патокинезом заболевания, сколько возрастными особенностями психики.

Имеет место смена синдромов на протяжении болезни, поэтому можно выделить несколько вариантов (Э. Г. Эйдемиллер, 1982, 2001):

1. Синдром психосоматических расстройств, включающий нарушение вегетативных функций — дисморфобию, трансформирующийся в параноидный синдром.

2. Синдром невротических, неврозоподобных и психопатоподобных расстройств и перерастание в параноидный синдром или острый полиморфный синдром (А. Е. Личко, 1985). Обнаружено, что первым этапом параноидной шизофрении у подростков и взрослых бывает не только неврозоподобный синдром, но и невротический. Характерные признаки — эго-дистонность симптомов, наличие внутриличностного и межличностного невротического конфликта.

А. Е. Личко (1985) указывал, что один человек может заболеть последовательно несколькими психическими заболеваниями (расстройствами).

3. Аноректический синдром — параноидный, галлюцинаторный и кататонический синдромы.

4. Обсессивно-фобический синдром — параноидный синдром.

В этих вариантах мы не учитываем синдромы негативных расстройств, которые в разной степени присутствуют во всех них.

На формирование симптоматики большое влияние оказывает дисфункция семейного контекста.

Лечение шизофрении

Появление психофармакологических препаратов позволило сократить пребывание больных в стационаре и осуществлять эффективное лечение в амбулаторных условиях.

При дебюте шизофрении необходимо поместить пациента в стационар для тщательной диагностики, подбора препаратов и структурирования повседневной активности. Кроме того, это может способствовать проведению психотерапии.

Основные препараты, используемые при лечении шизофрении, — нейролептики (см. главу 20 «Психофармакотерапия...»). Рекомендуется использование одного препарата, при отсутствии эффекта — замена его другим препаратом, способствующим купированию определенных синдромов или симптомов. Следует помнить, что нейролептики не излечивают болезнь, а контролируют симптоматику.

Важное место в комплексной терапии шизофрении занимает психотерапия, которая повышает эффективность лечения на 30 % за счет снижения рецидивирования болезни и улучшения качества жизни пациентов.

Показаны индивидуальная и групповая аналитическая (психодинамическая) психотерапия (В. Д. Вид, 1991, 2008), а также семейная психотерапия (Э. Г. Эйдемиллер, Юстицкис В. В., 1999; Э. Г. Эйдемиллер, С. Э. Медведев, 2009, 2012; Я. Сейккула, М. Олсон, 2003; У. Силвуд, 2007; К. Брези и др., 2008; Г. Шмидт-Крепелин и др., 2009).

Подробнее о семейной психотерапии рассказано в разделе «Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении».

Шизотипическое расстройство (F-21)

Относительно новая диагностическая единица, выделению которой способствовала концепция «латентной шизофрении» Е. Блейлера. У пациентов с шизотипическим расстройством имеются мягкие нестойкие симптомы шизофрении, но отсутствует тенденция к «классически ослабоумляющему по Крепелин течению» (Ю. В. Попов, В. Д. Вид, 1997).

Ранее эти состояния назывались: мягкая, амбулаторная, пограничная, «шизофрения без шизофрении», вялотекущая (медленно текущая) неврозоз- и психопатоподобная шизофрения.

Термин «шизотипический» принадлежит С. Радо и означает сокращение от «шизофренический фенотип».

Этиология. Этих больных много среди родственников манифестных пациентов, страдающих шизофренией, вследствие чего многие исследователи делают вывод о генетической предрасположенности шизотипических расстройств к шизофрении.

«Возможно, это — характерологический фенотипический вариант шизофренного генотипа, который в силу нахождения в благоприятной социальной обстановке не декомпенсировался, демонстрируя лишь субпсихотические проявления» (Ю. В. Попов, В. Д. Вид, 1997).

Клиника и диагноз. Преимущественный возраст манифестации шизотипического расстройства — подростковый и первые 30 лет жизни.

В стрессовых ситуациях больные дают кратковременные субпсихотические и психотические симптомы.

В случае удачного лечения, реабилитации и психотерапии, а также при благоприятных социально-психологических воздействиях на личность пациентов, в ряде ситуаций — спонтанно, многие из них поддерживают достаточный уровень социального приспособления на протяжении всей жизни.

Лечение. Транзиторные субпсихотические и психотические эпизоды купируют психофармакологическими препаратами.

Улучшению качества жизни и повышению уровня социальной адаптации способствуют индивидуальная, групповая и семейная психотерапия (психодинамическая, когнитивно-поведенческая, системная).

Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении

Введение

Биопсихосоциальный подход — основа организации комплексной, многоуровневой помощи пациенту. От лечения отдельных симптомов и болезней медицина переходит к построению единого континуума профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий индивидуального, микросоциального (семейного, организационного) и социального уровней.

Современная психофармакотерапия и индивидуально-ориентированная психотерапия достаточно эффективны. Сокращаются сроки стационарного лечения. Многие пациенты возвращаются на прежний, доболезненный уровень социального функционирования (Б. Д. Цыганков, В. Б. Вильянов, 2005). Это актуализирует концепцию «восстановления» (recovery), в соответствии с которой, помимо симптоматических оценок, учитывается социальная реинтеграция потребителей службы психического здоровья (Ж. П. Вилкен, Д. Холландер, 2011). Однако представления о «восстановлении» требуют дальнейшего развития и адаптации в отечественных условиях, в частности расширения идей о личностно-социальном восстановлении (И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова, 2008) как самостоятельной характеристики изменений в динамике состояния, а также концептуализации представлений о функциональном диагнозе.

Системная семейная психотерапия (ССП) хорошо интегрируется в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий. СПП — метод выбора в психосоциальной работе с пациентами и их семьями во всех случаях

резистентности к индивидуально-ориентированным воздействиям. Это психозы с неблагоприятным течением, расстройства, сопровождающиеся выраженным интеллектуальным снижением, и, разумеется, наличие тяжелой психотравмирующей ситуации в семье.

Аналитико-системная семейная психотерапия (АССП) — оригинальный метод семейной психотерапии, представляющий собой синтез парадигм психоанализа, системного и нарративного подходов (Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова, 2005; С. Э. Медведев, 2009; Э. Г. Эйдемиллер, С. Э. Медведев, 2012). Интегрируя классические и постклассические системные концепции, а также учитывая индивидуальные характеристики участников психотерапевтического процесса, АССП способствует созданию условий для личностного роста и самореализации каждого члена семьи с опорой на здоровые ресурсы семейной системы.

Развитие психотерапевтического запроса от манипулятивного (X) к уровню родительской (Y) и супружеской (Z) эффективности (Э. Г. Эйдемиллер, 1990, 2002, 2008) формирует картину позитивного будущего и оптимизирует функционирование семейной системы в целом. Изучение семейной истории в рамках концепции патологизирующего семейного наследования (Э. Г. Эйдемиллер, 1994) позволяет учитывать трансгенерационные аспекты предрасположенности к развитию нервно-психических расстройств.

Работа в рамках аналитико-системной психотерапии способствует организации конструктивного взаимодействия специалистов психического здоровья (психиатра, психотерапевта, психолога, социального работника) как между собой, так и с членами семьи пациента, страдающего психическим расстройством.

Формат АССП позволяет оказывать помощь пациентам и их семьям даже при наличии хронических и терапевтически резистентных болезненных процессов. АССП предоставляет новые возможности для лечения и реабилитации пациентов с выраженным снижением «социального возраста» (Е. А. Далл, 1953), а также детей и подростков, не мотивированных на психотерапию.

В сравнительном, параллельном и рандомизированном исследовании доказано повышение эффективности реабилитационных мероприятий при применении АССП по сравнению с рациональной психотерапией в случае параноидной шизофрении (С. Э. Медведев, 2009).

Психотерапевтическая работа с семьей

Рассматривая психическое расстройство в рамках адаптационной концепции (А. П. Коцюбинский, 2004) и учитывая феномен изоморфизма социальных

организаций различных уровней (И. А. Тогоунов, 2007), можно говорить о приспособительном значении симптома как для самого пациента, так и для микросоциальной системы в целом.

Системно ориентированные подходы акцентируют внимание на исследовании особенностей семейного функционирования (Г. Л. Будинайте, А. Я. Варга, 2005). Оптимизация этого параметра снижает уровень эмоционального напряжения в семье. В результате уменьшается вероятность регоспитализации пациентов (К. Бресси, 2008; Г. Шмидт-Крепелин, 2009).

Нормально функционирующая семейная система способствует удовлетворению индивидуальных потребностей ее членов, их личностному росту и развитию, являясь мощным саногенным, адаптационным ресурсом.

Психотерапия

Процесс и техники интервенций

Системный подход — результат применения кибернетики и, в частности, общей теории систем в психологии и психотерапии. Семья, группа, социум, личность рассматриваются как открытые, живые, самоорганизующиеся системы, состоящие из элементов, находящихся во взаимодействии и взаимосвязи. Их существование подчинено двум основным законам — *гомеостаза и развития*.

Закон гомеостаза — стремление системы остаться собой в процессе развития, сохраниться.

Закон развития — необходимость последовательного прохождения всех стадий жизненного цикла.

Если нормально функционирующая семейная система способствует удовлетворению индивидуальных потребностей ее членов, их личностному росту и развитию и является мощным саногенным ресурсом, способствующим преодолению трудностей и болезненных состояний, то в дисфункциональной семье болезненные процессы, в частности психические и поведенческие расстройства и заболевания, могут становиться дисфункциональными стабилизаторами системы.

Соблюдение принципов *циркумplexности, гипотетичности, нейтральности и позитивной коннотации* позволяет психотерапевту сохранять помогающую, эффективную позицию, используя динамические процессы, происходящие в семейной системе, не будучи поглощенным привычными паттернами семейного взаимодействия.

Принцип *циркумplexности (циркулярности)*, в противовес линейному причинно-следственному образу мышления, обозначает взаимозависимость и порождение одного явления другим.

Выдвижение *системных гипотез* упорядочивает избыточную информацию, предоставляемую психотерапевту членами семьи, смежными специалистами и другими значимыми лицами окружения. М. Сельвини Палаццоли выделяет полезные и бесполезные гипотезы. Полезная системная гипотеза отвечает на вопрос «зачем?» и описывает поведение всех участников взаимодействия.

Нейтральность способствует сохранению профессиональной позиции, предотвращая вовлечение психотерапевта в семейные коалиции. На эмоциональном уровне психотерапевт сохраняет позицию заинтересованного исследователя. Нейтральность способствует психотерапевтической эмпатии и позволяет ему избежать профессионального сгорания.

Вопросы, утверждения и предписания психотерапевта при общении с семьей являются частью новой психотерапевтической реальности и соотносятся с характером формулируемых им гипотез (рис. 8.1).

1. **Линейные вопросы** направлены на исследование ситуации, способствуя объяснению и определению проблемы, с которой обращается клиент (семья).



Рис. 8.1. Анализ линейной и циркулярной причинности в семейной системе

Линейная гипотеза приписывает проблему внутренним свойствам пациента. Она полезна для исследования индивидуального статуса и приводит специалиста к установлению диагноза. В психиатрии линейные вопросы — прерогатива врача-психиатра.

2. **Циркулярные вопросы** позволяют исследовать устойчивые картины взаимоотношений, которые связывают личность, действия, идеи, чувства, события, контексты за счет выяснения различий и последствий поведения.

Системная гипотеза строится на том, что все явления так или иначе взаимосвязаны. Основываясь на концепции Г. Бейтсона (2000), можно выделить:

- вопросы на различие (во времени, индивидуальных реакциях, взаимоотношениях), использующие категории сравнения больше-меньше, ближе-дальше, сильнее-слабее при выяснении разницы в отношениях, действиях, реагировании, степени выраженности проявлений;
- контекстуальные вопросы, позволяющие определить роль частного поведения в семейном и социальном контексте и способствующие пониманию комплементарности семейных отношений. Циркулярные вопросы позволяют не только получить новую информацию о семье, но и ввести в систему новую информацию. Создается новая реальность отношений, запускающая процесс изменения. Циркулярные вопросы используются при проведении циркулярного интервью.

3. **Стратегические вопросы** — наводящие вопросы и вопросы-конфронтации — предполагают прямое влияние на пациента/клиента и его семью. Вопросительная форма смягчает директивность позиции психотерапевта. Цель вопроса — прямое побуждение клиентов к направленным изменениям. Стратегические вопросы могут использоваться в аналитически-ориентированной, психообразовательной и социальной работе.

В системно-ориентированной психотерапии, проводимой с семьями больных шизофренией, предпочтение следует отдавать описанной ниже группе вопросов.

4. **Рефлексивные вопросы** основаны на системных гипотезах. Поиск клиентами ответов на них способствует исследованию и лучшему пониманию паттернов семейного взаимодействия, оптимизации функционирования семейной системы в целом.

Вопросы, ориентированные на будущее, катализируют процессы развития семейной системы:

- выяснение целей, задач и перспектив;
- прояснение последствий сохранения нынешней ситуации в будущем;
- исследование катастрофических ожиданий;
- экспериментирование с возможностями, фантазирование;
- исследование межличностного восприятия и взаимодействий.

Вопросы, направленные на изменение контекста, исследуют факторы, препятствующие развитию, снижают тревогу по поводу отклонения от гомеостаза:

- изучение противоположного значения позволяет изучать противоположный контекст;
- изучение необходимости сохранить статус-кво;
- парадоксальные вопросы;
- присоединение к пугающим импульсам;
- нормализующие вопросы.

Вопросы — действенный инструмент диагностики и преобразований в системной семейной психотерапии. Кроме них, важнейшим инструментом психотерапевтического вмешательства является техника парафраза.

Циркулярное интервью — основная техника диагностики и реконструкции. С помощью циркулярных вопросов она позволяет:

1) исследовать системное взаимодействие:

- реальное, повседневное;
- предполагаемое:
 - желательное,
 - нежелательное,
 - в перспективе, развитии ситуации,
 - поведение других членов семьи (не пришедших на встречу, умерших, будущих);

2) предоставить членам семьи информацию о роли и вкладе каждого в семейный гомеостаз (в том числе посредством болезни).

Полученная в процессе циркулярного интервью информация позволяет психотерапевту подтверждать или не подтверждать/развивать системные гипотезы. Возвращение семье информации о системном взаимодействии расширяет представления ее членов, стимулируя развитие.

Стандартные темы циркулярного интервью:

1. Ожидания. Кто направил, к кому обращались.
2. Как семья видит проблему.
3. Ситуация в семье в настоящее время.
4. Как раньше справлялись. Способы решений.
5. Взаимодействие по поводу проблемы.
6. Система понимания причин проблемы.
7. Триггерные ситуации (пусковые механизмы стандартных взаимодействий).
8. Наихудшее развитие ситуации. Как можно усугубить проблему.
9. Положительные стороны проблемы.
10. Вопросы о психологических ресурсах каждого.

11. Будущее с проблемой и без нее.

Позитивная коннотация симптомов, поступков, намерений необходима для преодоления сопротивления и психологических защит в процессе предоставления психотерапевтом обратной связи. Чтобы позитивная коннотация была принята членами семьи, для ее построения надо использовать их собственный язык, без искажения, в первоначальном понимании сказанных слов.

Предписания предусматривают самостоятельное выполнение их членами семьи на дому.

Парадоксальное предписание (ПП) выстраивается по материалу, полученному в процессе циркулярного интервью, и логически вытекает из позитивной коннотации. По сути, оно представляет собой рекомендацию регулярного воспроизведения связанных с симптомом стереотипов взаимодействия, часто с усилением интенсивности и частоты.

В результате происходит смена внутрисемейной мотивации для исполнения ритуала на внесемейную мотивацию психотерапевта — снижение тревоги по поводу гомеостаза. При исчезновении симптоматического поведения необходимо поддерживать предписание. ПП — эффективный инструмент устранения симптомов, особенно в случае высокого уровня эмоционального напряжения в семье.

Инвариантное предписание (инвариантная интервенция, ИИ) Мары Сельвини Палаццоли (1998) названо так, поскольку каждой семье предлагается одно и то же задание, независимо от особенностей семейного конфликта.

После двух ознакомительных встреч с семьей назначается родительская, на которой дается секретное задание еженедельно (к примеру) уходить вдвоем из дому на целый день, поочередно оставляя на столе записку «Сегодня нас не будет дома». Никакие объяснения своего поведения родителями не допускаются.

При высокой эффективности указанной техники для восстановления границ супружеской подсистемы она предполагает сотрудничество психотерапевта с родителями, а главное — родителей между собой, что невозможно предполагать априори в дисфункциональной семье, в том числе в семье пациента, страдающего шизофренией, и особенно при фактическом отсутствии одного из родителей.

В таких случаях можно использовать *модификацию классической техники ИИ* (Э. Г. Эйдемиллер, С. Э. Медведев, 2012).

Референтному родственнику дается предписание регулярно, в заранее оговоренное с психотерапевтом время, покидать дом, сообщая лишь о своем*

* Референтный родственник (РР) — наиболее значимый и мотивированный на заботу о пациенте член семейной системы.

уход, без объяснения причины отсутствия. Предписывается заранее планировать эти занятия с исключением контактов с членами семьи. Опыт выполнения предписания обсуждается с психотерапевтом позитивно, без критических замечаний с его стороны, но с анализом трудностей, возникающих при выполнении задания. В дальнейшем референтный родственник (РР) начинает формировать собственную «горизонталь» (находит партнеров по совместному времяпрепровождению) и выстраивать повседневный распорядок с учетом собственного личного времени.

Таким образом удастся использовать привычный для референтного родственника способ получения им эмоциональной поддержки в общении с врачом для расширения спектра его социальных контактов.

Тенденция включения в системное взаимодействие значимых лиц окружения, к которым, разумеется, следует отнести и сотрудников социально-медицинской помощи, приводит к воспроизведению специалистами, участвующими в лечении и реабилитации, специфических коммуникативных паттернов. Послания, транслируемые семьей, часто провоцируют сострадание или агрессию окружающих, организуя неосознаваемую конкуренцию помогающих специалистов между собой.

Гибкость в построении психотерапевтического контакта с семьей позволяет сохранять нейтральную позицию и границы в психотерапии, избегая как чрезмерной близости, так и разрыва отношений.

Системный семейный психотерапевт акцентирует внимание на исследовании *семейной дисфункции* с постепенным устранением системной *функции симптома*. Оптимизация взаимодействия способствует устранению предпосылок развития «патогенных» паттернов коммуникации, снижая уровень эмоционального напряжения в семье, а также вероятность рецидивирования процесса и регоспитализации пациентов (Э. Г. Эйдемиллер, С. Э. Медведев, 2012).

Этапы психотерапевтического процесса (Э. Г. Эйдемиллер, 2008)

1. *Объединение психотерапевта с семьей, присоединение к предъявляемой структуре ролей.* Установление контакта и присоединение психотерапевта к семье на этапе становления ремиссии, в условиях стационара, до начала периода внебольничной реабилитации способствует более раннему созданию психотерапевтического альянса и повышает комплайентность к лечению (в том числе к психофармакотерапии). Наблюдения за взаимодействием идентифицированного пациента (ИП) с референтным родственником (РР)

предоставляют помогающим специалистам важную информацию. Стационарное наблюдение можно также использовать для изучения вместе с семьей особенностей ее взаимодействия с внешним окружением: соседи по палате, родственники других пациентов, сотрудники среднего и младшего медперсонала. Это способствует формированию более отчетливого понимания функции симптомов в системе. Построенный контакт с семьей позволяет снизить эмоциональное напряжение, вызываемое предстоящей выпиской из стационара, и заметно сокращает сроки госпитализации.

2. *Формулирование психотерапевтического запроса с его постепенным развитием и доработкой* начинается уже в процессе присоединения психотерапевта к семье. К этому шагу следует продвигаться с учетом более высокого напряжения у референтного родственника по сравнению с семьями пациентов с невротическими расстройствами. Запрос переводится с манипулятивного уровня (X) на уровни родительского (Y) и супружеского (Z) функционирования (Эйдемиллер, 2008). Исследование манипулятивного запроса предоставляет диагностическую информацию о структуре внутрисемейного взаимодействия и способах построения отношений со значимыми лицами окружения, а более зрелый и конструктивный запрос приближает семью к выстраиванию перспективы позитивного будущего.

3. *Реконструкция семейных отношений.* В начале этого психотерапевтического этапа работа ориентирована на выстраивание психологических границ и достижение баланса функционирования между членами семьи, что способствует повышению эффективности родительской и супружеской подсистем.

Гибкость в построении психотерапевтического контакта с семьей позволяет сохранять нейтральную позицию и границы в психотерапии, избегая как чрезмерной близости, так и разрыва отношений.

4. *Завершение психотерапии и отсоединение.* Психотерапия завершается при достижении поставленных целей с учетом возможного развития запроса в процессе психотерапевтической работы. В «большой» психиатрии особенно важна продолжительность сопровождения семьи, психотерапевтический контакт с ней может сохраняться на протяжении многих лет в виде нечастых (пять-семь раз в год) поддерживающих контактов.

В целом стоит отметить необходимость большей активности психотерапевта, особенно на начальных этапах, по сравнению с его позицией в работе с «пограничной» категорией пациентов. Требуется изучение «правил игры», выстраивание линии поведения, отличной от «родительской». При этом следует воздерживаться от конфронтации с семейным гомеостазом и сохранять эмоциональную нейтральность. Согласно метафоре «бинокулярности» (De Shazer, 1981), используемой представителями постклассических системных подходов, различия изображений не должны быть слишком

велики — во избежание «двоения» или слишком малы — чтобы не исчезло трехмерное восприятие объекта.

По мере стабилизации функционирования семейной системы постепенное увеличение интервала между встречами способствует мобилизации ее внутренних ресурсов.

Системное взаимодействие помогающих специалистов

Различные аспекты помощи при психических расстройствах входят в сферы профессиональной компетенции психиатров, психотерапевтов, психологов и специалистов по социальной работе. Это актуализирует проблему организации взаимодействия профессионалов психического здоровья с семьей пациента и между собой.

Применение линейных (несистемных) моделей зачастую приводит специалиста одной из помогающих профессий к попыткам необоснованного расширения сферы профессиональной компетенции. Это связано с недостаточной информированностью о возможностях бригадного сотрудничества и неосознаваемой заочной конкуренцией профессионалов.

Высокий уровень квалификации достигается посредством специализации и координации усилий помогающих специалистов.

Состав мультидисциплинарной команды специалистов зависит (и варьируется) от состояния психического здоровья пациента, наличия сопутствующих расстройств (заболеваний), уровня его социального функционирования, наличия и структуры проблем, этапа и уровня оказания психиатрической помощи.

Семейная система пациента, страдающего психическим расстройством, побуждает специалиста помогающей профессии (психиатра, психолога, социального работника) к ее «спасению» лечением, наставлением и убеждением. Таким образом, семья начинает играть в расширенном социальном окружении ту же роль, что и пациент внутри своей семьи, организуя для себя внешнюю социальную поддержку.

На этапе манифестации и обострения психического расстройства важность описанного взаимодействия трудно переоценить. Однако иногда оно закрепляется и становится самоценным, а зачастую и патогенным, провоцируя психогенные обострения процесса и преждевременные регоспитализации.

Психотерапевт неизбежно становится объектом манипуляций со стороны семейной системы, обратившейся к нему за помощью, знакомясь, таким образом, с их манипуляцией структурой и особенностями, что при сохранении нейтральной позиции дает ценную диагностическую информацию.

Прояснение отношений между специалистами становится важной частью психотерапевтического процесса. Диада психиатр — психотерапевт способна первой продемонстрировать возможность построения отношений равноправного сотрудничества и разделения сфер ответственности.

Отсутствие у самого пациента-психотика при обращении запроса на психотерапевтическую работу роднит ситуацию с психотерапией семей детей и подростков, которых на консультацию приводят родители — без их желания.

Координация усилий помогающих специалистов разных сфер обеспечивается посредством интеграции подходов, относящихся к разным уровням глобальной системы. Этого позволяет добиться системная модель Д. Н. Оудсхоорна (Черников, 2001), состоящая из шести уровней. Такой подход обеспечивает стереоскопическое видение ситуации, помогает сформулировать необходимую терапевтическую программу и разграничивает области компетентности разных специалистов.

1. Внешне-социальный уровень. Материальное благосостояние семьи и жилищные условия, занятость членов семьи, отношения с дальними родственниками, друзьями, знакомыми и соседями. Обозначается роль неблагоприятных факторов внешней среды в возникновении психологической проблематики. Например, низкая материальная обеспеченность семьи, насилие на улице и другие варианты травмирующей или обедненной внешней среды.

Требуется контакт и посредничество специалистов по социальной работе с работодателем, школой, органами правопорядка и социальными службами, иногда — посредничество при решении жилищных проблем и поиске рабочего места.

2. Нарушения системного функционирования. Симптомы идентифицированного пациента рассматриваются в контексте функционирования всей семьи как системы. Делается акцент на взаимодействии и структурных особенностях семейной организации. С проблемами этого уровня имеет дело семейная или супружеская психотерапия.

3. Когнитивно-поведенческий уровень. Нарушения или трудности в области эмоций, когнитивных функций либо поведения пациента, объясняемые с позиции теории научения. Неразвитость социальных навыков, отставание в обучении. Здесь применим арсенал методов когнитивной и поведенческой психотерапии.

4. Психодинамический уровень. Невротический конфликт. Работа с малоосознаваемыми процессами и сопротивлением. Уровень психодинамической психотерапии.

5. Нарушения развития. Личностные нарушения, ранние расстройства развития, нарушения аттачмента. Нужна длительная психотерапевтическая работа.

6. Органические нарушения. Психические расстройства, возникающие вследствие биохимических, нейрофизиологических или патологоанатомических факторов. Помощь на этом уровне оказывает врач, она в основном медикаментозная.

В состав бригады могут быть включены:

- врач-психиатр;
- врач-психотерапевт;
- психолог;
- специалист по социальной работе;
- социальный работник;
- медицинская сестра.

При необходимости в состав мультидисциплинарной команды дополнительно могут быть включены:

- при наличии правовых (юридических) проблем — консультант по правовым вопросам (юрист);
- при наличии соматических расстройств (заболеваний) — врач соответствующей специальности;
- социальный педагог, инструктор по ЛФК;
- младший медицинский персонал;
- другие сотрудники организаций здравоохранения.

Для детей школа — важнейший компонент в лечении и реабилитации, поэтому отсутствие школы в лечебных учреждениях для детей — тяжелейший декомпенсирующий фактор.

При создании команды как *функциональной системы* ответственность специалиста должна определяться его *функциональной ролью*. При наличии у сотрудника более широкой квалификации он может реализовать профессиональные навыки и знания в смежных областях на всех этапах ведения случая *только при его обсуждении с коллегами*.

Например, психиатр, имеющий квалификацию психотерапевта, может при обсуждении высказывать свою точку зрения по поводу психологических аспектов случая, но не может прямо вмешиваться в психотерапевтический процесс. В свою очередь, психотерапевт может сообщать психиатру свое мнение о его лекарственных назначениях, но решения по поводу их коррекции будет принимать только психиатр.

Практические рекомендации:

1. Максимально раннее начало психотерапевтической работы оптимизирует психотерапевтическое присоединение, обеспечивая дополнительные возможности исследования паттернов взаимодействия идентифицированного пациента (ИП) с референтным родственником (РР) и внешним

- окружением (соседи по палате, родственники других пациентов, сотрудники среднего и младшего медперсонала).
2. В период подготовки к выписке интервалы между сессиями должны быть непродолжительными, не более 7 дней, при сочетании семейных сессий с индивидуальными, преимущественно с референтным родственником пациента.
 3. Психотерапевт должен проявлять активность, синтонную интенсивности семейного взаимодействия, сохраняя эмоционально нейтральную позицию.
 4. Постепенное увеличение интервала между встречами на этапах реконструкции и завершения психотерапии способствует мобилизации собственных ресурсов системы.
 5. Постепенное изменение соотношения в психотерапии техник аккомодации и реконструкции с увеличением доли последних на завершающих этапах психотерапии помогает семье пройти кризис, способствуя ее движению к осознанному построению реального будущего.
 6. В работе с семьями пациентов, страдающих шизофренией, необходимо сотрудничество специалистов помогающих профессий — психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников, врачей-интернистов, педагогов.

Таким образом, помощь семье при расстройствах шизофренического спектра на основе биопсихосоциального подхода осуществляется в мультидисциплинарной бригаде. Оптимизация системного взаимодействия способствует повышению эффективности лечебно-реабилитационной работы.

ПРИМЕР

Семья Ч.

ИП — Михаил, 15 лет.

Мать описывает его как доброго, открытого, чувствительного мальчика. В школу пошел с 7 лет. Учится посредственно.

В 10 лет стал испытывать страх за свою жизнь, «видел» в полумраке силуэты людей, считая, что это убийцы, не спал по ночам. По назначению районного психиатра получал лечение транквилизаторами, что привело к улучшению самочувствия, устранению тревожно-фобических проявлений, восстановлению ночного сна.

В 14-летнем возрасте у него без видимых причин появилась тревога, внутреннее напряжение, страх потерять сознание, головные боли, дрожь в руках.

Обследование не выявило соматической патологии. Лечился в психоневрологическом диспансере в течение полутора месяцев соннапаксом, что привело к некоторому улучшению самочувствия, но вскоре после завершения лечения

тревога вновь усилилась, появилось ощущение слабости в ногах, стал все реже выходить на улицу.

В 15 лет заявил, что незнакомые люди смотрят на него с любопытством, по-особому, ощущал тревогу в людных местах, дрожь в руках и страх упасть, потеряв сознание. Предпринял попытку самоубийства, нанеся себе самопорезы в области предплечья. Лечился в психиатрической больнице, где впервые был поставлен диагноз параноидной шизофрении.

Вторая госпитализация в том же году, также с параноидной симптоматикой. Перестал справляться с повседневными делами. Появились «наплывы и обрывы мыслей», затруднения при сосредоточении. Снизилось настроение, стал рассуждать о смысле жизни. Обвинял себя в смерти отца. Утверждал, что люди замечают его особенное состояние и что он им мешает, стремился к уединению. Сообщал о наличии неприятных, неопределенных ощущений в теле и голове в виде стягивания, напряжения и онемения. Нарушился ночной сон.

Психотерапевтическая работа

Характерное для подобных случаев отсутствие продуктивного контакта и мотивации на психотерапевтическую работу у Михаила вначале сделало приоритетным присоединение к референтному родственнику — его матери.

Она постепенно все активнее и осознаннее включалась в общение с психотерапевтом, переходя от переживания тревоги и неопределенности к принятию факта психического расстройства у сына и сотрудничеству в обсуждении возможностей и перспектив.

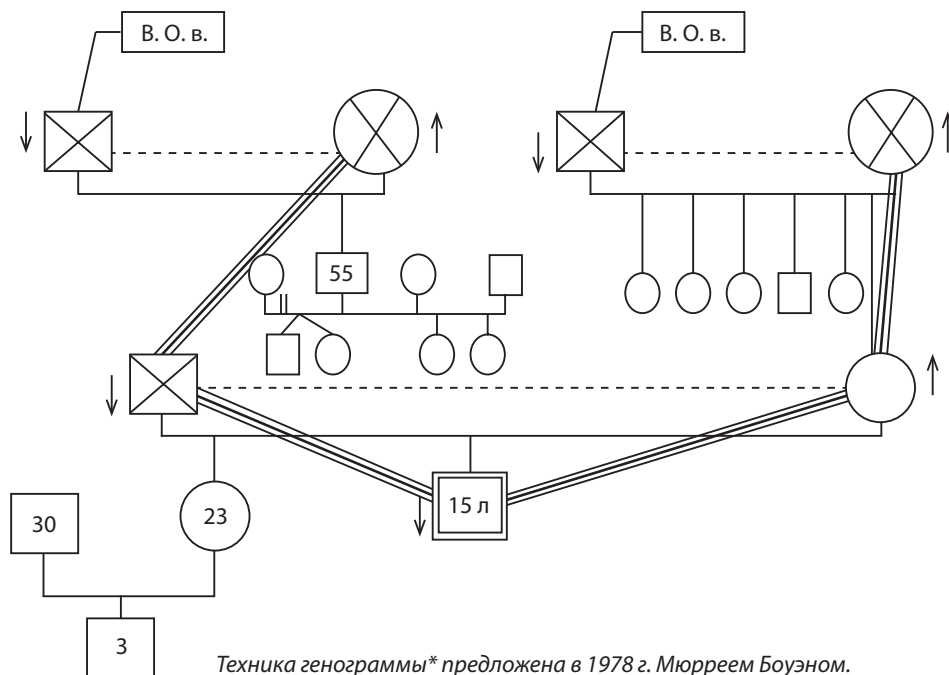
Использование техники генограммы помогло структурировать данные семейной истории.

В семьях происхождения: отец — старший из двух братьев, мать — младшая из шести детей.

Их отцы (деды Михаила) — участники Великой Отечественной войны, вернулись с фронта измененные, дед по отцу с последствиями черепно-мозгового ранения, а дед по матери — с алкогольной зависимостью. Матери (бабки Михаила) «сохраняли мир в семье», находя эмоциональную близость и поддержку в отношениях с детьми. И отец, и мать Михаила состояли в симбиотических отношениях со своими матерями. Их сиблинги в силу разных обстоятельств дистанцировались от родителей. Это стало причиной обид, отчуждения и эмоционального разрыва с ними родителей Михаила.

Основным объединяющим мотивом в отношениях родителей Михаила была забота о детях. Михаил — младший брат старшей сестры. Разница в возрасте между ними — восемь лет. О втором ребенке родители задумались, когда старшая дочь пошла в школу. После внезапной смерти отца эмоциональная близость Михаила и матери стала еще более тесной.

На рис. 8.2 дано схематическое изображение семьи Ч. в четырех поколениях.



Техника генограммы* предложена в 1978 г. Мюрреем Боуэном.

Условные обозначения:

40 — мужчина 40 лет

11 — идентифицированный пациент 11 лет

34 — женщина 34 лет

55 лет — член семьи мужского пола, умерший в 2002 г. в возрасте 55 лет

40 || 1991 34 — брак, зарегистрированный в 1991 г. и расторгнутый в 1998 г.

30 23 — родители с ребенком 13 лет

— сиблинги — близнецы

40 34 — гиперфункционирующая мать и гипофункционирующий отец

Типы отношений

— сверхблизкие симбиотические

— дистантные

— конфликтные

— эмоциональный разрыв

— близость и конфликт

Рис. 8.2. Генограмма семьи Ч

* Family diagram в англоязычной литературе.

Психотерапия основывалась на *системной гипотезе* о морфостабилизирующей функции болезни в отношении симбиотической диады «мать — сын», сформировавшейся в результате патологизирующего семейного наследования, при актуальной для данного периода развития семейной системы потребности психологической сепарации Михаила.

Среди *реконструктивных техник* особенно эффективными оказались:

- **анализ ресурсных историй прошлого**, в котором мать и сын успешно взаимодействовали, преодолевая взаимную тревогу сепарации (в частности, был восстановлен эпизод с первым опытом самостоятельного плавания, когда мать позволила себе доверять способностям сына, что привело к освоению им навыка автономного функционирования в трудных условиях);
- **психодраматизация**. Была использована техника перемены ролей матери и сына с воспроизведением паттернов коммуникации, способствующая их взаимопониманию и снижению эмоционального напряжения привычных взаимодействий;
- **позитивная коннотация** симптома возвращения семье полученной информации с учетом позитивных намерений каждого в спасении и заботе друг о друге, роли симптомов Михаила, а затем и его матери в поддержании их сверхблизких отношений;
- **парадоксальное предписание** (ритуализация устойчивых паттернов взаимодействия для получения опыта и прочувствованного осознания используемых способов поддержания семейного гомеостаза). В частности, матери предписывалось регулярно и многократно в течение дня разговаривать о самочувствии Михаила, выражая таким образом свою тревогу-заботу-любовь, а Михаилу — отвечать на вопросы, описывая тончайшие нюансы своего самочувствия и подтверждая важность ее заботы о нем.

В процессе психотерапии, на фоне улучшения состояния Михаила, отмечена внезапная смена ролевых позиций. Михаил «привел» на консультацию свою мать с ее жалобами на тревогу, одышку в состоянии покоя и неприятные ощущения в теле. В роли заботливого, гиперфункционального члена семьи он проявлял уверенность и стеничность, требуя от психотерапевта немедленно оказать помощь матери, как в недавнем прошлом на консультации делала она. Возвращение описанного взаимодействия в виде обратной связи способствовало обсуждению членами семьи функции симптомов в системе отношений.

В психическом состоянии Михаила отмечено снижение тревоги и редукция сенесто-ипохондрических симптомов, что было связано с большей определенностью жизненных перспектив и устранением морфостабилизирующей функции болезни.

Обратная связь от членов семьи. Улучшение самочувствия Михаил связал с повышением активности. Неудовлетворенность высказывалась по поводу недостаточной активности психотерапевта и зачастую неправильного понимания им ситуации. В то же время на вопрос, станет ли он рекомендовать знакомым и близким психотерапию, молодой человек ответил утвердительно.

Мать отметила улучшение семейной обстановки, объяснив это улучшением самочувствия сына. Она также сказала, что готова рекомендовать семейную психотерапию знакомым.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение шизофрении.
2. Какие современные теории объясняют этиопатогенез шизофрении?
3. Какие формы шизофрении выделяют у детей и подростков?
4. Какие особенности диагностики шизофрении у детей раннего возраста?
5. Какие особенности клиники шизофрении у подростков?
6. Охарактеризуйте принципы циркумплексности, гипотетичности, нейтральности и позитивной коннотации.
7. Охарактеризуйте этапы психотерапевтического процесса в системной семейной психотерапии.
8. Каковы особенности и уровни взаимодействия системы помогающих специалистов?

Рекомендуемая литература

1. Психиатрия: Национальное руководство / Гл. ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов. 2-е изд. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2018. — 1008 с.
2. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
3. Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. — М.: Экспертное бюро-М, 1997. — 496 с.
4. Системная семейная психотерапия / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб.: Питер, 2002. — 368 с.
5. Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание / А. П. Кочубинский (и др.). — СПб.: Гиппократ+, 2004. — 336 с.
6. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. 4-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 672 с.
7. Эйдемиллер Э. Г., Медведев С. Э. Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении. — СПб.: Речь, 2012. — 207 с.

Глава 9. Расстройства аутистического спектра

И. А. Колесников

В 1925 году была опубликована статья Г. Е. Сухаревой «Шизоидные психопатии в детском возрасте», в которой представлены клинические наблюдения за шестью мальчиками с «аутичными чертами». Феноменологическое описание поведения детей совпадает с современными клиническими критериями аутизма и синдрома Аспергера (И. Мануйленко, С. Бежеро, 2015). Однако аутизм как расстройство развития получил большую известность после публикации в 1943 году австрийского психиатра Л. Каннера под названием «Аутистические нарушения эмоционального контакта».

Определение

Расстройство аутистического спектра (РАС) — группа расстройств развития, для которых характерен постоянный дефицит способностей инициировать и поддерживать социальное взаимодействие и социальное общение, а также ряд ограниченных, повторяющихся и негибких моделей поведения и интересов.

В клиническом руководстве «Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение» авторы дают следующее определение: «Расстройства аутистического спектра представляют собой группу комплексных дезинтегративных нарушений психического развития, характеризующихся отсутствием способности к социальному взаимодействию, коммуникации, стереотипностью поведения, приводящим к социальной дезадаптации» (Н. В. Симашкова, Е. В. Макушкин, 2015, с. 6).

Эпидемиология

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на 2014 год, распространенность РАС в европейских странах в среднем составляла 61,9 на 10 000 человек (пункт 13,4 А67/17, 2014), а по данным ВОЗ за 2018 год —

один из 160 детей страдает данным расстройством. В проекте «Расстройства аутистического спектра в Европейском союзе» (Autism Spectrum Disorders in the European Union, ASDEU) распространенность среди детей 7–9 лет разнится от 5,4 (Франция) до 26,8 (Исландия) на 1000 человек, а в среднем — 12,2 на 1000 (ASDEU, 2018). В РФ данные о распространенности РАС тоже колеблются — от 2 до 54 случаев на 10 000 (Ю. А. Фесенко, 2014; А. В. Горюнова, Ю. С. Шевченко, 2014). В США Центр контроля и профилактики заболеваний сообщает, что распространенность РАС в стране — 16,8 на 1000 человек (Дж. Байо, 2018). В Китае заболеваемость РАС оценивают в 5,49 на 10 000 населения, а распространенность — 16,1 на 10 000 населения (В. Вонг, 2007), в арабских странах — 1,4–4,3 на 10 000 (Н. Альмандил, 2019).

Эрик Фомбонн (2014) считает, что распространенность следует оценивать примерно 66 на 10 000 населения (1 из 152) (А. Хилл, 2014). Похожие результаты были получены в большом систематическом обзоре распространенности РАС в мире — 62 на 10 000 населения (М. Эльсабаг, 2012).

Значительный разброс данных о распространенности возникает из-за различий в определениях, методологии, используемых методиках, базах данных и во времени проведения исследований, а также квалификации врачей и других факторов (Ю. А. Фесенко, И. В. Макаров, И. А. Колесников, Е. Ю. Фесенко, 2020).

Соотношение встречаемости аутистических расстройств у мальчиков и девочек находится в пределах от 2,6 : 1 до 4 : 1.

Классификация

В отечественной школе детской психиатрии классификация аутизма основана на этиопатогенетическом и клиническом принципах (В. Е. Каган, 1981; К. С. Лебединская, 1981; В. В. Ковалев, 1985; В. М. Башина, 1989). Например, классификация К. С. Лебединской (1981) включает:

- 1) аутизм при различных заболеваниях центральной нервной системы (органический аутизм);
- 2) психогенный аутизм;
- 3) аутизм шизофренической этиологии;
- 4) аутизм при обменных заболеваниях;
- 5) аутизм при хромосомной патологии.

В Международной классификации болезней (МКБ-10) РАС помещены в рубрику F84 «Общие расстройства психологического развития»:

F84.0 — Детский аутизм

- F84.1 — Атипичный аутизм
- F84.2 — Синдром Ретта
- F84.3 — Другое дезинтегративное расстройство детского возраста
- F84.4 — Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями
- F84.5 — Синдром Аспергера
- F84.8 — Другие общие расстройства развития
- F84.9 — Общее расстройство развития неуточненное

В МКБ 11-го пересмотра вводится блок «Расстройства нейроразвития» и рубрика 6A02 «Расстройство аутистического спектра». Авторы делят расстройство на группы по наличию/отсутствию нарушений интеллекта и «функционального языка», а также степени выраженности этих нарушений (табл. 9.1).

Таблица 9.1. Классификация РАС в МКБ-11

6A02.0 РАС без нарушения интеллектуального развития и с мягким или отсутствующим нарушением функционального языка (синдром Аспергера)

6A02.2 РАС без нарушения интеллектуального развития и с нарушением функционального языка

6A02.4 РАС без нарушения интеллектуального развития и с отсутствием функционального языка

6A02.1 РАС с нарушением интеллектуального развития и с мягким или отсутствующим нарушением функционального языка

6A02.3 РАС с нарушением интеллектуального развития и с нарушением функционального языка

6A02.5 РАС с нарушением интеллектуального развития и с отсутствием функционального языка

В МКБ-11 рассматривать РАС предлагается в линейной модели — от легких до тяжелых нарушений. То есть новая классификация ориентирована на оценку развития психических функций в структуре «единого синдрома аутизма». Такой подход позволяет составить программу помощи, соответствующую возможностям ребенка, и прогнозировать ее эффективность, но стирает этиологические и клинические границы синдрома «аутизм».

В Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition; DSM-5) в рубрике РАС объединены: аутистическое расстройство (детский аутизм, синдром Каннера), синдром Аспергера, детское дезинтегративное расстройство (синдром Геллера), первазивное расстройство развития без дополнительных уточнений. Дополнительно оценивается уровень тяжести: 1-й уровень — нуждается в сопровождении; 2-й уровень — нуждается в значительном сопровождении; 3-й уровень — нуждается в интенсивном сопровождении. Уровень тяжести определяется после оценки навыков социальной коммуникации и ограниченного стереотипного поведения.

Этиология

На сегодняшний день достоверные причины развития РАС не установлены, но очевидно, что генетический фактор в этиологии имеет ключевое значение. Например, в случае диагностирования РАС у первого ребенка у последующих детей риск повышается на 25 %; у монозиготных близнецов коэффициент конкордантности — 70–90 %, у дизиготных — 30 % (Дж. Холмайер, 2011; А. Рональд, 2014).

К факторам, повышающим риск развития РАС, относятся: старший возраст родителей, инфекции и аутоиммунные реакции у матери в пренатальный период, повышенное содержание пептидов в крови, питание матери во время беременности (недостаток витамина D, фолиевой кислоты, полиненасыщенных жирных кислот, других микроэлементов и питательных веществ; избыточный вес), патология обмена веществ, злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, курение, наркотики), воздействие токсических веществ окружающей среды и другое.

Следует отметить, что нет причинной связи между развитием РАС и вакцинами. Вакцинация ни в какой степени не повышает риск возникновения РАС (бюллетень ВОЗ «Расстройства аутистического спектра», 2018).

Таким образом, наиболее распространенной гипотезой РАС является полиэтиологическая, объединяющая генетические и эпигенетические механизмы в сочетании с воздействием негативных факторов в перинатальный период.

Патогенез

Ученые сходятся во мнении, что симптоматика РАС развивается вследствие дисфункции нейронных сетей в головном мозге.

В 1989 году Ута Фрит предположила, что аутизм развивается вследствие «слабой центральной связи» (weak central coherence) (У. Фрит, 1989). Согласно данной гипотезе, в норме мозг человека функционирует по принципу наличия главного центра управления, который посредством нейронных путей управляет периферическими центрами. Причиной аутизма является нарушение работы этого центра. Автор отметила, что аутизм также характеризуется специфическим дисбалансом в интеграции информации — способности сводить разрозненные сведения в единую картину, связанную общим контекстом (У. Фрит, 1992).

Дальнейшее развитие теория получила в работе «Нарушения связей в коре головного мозга» (Cortical underconnectivity theory) (М. Джаст, 2004,

2013). Авторы полагают, что у людей с РАС нарушен процесс синхронизации активности отдельных областей или участков мозга, необходимый для выполнения сложных когнитивных задач, — нарушена функциональная связь, связанность (*functional connectivity*). Возможны нарушения по типу уменьшения объема связей (*underconnectivity*) или их увеличения (*overconnectivity*), а также изменения функциональной активности. У испытуемых с аутизмом, при сравнении со здоровыми, выявляются слабые функциональные связи между кортикальными и субкортикальными (Дж. Максимо, 2019), передними и задними отделами мозга (Дамарла и др., 2010; Кана, 2009; Мизуно и соавт., 2011).

Причинами таких изменений в архитектуре нейронных путей могут быть воспалительные процессы, патология нейроглии (Д. Варгас, 2005) и веретенообразных нейронов (К. фон Экономо) (Дж. Алман, 2005; М. Сантос, 2011), нарушения процессов нейропластичности и прунинга (Г. Танг, 2014), нарушения работы нейронных связей «сети пассивного режима мозга» (Р. Мозли, 2015; Дж. Максимо, 2019), дисфункции аминокислот N-ацетиласпартата (М. Кляйнханс, 2007) и глутамата (Дж. Рубинштейн, 2003; Д. Рохас, 2014). Вероятно, вовлечены и другие процессы.

Также в этиологии и патогенезе РАС участвует система зеркальных нейронов, дисфункция которой нарушает способность к подражанию, эмпатии, развитие речи и построение «модели психического» человека (В. Рамачандран, 2006; Т. Перкинс, 2010). Модель психического (*theory of mind*) означает способность воспринимать как собственное переживание, так и переживание другого человека с целью объяснения и прогнозирования поведения. Д. Примак, Г. Вудрафт (1978) и У. Фрит, А. Лесли, С. Барон-Коэн (1985) предположили, что триада поведенческих нарушений при аутизме обусловлена нарушением развития способности выстраивать «модель психического».

Таким образом, дисфункциональные нейронные связи не выполняют в полной мере координацию и интеграцию центров и областей мозга. Как следствие, возникают характерные психопатологические феномены. Возможно, вследствие разной выраженности нарушений данных связей и возможностей их восстановления мы наблюдаем у пациентов с РАС различия в симптоматике, динамике и результатах терапии.

Клиника

Аутизм Каннера и синдром Аспергера принято рассматривать как расстройства с общей этиологией и патогенезом, но с отличиями в психопатологии, динамике и терапевтических подходах.

Ранний детский аутизм (аутизм Каннера)

Ранний детский аутизм (РДА) характеризуется нарушением психического развития, аутистической формой контактов с окружающими, расстройствами речи, моторики, стереотипностью деятельности и поведения, которые приводят к стойкой социальной дезадаптации (А. С. Тиганов, В. М. Башина, 2005).

Расстройство проявляется, как правило, в раннем детстве, но симптоматика может быть неочевидна, пока социальные требования не превысят ограниченные возможности.

Начальные проявления РДА можно наблюдать в первый год жизни. Родители могут заметить, что ребенок очень спокоен, редко плачет и гулит. Он не отзывается или минимально отвечает на обращенную речь, попытки родителей вызвать у него ответную реакцию. «Комплекс оживления» при появлении родителя, обращении к ребенку невыразителен или отсутствует, контакта «глаза в глаза» нет. Лепет отсутствует, возможна инверсия цикла «сон — бодрствование». Указательный жест и другие социальные жесты не сформированы. Реакция на собственное имя отсутствует или выражена слабо (однократно из нескольких обращений).

В некоторых случаях у ребенка те же качественные нарушения в социальном взаимодействии сочетаются с противоположным фоном настроения — возбудимостью, тревожностью, плаксивостью, гиперсенситивностью, а также отсутствием или слабой ответной реакцией на попытки родителей успокоить. Бывает высокая чувствительность к звуковым раздражителям и ощущениям (прикосновениям, одежде), ко вкусу и запахам.

Раннее развитие ребенка может соответствовать норме, но в период 1–2 года родители отмечают, что у них «трудный» ребенок (проблемы с кормлением, засыпанием, прогулками, играми и прочие), он отстает по ряду показателей психологического развития, иногда происходит регрессия — утрата навыков (речи, жестов, контакта и прочего). Возможно, речь у ребенка появится раньше обычного, но она не будет использоваться для общения.

Часто встречаются *стереотипии* — устойчивое бесцельное повторение движений, действий, слов или фраз. Наиболее типичные стереотипии — размахивание или вращение рукой, хлопки, взмахи двумя локтями или руками, раскачивание тела, бег по кругу и прочее. Стереотипии могут затрагивать несколько органов чувств: зрение (взмахи руками, моргание, движение пальцев перед глазами, пристальный взгляд на источник света), слух (различные вокальные звуки, щелканье пальцами, закрывание ушей), осязание (чесание, царапание; поглаживание себя рукой или предметом, поверхности предметов), положение в пространстве (ритмичное покачивание из сто-

роны в сторону, вперед-назад), вкус (облизывание частей тела, предметов), обоняние (обнюхивание рук или предметов, других людей). Хождение на носочках в ускоренном темпе тоже является часто повторяющейся формой поведения при возбуждении или чрезмерной стимуляции. Дети могут многократно повторять услышанные слова и фразы — *эхолалии*. Наблюдается *полевое поведение* — деятельность ребенка обусловлена не намерениями и интересами, а окружающими стимулами (не ребенок обращает внимание на предмет, а предмет как бы притягивает к себе его внимание).

В возрасте 2–3 лет нарушения коммуникации и социального взаимодействия становятся очевидными, особенно на детских площадках и в учреждениях дошкольного образования. Дети не интересуются другими детьми и их играми, не могут следовать направлению внимания (протодекларативное указание) и привлечь детей и взрослых к своим интересам.

Для ребенка с аутизмом характерен *феномен тождества* — стремление поддерживать неизменной окружающую обстановку. Он дорожит и требует не менять те способы взаимодействия с окружающими, которые освоил; обстановку, которая для него привычна, предсказуема. Не может гибко приспособливаться, поэтому для него важно сохранить постоянство, например, в маршруте прогулок или поездок, одежде, обстановке комнаты и т. п.

Таким образом, ранними признаками РДА являются (А. В. Горюнова, Л. Ю. Данилова, Ю. С. Шевченко, Г. В. Кузьмич, 2014):

- нарушения взаимоотношений и общения в раннем возрасте (отсутствие фиксации взгляда на лице взрослого или контакта глаза в глаза, комплекса внимания, «подражания», интонационного крика; позднее появление ответной улыбки, слабость комплекса оживления);
- нарушения инстинктивного поведения и социальных навыков: индифферентное отношение к матери или аффективный симбиоз с ней (нарушение системы «мать–дитя»); отсутствие реакции на свое имя после 6 месяцев; отсутствие указательного жеста, подражания мимике, звукам животных и речи, жестам; отсутствие детских игр («ладушки», сорока-воровка и т. п.);
- искажение или задержка этапов двигательного развития при отсутствии парезов. Расстройства мышечного тонуса: мышечная гипотония или дистония. Отсутствие позы готовности при взятии на руки, трудность фиксации позы. Малая двигательная активность до 1 года, сменяющаяся гиперактивностью после становления ходьбы. Раннее появление двигательных стереотипий;
- патологические речевые феномены: задержка или искажение формирования предречевых этапов (бедное гуление и лепет). Позднее появление слогов и слов, их замена звуками, интонационная невыразительность. Диссоциация речевого развития в виде задержки импрессивной и коммуникативной функции речи при достаточной артикуляции;

- «завороченность» созерцанием ярких предметов, их движением. Своеобразная избирательность в игрушках, замена их бытовыми предметами с формированием сверхценного отношения к ним. Задержка игры на этапе стереотипного манипулирования. Отсутствие воображения в игре. Протодиакризис;
- эмоциональные особенности: грустное, отстраненное выражение лица, «серьезный» взгляд с первых дней жизни, гипомимия. Гиперестезия в сочетании с общей аналгезией. Высокий уровень тревоги, готовность к паническим реакциям, раннее формирование страхов;
- сочетание трудностей привлечения внимания с большой пугливостью и гиперчувствительностью. Страх мытья головы. Гиперметаморфоз внимания;
- нарушения вегетативно-инстинктивных функций, возникающие при отсутствии перинатальной патологии спустя один-три месяца после родов и сохраняющиеся в последующие годы (расстройства сна, аппетита и желудочно-кишечные). Отсутствие реакции на физический дискомфорт. Избирательность в еде, предпочтение протертой пищи. Задержка формирования навыков опрятности, самообслуживания;
- ригидная привязанность к стереотипам: в еде, одежде, распорядке дня, расположении предметов. Трудности с адаптацией к переменам.

Следует отметить, что, несмотря на нарушение коммуникации, у детей с аутизмом формируется привязанность к родителям или прародителям. Они способны дифференцированно относиться к людям, часто узнают себя в зеркале и через отражение в зеркале замечают окружающих людей, реагируют в ответ на обращение.

Нарушения развития у детей с аутизмом достаточно стойкие и вызывают дезадаптацию в семейной, социальной, образовательной, профессиональной и других важных сферах функционирования.

Синдром Аспергера

В 1944 году австрийский психиатр Ганс Аспергер опубликовал работу «Аутистические психопаты в детском возрасте», которая приобрела широкую известность лишь в 1991 году благодаря переводу и публикации статьи У. Фрит. Отечественные психиатры, такие как С. С. Мнухин, Д. Н. Исаев, В. Е. Каган, были знакомы с наблюдениями Аспергера и тоже посвящали статьи «аутистическому» феномену, который в дальнейшем получил название синдрома Аспергера.

Синдром Аспергера (СА) — расстройство развития, характеризующееся значительными трудностями в социальном взаимодействии и невербаль-

ном общении наряду с ограниченными и повторяющимися паттернами поведения и интересами, но с относительно высоким уровнем интеллекта и вербальной речи.

Диагностические критерии по МКБ-10:

1. Отсутствует клинически очевидное общее замедление когнитивного или речевого развития.
2. Качественное нарушение социального взаимодействия.
3. Необычайно интенсивный изолированный интерес к чему-либо или ограниченные поведенческие стереотипии и занятия.
4. Расстройство не соответствует критериям других общих нарушений развития и других расстройств.

Л. Винг (1981) описала характерные черты СА у детей. Они:

- 1) наивны, не понимают общепринятых норм поведения;
- 2) имеют узкие ограниченные интересы;
- 3) проявляют плохую координацию движений, неуклюжи;
- 4) характеризуются повторяющейся речью, не соблюдают правила ведения диалога;
- 5) не имеют здравого смысла.

К. Жильбер (1989) предложил шесть критериев СА:

5. Тяжелое нарушение в социальном взаимодействии, проявляющееся, по меньшей мере, одним из четырех признаков:
 - неспособность нормально взаимодействовать со сверстниками;
 - отсутствие желания взаимодействовать со сверстниками;
 - отсутствие понимания намеков;
 - социально и эмоционально неприемлемое поведение.
6. Все исключаящий узкий интерес, проявляемый по меньшей мере одним из следующих способов:
 - исключение другой деятельности;
 - строгое повторение правил;
 - сильнее развито механическое запоминание, чем логическое.
7. Следование распорядку и поддержка интересов, проявляющиеся по меньшей мере в одном из следующих действий:
 - возложение на себя мотивов и интересов в разных сферах жизни;
 - возложение мотивов и интересов на других.
8. Языковые и речевые проблемы, проявляющиеся по меньшей мере в трех из следующих признаков:
 - задержка развития речи;
 - внешне правильная экспрессивная речь;
 - формальная, педантичная речь;
 - плохая просодика, необычные голосовые характеристики;

- нарушение понимания, включая неправильную интерпретацию подразумеваемых значений.
9. Проблемы невербальной коммуникации, проявляющиеся по крайней мере одним из следующих способов:
- ограниченное использование жестов;
 - неуклюжий/неловкий язык движений;
 - ограниченные выражения лица;
 - неподходящие выражения;
 - странный фиксированный взгляд.

Клиника

Развитие в раннем возрасте соответствует возрастной норме. Родители могут отмечать раннее формирование речи и ее необычный характер. Например, стереотипные повторения слов, вопросов или фраз по типу эхолалий, неологизмы, большой словарный запас, просодические особенности (монотонность, речевой напор).

Нарушения коммуникации и социального взаимодействия становятся очевидными, как правило, в дошкольном учреждении, но в некоторых случаях замечаются только в школьном возрасте. Деадаптация в детском саду у детей с СА может быть вызвана большим количеством детей в одном помещении, сильным и длительным шумом при высокой сенситивности, неспособностью следовать правилам поведения, принудительным «воспитанием» персоналом и т. п.

Дети не избегают социальных контактов, они стремятся к общению со сверстниками, но отношения с ними не складываются из-за неспособности понять и использовать «правила» социального поведения. У детей с СА нарушена способность понимать намерения, желания, чувства, убеждения других людей и свои собственные, выстраивать поведение в соответствии с данными знаниями («модель психического»). Поэтому ориентация и адаптация в социальном мире затруднена. Саймон Барон-Коэн (1995) назвал этот феномен слепым разумом (*mind-blindness*). Кроме того, не развита невербальная коммуникация (жесты, мимика, зрительный контакт) и способность чувствовать невербальные сигналы других, эмпатия, навыки утешения и поддержки.

У детей получается играть с другими детьми в простые игры (бросать мяч, играть в догонялки), но когда задача усложняется или меняются правила, дети с СА испытывают растерянность, обижаются, злятся, пытаются заставить детей соблюдать прежние правила. Такая реакция обусловлена неспособностью проявлять гибкость, чуткость, синхронно с другими реаги-

ровать на изменения. Они обеспокоены трудностями, пытаются разобраться, спрашивают родителей, как себя вести, как правильно, как подружиться, но, несмотря на объяснения, не могут понять, уловить нюансы и тонкости общения. Поэтому им часто комфортнее играть с детьми, которые младше их.

Крупная моторика отстает в развитии, в связи с чем детям неинтересны активные виды спорта, не получается выполнять все задания на уроках физкультуры.

Интеллектуальное развитие соответствует норме. В некоторых случаях ребенок обладает большими и глубокими познаниями, но в рамках своего интереса (увлеченность транспортом, маршрутами, картами, космосом и пр.). Такие дети могут преуспевать в математике, шахматах и других интеллектуальных играх, но им трудно эффективно применять свои знания в социальной жизни.

Для ребенка с СА свойствен специфический разговорный стиль речи наподобие монолога — он стенично и монотонно рассказывает о своих интересах, не замечая реакции собеседника. Даже при общих увлечениях будет рассказывать о своих знаниях, интересоваться знаниями собеседника, но не им самим. В случае переключения на другую тему, вне его интересов, внимание пропадает, может возникать напряжение, разговор прерывается.

Еще одна особенность — прямолинейное высказывание своих мыслей и наблюдений, из-за чего ребенок может казаться грубым, «хамоватым» или чрезмерно откровенным, честным. Такие высказывания приводят к непониманию, конфликтам, насмешкам и издевательствам в школе. Дезадаптация в школе и социуме часто является причиной социальной изоляции, страхов допустить ошибку в общении и быть отверженным, формирования идей отношения, а также тревожных и депрессивных расстройств.

Атипичный аутизм

Атипичной формой аутизма в детском возрасте принято называть большинство наиболее тяжелых форм аутизма при разных нозологиях, в структуре которых аутизм нередко выступает как психотическая составляющая (Н. В. Симашкова, 2006, 2013).

К атипичному аутизму относятся состояния, когда:

- дебют типичной симптоматики РДА происходит после 3 лет;
- в течение первых пяти лет появляются симптомы аутизма, но клиническая картина не соответствует всем критериям РДА;
- симптомы аутизма развиваются на фоне генетических заболеваний (синдром ломкой X-хромосомы, фенилкетонурия, синдром

Вильямса-Бойерна, синдром Корнелии де Ланге и др.), органической и резидуально-органической патологии (С. С. Мнухин, 1947), расстройств развития (психологического и интеллектуального), ранней шизофрении, эпилепсии и пр. (В. М. Башина, 2006; Н. В. Симашкова, 2013).

В случае только более позднего начала, после 3 лет, симптоматика схожа с типичной картиной РДА. Если заболевание развивается раньше или позднее указанного возраста, но с нетипичной симптоматикой, то клиническая картина часто соответствует психотическому уровню патологии. Происходит распад уже достигнутых нормальных поведенческих и двигательных реакций — падение активности, жизнерадостности, угасание реакции на родных; интерес заменяется безучастностью, нарастает астения. Вслед за негативными симптомами возникают кататонические расстройства, преимущественно в форме двигательных стереотипий. Исходом болезни является формирование необратимого олигофреноподобного дефекта. Остановка психического развития, регресс развитых психических функций с негативным исходом соответствуют психозу в рамках детской шизофрении.

Дифференциальная диагностика РДА и ранней шизофрении у детей затруднительна, так как у начальных клинических проявлений есть внешнее сходство. Однако РДА уже в раннем возрасте проявляется стандартной триадой нарушений. Дебют шизофрении часто представлен атипичными симптомами, а к 5–7 годам уже могут наблюдаться значительные личностные изменения в психической организации ребенка. То есть клиническое разноморное и динамика двух расстройств сильно отличаются (М. Ш. Вроно, 1971; Б. В. Воронков, Л. П. Рубина, 2014; Б. Кинг, К. Лорд, 2011).

Диагностика

Ранняя диагностика РАС возможна в возрасте 1–2 лет. Для полноценной диагностики необходимо:

- проконсультироваться у педиатра, детского психиатра, невролога, психолога, генетика;
 - исключить патологию слуха; генетические заболевания (синдром Ретта, синдром ломкой X-хромосомы, фенилкетонурия, синдром Вильямса-Бойерна, синдром Корнелии де Ланге и др.); расстройства развития (психологического и интеллектуального); эпилепсию, органическую патологию; раннюю шизофрению;
 - использовать верифицированные методики для диагностики РАС.
- К основным достоверным методикам ранней диагностики относятся:
- опросник для диагностики аутизма, адаптированный вариант (Autism Diagnostic Interview — ADI-R);

- шкала наблюдения для диагностики аутизма (Autism Diagnostic Observation Schedule — ADOS);
- опросник по аутизму у маленьких детей (Checklist for Autism in Toddlers — CHAT, M-CHAT);
- шкала рейтинга детского аутизма (Childhood Autism Rating Scale — CARS);
- опросник для диагностики социальных заболеваний и нарушений способности к общению (Diagnostic Interview for Social and Communicative Disorders — DISCO);
- опросник родителей для диагностики аутизма (Autism Diagnostic Parents Checklist — ADPC).

Важно отметить, что ранняя диагностика и оказание ранней специализированной помощи имеют большое значение для положительной динамики расстройства и его прогноза.

Терапия

Ребенок с РАС, как правило, нуждается в многопрофильной помощи — детского психиатра, невролога, специалистов по развитию (психолога или педагога по коррекции и обучению), логопеда и прочих.

В случае типичных РДА и СА проводится оценка развития навыков коммуникации и социального взаимодействия, затем подбирается индивидуальная программа обучения, коррекции и поддержки. В зависимости от того, на какие навыки воздействуют программы вмешательств, их можно условно разделить на три типа: поведенческие, развивающие (образовательные), социальные (направленные на включение детей с РАС в общество) (Е. Л. Григоренко, 2018).

К наиболее популярным и эффективным программам относятся (Е. Л. Григоренко, С. Торрес, Е. И. Лебедева, Е. А. Бондарь, 2018):

- прикладной анализ поведения (Applied behavior analysis);
- обучение при помощи отдельных попыток (Discreet trial training);
- обучение опорным навыкам (Pivotal response treatment);
- денверская модель (Early start Denver method);
- лечение и обучение детей с аутистическими и другими нарушениями общения (Treatment and education of autistic and related communication handicapped children, TEACCH);
- система коммуникаций с помощью обмена картинками (Picture exchange communication systems);
- визуальное расписание заданий (Picture activity schedule);
- сенсорная интеграция и др.

Выбор программы зависит от уровня психического развития ребенка, доступности квалифицированной помощи, возможностей родителей, эффективности программы и прочих факторов.

Следует отметить, что в консультировании нуждается вся семья ребенка с РАС, поскольку необходимо сформировать у ее членов понимание особенностей его развития, актуальных потребностей, способов продуктивного взаимодействия в повседневной жизни, создании развивающей среды и социальной адаптации. Например, Т. П. Медведева и И. Б. Музюкина (2016) предлагают модель командной работы специалистов с семьей ребенка с РАС, в которой описывают этапы комплексной диагностики, рекомендации специалистам и родителям (Т. П. Медведева, И. Б. Музюкина, 2016).

Психофармакотерапия показана и эффективна для лечения сопутствующих расстройств эмоций и поведения при РДА и СА. Атипичные нейролептики (рисперидон, кветиапин, арипипразол) эффективны в редукции гиперактивности, стереотипий, агрессивности и возбудимости (Г. В. Козловская, 2016; К. Дойл, Ш. Макдугл, 2012; Н. Менитон, 2018).

Следует отметить, что в каждом случае первоначально следует установить нозологию симптомов, а затем подбирать наиболее эффективные методы терапии.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение термину «расстройства аутистического спектра».
2. Опишите клинику раннего детского аутизма.
3. Чем отличается синдром Аспергера от раннего детского аутизма?
4. Какие вы знаете программы в лечении и реабилитации РАС?

Рекомендуемая литература

1. Волкмар Ф. Р., Вайзнер Л. А. Аутизм: Практическое руководство для родителей, членов семьи и учителей: В 3 т. // Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014. — 850 с.
2. Медведева Т. П., Музюкина И. Б. Команда консультирует семью. Практика ведения командных консультаций для семей, воспитывающих детей дошкольного возраста с РАС и ментальными нарушениями: Методическое пособие // Фонд «Выход», 2016. — 64 с.

3. *Никольская О. С. Баенская Е. Р., Либлинг М. М.* Аутичный ребенок. Пути помощи. — М.: Теревинф, 2014. — 288 с.
4. *Симашкова Н. В. Макушкин Е. В.* Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение: Клинические рекомендации // ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Российское общество психиатров, 2015.

Глава 10. Аффективные психозы у детей и подростков

И. В. Макаров

Под аффективными психозами (АП) понимают преимущественно эндогенные психические заболевания с преобладанием в клинической картине аффективных нарушений. При этом надо учитывать, что среди органических психозов у детей и подростков также наблюдаются психотические состояния с преимущественно аффективной симптоматикой.

Эпидемиология

Точных данных о распространенности аффективных психозов у детей и подростков нет. Например, показатели распространенности депрессий в детско-подростковой популяции колеблются в пределах от 3 до 25 %. В целом данная группа психических заболеваний встречается среди детско-подростковой популяции значительно реже, чем у взрослых. По нашим данным, количество детей с аффективными психотическими (субпсихотическими) нарушениями, получающих терапию в амбулаторных условиях, в 10–12 раз превышает количество госпитализированных. Соотношение девочек и мальчиков равно 3,5:1 соответственно.

Классификация

В классическом понимании к АП относят маниакально-депрессивный психоз (МДП) и атипичные аффективные психозы (ААП). Некоторые авторы в рамках АП рассматривают шизоаффективные психозы. Однако существует группа аффективных психотических расстройств, описываемых школой С. С. Мнухина в структуре органических АП (отдаленные последствия черепно-мозговой травмы, нейроинфекций, текущие органические заболевания головного мозга).

На наш взгляд, группа АП у детей может быть разделена следующим образом:

1. Маниакально-депрессивный психоз (рубрики по МКБ-10: F30 — маниакальный эпизод; F31 — биполярные аффективные расстройства; F32 — депрессивный эпизод; F33 — рекуррентные аффективные расстройства, часть рубрик F34 и F38).

2. Атипичные аффективные психозы (также могут кодироваться частью рубрик, указанных для МДП).

3. Шизоаффективные психозы (по МКБ-10: F25 — шизоаффективные расстройства).

4. Органические аффективные психозы (по МКБ-10: F06.3 — органическое аффективное расстройство, а также рубрика F06.81 — психотическое органическое расстройство).

Дополнительно можно отметить, что аффективные психотические расстройства наблюдаются у детей при эпилептических психозах и психозах у больных с умственной отсталостью. Таким образом, понимание границ аффективных психозов у детей и подростков зависит от той или иной психиатрической школы или направления. Так, ряд авторов относят к АП лишь эндогенные психические заболевания (что справедливо для большей части АП), другие допускают возможность существования органических АП разной этиологии (школа С. С. Мнухина, взглядов которой мы придерживаемся).

Синдромология и клиника

Классические «тоскливые» депрессивные фазы сопровождаются характерным замедлением мышления и снижением двигательной активности. Однако состояние депрессивного ступора (субступора) практически не наблюдается до 16–17 лет. «Тоскливые» депрессивные состояния у детей, как правило, сопровождаются вегетативной симптоматикой: сухость слизистых, тахикардия, мидриаз, спастические запоры. Возникают отдельные (менее выраженные, чем у взрослых) идеи самообвинения, когда дети заявляют, что их «заслуженно» наказывали родители, «правильно» дразнили сверстники и т. п. Ниже приводим пример подобного состояния.

ПРИМЕР

Больная О. П., 11 лет, поступила в детский психиатрический стационар впервые по направлению диспансерного отделения, куда была приведена накануне материю. За две-три недели до госпитализации стала хуже учиться

(«все валилось из рук»), перестала гулять. Спрашивала родителей, достаточно ли она их уважает, попросила отца наказывать ее чаще, если она провинилась перед ним в чем-либо. Нарушился сон: засыпала лишь под утро, появились ночные кошмары. В отделении во время беседы с врачом плачет, говорит, что не может больше учиться, так как «голова пустая, мыслей почти нет». Себя оценивает как «последнюю ученицу в классе», считает, что «такой дуручке, как она, место лишь в психушке». Предоставленная сама себе, лежит в кровати или сидит рядом с постом медсестры. Во время еды пытается отдать часть порции другим пациентам — «им это нужнее». Отмечает, что появилось чувство «какого-то стягивания в груди», «будто какая-то воронка в сердце воткнута». На фоне проводимого лечения мелипрамином 50 мг/сутки через три-четыре недели состояние значительно улучшилось, считала все свои высказывания «глупостью», возобновила учебу в школе. Была выписана под наблюдение диспансера без каких-либо психопатологических нарушений.

В ряде случаев у пациентов отмечаются тревожные депрессии, как правило, не сопровождающиеся значительной ажитацией.

ПРИМЕР

Больной А. П., 12 лет. Госпитализирован в детский психиатрический стационар в связи с тем, что плачет навзрыд, не спит ночью, дважды пытался отравиться взятыми из домашней аптечки валидолом и элениумом. В отделении беспокоен, постоянно ходит от окна к двери и обратно, просит врача взять его на беседу, при этом начинает плакать. Говорит, что «больше так жить не может»; часто вскакивает со стула во время беседы, объясняя это наличием «беспокойства».

На фоне проводимого лечения амитриптилином до 50 мг/сутки и феназепамом 1 мг/сутки через три недели настроение выровнялось, охотно беседовал, но обсуждать, что с ним происходило, отказывался — «сам не знаю, все было как в дурном сне».

В ряде случаев депрессивные фазы МДП протекают с выраженным ипохондрическим компонентом, когда пациенты говорят о том, что «больны СПИДом, каким-нибудь неизлечимым заболеванием, раком», появляются неприятные ощущения в области головы, живота, а у подростков 15–17 лет — в области гениталий.

Данные ощущения могут быть расценены как близкие к сенестопатиям, но в ряде случаев речь, вероятно, идет о витальном компоненте депрессии, который не обязательно проявляется в виде классической «предсердной тоски», а «звучит» в жалобах пациентов на тяжесть и боли в голове, животе, других частях тела. В некоторых случаях депрессивные фазы протекают по

типу депрессивно-деперсонализационных состояний с явлениями любой из форм деперсонализации.

Значительные диагностические трудности вызывают адинамические и астенические депрессивные фазы. В таком случае больной становится безынициативным, порывает с друзьями, зачастую превращаясь в унылого домоседа, жалующегося на повышенную утомляемость, чувство разбитости или, наоборот, не жалующегося вовсе и отказывающегося от какой-либо помощи. Как правило, не удастся увидеть классического снижения настроения. На первый план выступает «хмурость», «отсутствие всех желаний», «вечная разбитость» (случай астенического варианта депрессии). Как адинамические, так и астенические депрессивные фазы в рамках АП у детей требуют дифференциальной диагностики, прежде всего, с явлениями эндогенной астенической юношеской несостоятельности Глатцеля — Хубера при шизофрении.

Следует отметить, что адинамические и астенические депрессии, в отличие от состояний Глатцеля — Хубера, сопровождаются симпатикотоническими вегетативными проявлениями (запоры, сухость слизистых оболочек, мидриаз, аменорея у девочек-подростков), что помогает проведению дифференциальной диагностики. Тем не менее достаточно часто приходится использовать назначение антидепрессантов с диагностической целью (*ex juvantibus*).

В амбулаторных условиях наблюдается также дисфорический вариант депрессивных фаз, когда на фоне незначительной гипотимии на первый план выступают явления раздражительности, недовольства собой и окружающими, «всемирным». Видимо, подобный вариант депрессивной фазы может рассматриваться как подтип «брюзжащей» депрессии, или *Unlust*-депрессии, характерной для взрослых.

Депрессии с аноректическим поведением встречаются в основном у девочек и сопровождаются недовольством своей «излишней полнотой». Данный вариант депрессивных расстройств протекает фазно, чего, как правило, нет при классической нервной анорексии. Назначение антидепрессантов у больных данной группы приводит к выздоровлению и, соответственно, полному исчезновению уверенности в своей «излишней полноте» или «лишнем весе».

В случаях с классической нервной анорексией назначение только антидепрессантов, как правило, недостаточно эффективно.

Одно из наиболее частых депрессивных «амбулаторных» состояний — соматизированные (ларвированные, маскированные) депрессии. На первый план в клинической картине заболевания у такого ребенка выступают разные «соматические» заболевания: головокружение, кардиалгии, приступы удушья, абдоминальные боли, часто сопровождающиеся расстройством

стула. Такой ребенок никогда не жалуется на сниженное настроение. Однако часто можно услышать из уст данной группы пациентов о том, что им «плохо, скучно, не по себе». Можно заметить, что такие дети меньше играют, избегают веселых и шумных компаний. Часто, но не обязательно имеет место некоторое снижение аппетита, вследствие чего пациент худеет. При изучении анамнеза таких больных обращает на себя внимание достаточно длительное и малоэффективное лечение у педиатра, детского невропатолога, гастроэнтеролога, аллерголога и других специалистов. Зачастую каждый специалист ставит «свой правильный» диагноз — «вегето-сосудистая дистония», «синкопальные состояния», «неспецифический язвенный колит», «астматический бронхит» или «бронхиальная астма», многие другие. Как видно из вышеизложенного, диагностика ларвированных депрессий у детей и подростков крайне сложна, а еще осложняется тем, что родители и сами пациенты возражают против консультации и лечения у психиатра. Следует отметить, что при маскированных депрессиях практически всегда присутствуют вегетативные симпатикотонические проявления (сухость слизистых, тахикардия, мидриаз, запоры, аменорея у девочек-подростков). Видимо, решающее диагностическое значение имеет назначение антидепрессантов *ex juvantibus*. В дальнейшем, по мере взросления пациента, возможно как повторение фазы маскированной депрессии, так и появление типичных маниакальных или депрессивных состояний. С уверенностью можно сказать, что не только истерия в понимании старых авторов, но и маскированные депрессии являются «великой притворщицей» современности. Ниже приводим характерный пример.

ПРИМЕР

Больной Л. К., 10 лет. Известно, что в течение последних двух лет у мальчика четырежды (по одному-полтора месяца) наблюдались состояния удушья — «начинал задыхаться, кашлял»; в дальнейшем жаловался на боли в животе, неоднократно обследовали в связи с этим у гастроэнтеролога. Также имели место головные боли, легкие головокружения. Получал специфическую терапию у аллерголога, невролога, гастроэнтеролога без видимых улучшений. Во время беседы мать мальчика отметила, что подобные состояния возникают у сына весной и осенью. Ребенок худеет, меньше ест, становится капризным и «каким-то выпавшим из обоймы», «невеселым». После неоднократных разъяснительных бесед мать дала согласие на назначение антидепрессантов. Проведенная терапия амитриптилином до 30–50 мг/сутки практически купировала «соматические» заболевания.

Одним из достаточно часто встречающихся вариантов депрессивных состояний у детей и подростков является делинквентный эквивалент

депрессии. Данные состояния чаще отмечаются в подростковом возрасте, но, по нашим наблюдениям, делинквентные депрессивные эквиваленты наблюдаются уже в 9–11 лет. В прошлом спокойный и послушный ребенок постепенно становится более неуправляемым, грубит родителям и учителям; снижается школьная успеваемость. Как правило, такой пациент попадает в компанию сверстников, склонную к разным правонарушениям и всевозможным хулиганским действиям. В отличие от истинно делинквентных подростков, такой ребенок чаще всего не стремится избежать наказания, а иногда возникает впечатление, что он специально выбирает ситуации, при которых будет наказан. Делинквентные эквиваленты депрессии не сопровождаются классической гипотимией и в целом крайне сложны для их психопатологической оценки. Тем не менее существует ряд признаков, позволяющих говорить о данном варианте депрессии или хотя бы заподозрить такое состояние. Прежде всего, это наличие вегетативных симпатикотонических нарушений (мидриаз, тахикардия, запоры, сухость слизистых оболочек, аменорея). У такого больного, как правило, происходит снижение аппетита, что нехарактерно для обычных детей-делинквентов. В течение нескольких недель такой ребенок может заметно похудеть. При сборе анамнеза обращает на себя внимание отсутствие тенденции (склонности) к правонарушениям и хулиганству. Чаще всего до начала заболевания такие дети были послушными и ласковыми, поэтому возникающее у них новое состояние являет разительный контраст с недавним прошлым.

Классические маниакальные состояния встречаются, преимущественно, начиная с 15–16-летнего возраста. При этом в клинической картине заболевания на первом плане — выраженное повышение настроения, заметное ускорение мышления, двигательное возбуждение. Подросток переоценивает свои возможности. Как правило, идеи величия носят сверхценный характер, не достигая уровня бреда. Больной отличается повышенным аппетитом, спит мало, но утверждает, что прекрасно выспался, чувствует себя бодрым и отдохнувшим. Практически всегда имеет место выраженная гиперсексуальность. Как следствие, пациент попадает в разные ситуации, связанные с сексуальными эксцессами. В случае классической мании он достаточно быстро оказывается в психиатрическом стационаре, а диагностика психопатологического состояния не вызывает существенных трудностей. Ниже приводим характерный пример.

ПРИМЕР

Больная Г. К., 15 лет. Была доставлена в психиатрический стационар машиной «Скорой помощи» из отделения милиции. Выяснилось, что два дня на-

зад девочка сбежала из дома, так как решила совершить «кругосветное путешествие». Перед побегом украла у родителей все деньги. На приеме смеется, кокетничает с врачом и отмечает, что никогда не чувствовала себя так хорошо. Периодически начинает громко петь, декламирует стихи, предлагает врачу «сыграть в ладушки», «спеть дуэтом». Переоценивает свои возможности: считает, что может окончить школу за полгода, а потом — вуз за год, выучив при этом основные иностранные языки. В палате, предоставленная самой себе, громко поет, танцует, в том числе на столе, рассказывает другим больным о появившихся у нее многочисленных поклонниках и друзьях. В столовой прожорлива, просит добавки, пытается забрать порцию у других пациентов. На фоне терапии клопиксолом до 20 мг/сутки постепенно уменьшилось психомоторное возбуждение, отмечено постепенное купирование гипертимии, стала спать ночью по семь-восемь часов. Была выписана через полтора месяца без какой-либо психопатологической симптоматики.

Более частым вариантом маниакальных фаз в детско-подростковом возрасте является гневливая (гневная) мания. На фоне повышенного настроения отмечаются выраженные вспышки агрессии и злобы, которые быстро сменяются благодушием, чтобы так же быстро возникнуть вновь. Такой ребенок склонен к агрессивным поступкам, часто вступает в драки с другими детьми, родителями, прохожими на улице, учителями. Достаточно часты варианты, когда при гневливой мании речь идет не о повышенном настроении в классическом понимании, а о некоей «вздернутости», о чем говорят родственники пациента и иногда он сам. При стертых гневливых маниакальных состояниях такой больной попадает не на прием к психиатру, а в милицию или комиссию по делам несовершеннолетних. К сожалению, в этом случае некоторые родители все равно избегают обращения к психиатру и психиатрического лечения. Приводим характерный пример.

ПРИМЕР

Больной Л. М., 11 лет. Родители мальчика обратились к психиатру лишь после настоятельных рекомендаций классного руководителя и сотрудников детской комнаты милиции. Стало известно, что в течение последних двух недель у мальчика повысилось настроение, он стал часто и громко хохотать на уроках, в ответ на малейшее замечание учительницы бросался на нее с кулаками, при всех ударил цветочным горшком по голове. На переменах постоянно дрался и тут же мирился с другими детьми, бегал по всем этажам, порвал в гардеробе одежду других учеников. После очередной драки был доставлен в детскую комнату милиции, где ударил инспектора по делам несовершеннолетних журналом по щеке и со смехом заявил, что «перебьет всю милицию», как в фильме «Терминатор». На приеме сердится, что пришлось

ждать «целых пять минут», обещает при повторении подобного «дать врачу в ухо». Присутствующую на беседе мать ударил ногой, заявив, что «нечего болтать попусту». Беседует охотно, настроение повышенное. Сообщил, что «много гуляет последнее время, жаль только, друзья — слабаки, не могут даже нормально дать в нос». Речь перемежает нецензурной бранью: «Мне так проще выражать мысли, вы и сами, небось, днем и ночью материтесь». Родители мальчика категорически отказались от госпитализации в психиатрический стационар, но дали согласие на амбулаторное лечение у психиатра. На фоне приема галоперидола до 7,5 мг/сутки больной стал менее агрессивным. Через две недели родители самостоятельно прервали лечение и увезли сына в деревню, мотивируя свой поступок тем, что «лучше пусть идет в колонию, чем будет числиться дураком».

Во многом близок к гневливой мании так называемый делинквентный эквивалент маниакального состояния. На наш взгляд, ряд делинквентных эквивалентов мании являются скрытой формой гневливых маниакальных фаз без заметного повышения настроения. Наблюдается преимущественно в подростковом возрасте и характеризуется постепенно возникающей и растущей склонностью больного к совершению мелких правонарушений и хулиганских действий. Такие подростки, как правило, попадают в компании несовершеннолетних правонарушителей, иногда становясь на время лидерами подобных групп. Один из вариантов — вхождение подростков с делинквентным эквивалентом мании в компанию наркоманов и людей, злоупотребляющих разными дурмаными средствами. Склонность данной группы больных к злоупотреблению психоактивными веществами не обязательно ведет к развитию того или иного вида зависимости, но значительно повышает риск развития у такого пациента нарко- или токсикомании, особенно при повторных и частых делинквентных эквивалентах. Приводим характерный пример.

ПРИМЕР

Больная М. Н., 13 лет. Родители привели девочку в диспансерное отделение в связи с тем, что она начала убегать из дома и злоупотреблять алкогольными напитками в компании сверстников. Стало известно, что поведение изменилось в течение последних трех недель — начала грубить родителям, ела больше обычного, оставляла посуду невытой, перестала ходить в школу. Время проводила в основном среди подростков-делинквентов. Дополнительно удалось выяснить, что за последний месяц больная похудела, несмотря на повышенный аппетит, появилась аменорея. На приеме держится вызывающе, считает, что она уже взрослая и сама вправе распоряжаться своей жизнью. Признает, что раньше никогда себя так не вела: «Ну и что из того? Когда-то

надо начинать». Считает, что в будущем у нее «все сложится прекрасно», отмечает свое «особенно хорошее, как никогда, самочувствие». Наблюдаются незначительные мидриаз и тахикардия. Родители дали согласие на госпитализацию девочки в психиатрическую больницу, где на фоне терапии тизерцином до 75 мг/сутки отмечено исчезновение склонности к алкоголизации — «не хочется даже думать о водке», — совершению правонарушений, уходам из дома. (Первое время пребывания в отделении больная неоднократно нарушала режим.) Тепло встречала родителей, стала тяготиться госпитализацией. По выписке нарушений в поведении не отмечено.

Одним из достаточно часто встречающихся маниакальных состояний у детей является мания с дурашливостью (мориоподобная мания). По нашим наблюдениям, данный вариант маниакальных состояний наблюдается с 6–7 лет. Ребенок становится дурашливым, настроение повышенное, он часто и много кривляется, шутит. Такие больные охотно общаются, стремятся участвовать в коллективных играх с другими детьми, а школьная успеваемость, как правило, снижается. Наиболее часто явления мориоподобной мании протекают на амбулаторном субпсихотическом уровне. Данные состояния следует, прежде всего, дифференцировать с возникающими гебефреническими нарушениями в рамках шизофрении, а также с классическим состоянием мории вследствие органического поражения лобных отделов головного мозга. От шизофренического гебефренического синдрома мания с дурашливостью отличается тем, что такой больной общителен, может удачно шутить, часто весело и заразительно смеется, стремится в компанию сверстников. При гебефрении мы не наблюдаем «теплых» эмоций; несмотря на дурашливость, больной остается холодным, отгороженным от окружающих и часто не стремящимся к общению. От классических состояний мории манию с дурашливостью помогают отличить дополнительные обследования (отсутствие грубого органического поражения лобных отделов головного мозга при мориоподобной мании), а также анамнестические данные (например, указания на недавно прооперированную опухоль головного мозга свидетельствует в пользу классической мории). Характерным примером является следующее наблюдение.

ПРИМЕР

Больной А. Т., 9 лет. Поступил в психиатрический стационар в связи с неадекватным поведением дома и в школе. Выяснилось, что в течение последней недели странно ведет себя в школе: кривляется, «корчит рожи» учителю, громко смеется во время урока, кидает в школьную доску бумажными шариками. Дома тоже кривлялся, все время шутил, не реагируя на замечания родителей и последующие наказания. В отделении держится среди других детей, мно-

го шутит, часто — довольно удачно, что вызывает смех как у больных, так и у медперсонала. Настроение повышенное. Подвижен, но без психомоторного возбуждения. Осмотр невропатолога и параклинические исследования какой-либо патологии не выявили. Данное состояние длилось три-четыре недели. На фоне проводимой терапии галоперидолом до 5 мг/сутки и депакином до 0,3 г/сутки описанная выше симптоматика купирована.

Маниакально-депрессивный психоз у детей и подростков

Данное заболевание встречается в детском возрасте крайне редко. По мнению некоторых авторов, ранее 10 лет маниакально-депрессивный психоз (МДП) вообще не возникает. По нашим наблюдениям, диагноз МДП ставится детям до 14 лет лишь при относительно твердой уверенности врача-психиатра в его правильности и относительно типичных клинических вариантах как депрессивных, так и маниакальных состояний. Первой фазой МДП в 75 % случаев оказывается депрессивная. О госпитализации в психиатрический стационар, как правило, речь идет в случае развития выраженного депрессивного или маниакального состояния. С 16–17 лет МДП больше напоминает классический «взрослый» вариант. Из дополнительных особенностей у детей и подростков здесь можно отметить более короткие, чем у взрослых, фазы (наблюдаются необязательно). Как и у взрослых больных, возможны следующие типы течения МДП:

1. Монофазный тип, который может быть маниакальным (разные клинические варианты маний, разделенные интермиссией — светлым промежутком) и депрессивным, когда депрессивные фазы тоже разделены интермиссиями.

2. Биполярный тип течения, когда у больного присутствуют и маниакальные, и депрессивные фазы, разделенные интермиссиями.

3. Континуальный тип течения, когда депрессивная фаза сменяет маниакальную и наоборот, без интермиссии. Еще можно отметить большую, чем у взрослых, частоту континуального типа течения.

Атипичные аффективные психозы у детей и подростков

Как и МДП, психозы протекают фазно. Возможны такие же типы течения ААП. Клиническая картина определяется чаще всего субпсихотическими «неклассическими» маниакальными и депрессивными состояниями.

Например, могут наблюдаться адинамические депрессии, сменяющиеся мориоподобными маниями с последующим возникновением ларвированного депрессивного состояния.

Шизоаффективные психозы у детей и подростков

По мнению большинства авторов, группа шизоаффективных психозов (ШАП) является промежуточным звеном между шизофренией и МДП и может рассматриваться как рабочий диагноз. Речь идет о ШАП в случае присоединения к тому или иному варианту депрессивного или маниакального состояния отдельных галлюцинаторных, бредовых и иных психопродуктивных расстройств, относительно часто встречающихся при шизофрении. Заметными в клинической картине заболевания могут быть разные структурные нарушения мышления (атактическое, символическое, паралогическое, резонерское и др.). Следует отметить, что взгляды различных авторов на ШАП сильно отличаются друг от друга. Некоторые исследователи относят шизоаффективные психозы к группе шизофренических расстройств, другие предлагают использовать термин «атипичные МДП», особенно в случае преобладания аффективной симптоматики. Ниже приводим характерный пример.

ПРИМЕР

Больная А. В., 14 лет. В психиатрический стационар поступила в связи с неадекватным поведением, суицидальными высказываниями. Выяснилось, что в течение последних двух-трех недель снизилось настроение, девочка поняла, что ей «незачем жить», «все равно ничего хорошего не предвидится». Появилось ощущение тяжести в области сердца, сон стал поверхностным, с частыми кошмарными сновидениями. Находясь в отделении, она стала слышать в голове незнакомый женский голос, который постоянно произносил «табуретка, табуретка». Девочка не могла объяснить появление данного голоса и отметила, что не может даже заплакать. В дальнейшем присоединилась деперсонализационная симптоматика: она не ощущала, холодно или жарко в палате; жаловалась на то, что пища стала «будто сухая и безвкусная пакля»; не чувствовала позывов к мочеиспусканию. На фоне терапии амитриптилином до 100 мг/сутки и феназепамом до 2 мг/сутки отмечено постепенное исчезновение депрессивно-деперсонализационной симптоматики. Однако сохранились вербальные псевдогаллюцинации, которые исчезли, как только к терапии добавили трифтазин. Больная выписана через три месяца без какой-либо психопатологической симптоматики. Повторно поступила через год в гипоманиакальном состоянии с идеями переоценки собственной личности и ощущением, что за ней «наблюдают со стороны» и, возможно,

скоро заговорит та самая женщина, чей голос она слышала в прошлом. Проводилась терапия клопиксолом до 15 мг/сутки. Девочка выписана через полтора месяца без какой-либо заметной психопатологической симптоматики. Катмнез через два с половиной года. В психиатрическую больницу не поступала. Учится в техникуме, какого-либо личностного дефекта не определяется.

Органические аффективные психозы

Группа органических аффективных психозов (ОАП) относительно невелика. Достаточно характерный анамнез таких пациентов: перенесенные в прошлом черепно-мозговые травмы (особенно ушиб головного мозга), менингоэнцефалиты и другие экзогенные органические вредности. В ряде случаев психотические аффективные расстройства развиваются на фоне текущего органического заболевания головного мозга (опухоль, киста с нарастающими явлениями сдавления мозга и т. д.). Клиническая картина органических аффективных психозов, как правило, отличается от эндогенных аффективных психозов. Так, у больного наблюдаются мориоподобные маниакальные состояния, мании с элементами идей воздействия и преследования (параноидальная мания), гневливая мания.

Депрессивные состояния в рамках ОАП чаще всего протекают по типу астенических, адинамических и ипохондрических депрессий. Возможно возникновение депрессивно-онейроидных состояний. В дальнейшем могут отмечаться различные симптомы помрачения сознания («сумерки», явления аментивной и астенической спутанности). В этом случае говорить об органических аффективных психозах уже не приходится. Все вышесказанное дополнит следующее наблюдение.

ПРИМЕР

Больной А. Б., 11 лет. Поступил в психиатрический стационар в связи с агрессивностью в адрес родителей, крайней раздражительностью, снижением настроения, частыми головными болями, резким снижением школьной успеваемости. В отделении: настроение снижено, раздражителен, легко возбудим, считает, что «хуже не бывает», «не настроение, а тьма какая-то». Ругается с другими детьми, грубит персоналу. Временами озлоблен. Рассказал, что около полугода назад было «очень-очень страшно, казалось, что я — маленький-маленький, и в это время у меня в голове был странный голос». Отметил, что подобные явления наблюдались примерно в течение 10 дней, затем сами прошли. За время пребывания в отделении ни галлюцинаторных, ни психосенсорных расстройств не отмечено. На фоне проводимой терапии

финлепсином исчезли раздражительность и вспыльчивость, но на первый план выступило сниженное настроение с плаксивостью, незначительной тревожностью, идеями «своей ненужности». Присоединение к терапии амитриптилина купировало депрессивную симптоматику. При дополнительных обследованиях у больного выявлен поликистоз головного мозга, грубые органические нарушения на ЭЭГ, повышение внутричерепного давления (проведена также дегидратация и курс рассасывающей терапии).

Конечно, нельзя не учитывать роль наследственных факторов при возникновении ОАП. Во многом вопрос о происхождении данных психотических расстройств остается открытым: является такое нарушение «истинно органическим» или речь идет об эндогенном психозе, спровоцированном той или иной экзогенной органической вредностью (психоз на «измененной почве»). На наш взгляд, выделение подобной группы психотических заболеваний оправданно и может использоваться как рабочий диагноз по аналогии с выделением шизоаффективных психозов.

Дополнительным важным клиническим фактором является то, что у ряда больных с рецидивирующими органическими аффективными психозами наблюдается нарастание от приступа к приступу когнитивного дефицита вплоть до психоорганического синдрома и, реже, органической деменции.

Особенности лечения аффективных психозов у детей и подростков

Можно отметить, что терапия маниакальных состояний в рамках аффективных психозов у детей в целом незначительно отличается от терапии взрослых больных. Используются прежде всего нейролептики (антипсихотики) с седативным действием (в возрастных дозировках) — галоперидол, тизерцин, аминазин, из более новых препаратов — клопиксол. Терапия депрессий у детей во многом вынужденно определяется недостаточной апробацией антидепрессантов последнего поколения в данной возрастной группе. Используются классические трициклические антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин). В гораздо меньшей степени — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), так как по данным формулярной системы, принятой в РФ, многие из этих препаратов должны назначаться лишь с 15 лет. Существует мнение, что СИОЗС более эффективны при детских, чем при взрослых, депрессиях. Уже есть опыт использования таких препаратов, как золофт и паксил, при депрессиях, начиная с 12 лет. Думается, что в ближайшем будущем СИОЗС займут основную нишу при терапии депрессивных состояний у детей (лучше переносятся,

побочные эффекты сведены к минимуму). В качестве нормотимической (превентивной) терапии аффективных психозов целесообразно применять карбамазепины или вальпроаты (например, финлепсин, депакин). Наши наблюдения показывают, что использование данных препаратов в виде пролонгированной формы (финлепсин-ретард и депакинхроно) оказывается наиболее удобным и достаточно часто предотвращает или уменьшает количество аффективных фаз.

Контрольные вопросы

1. Что такое аффективные психозы и в каких рубриках МКБ-10 они отражены?
2. Какие варианты аффективных психозов у детей и подростков можно выделить?
3. Какие варианты депрессивных фаз выделяются у детей с аффективными психозами?
4. Какие разновидности маниакальных состояний выделяются у детей с аффективными психозами?

Рекомендуемая литература

1. *Воронков Б. В.* Психиатрия детей и подростков. — СПб.: Наука и Техника, 2017.
2. *Иовчук Н. М., Северный А. А.* Депрессии у детей и подростков. — М.: Школа-Пресс, 1999. — 80 с.
3. *Макаров И. В.* Психозы у детей. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2004. — 152 с.

Глава 11. Олигофрения

И. В. Добряков

Умственной отсталостью, или олигофренией (греч. oligos — малый, phren — разум), называют сборную группу различных по этиологии, патогенезу и клинике непрогредиентных патологических состояний. Их объединяющим признаком является общее психическое (главным образом интеллектуальное) недоразвитие в результате замедленного темпа формирования познавательных способностей, речи, моторики, навыков самообслуживания, социальной дееспособности. В отличие от деменции, олигофрения — врожденное или рано (до 3 лет) приобретенная умственная отсталость. Ее основными признаками считаются тотальность психического недоразвития и непрогредиентность интеллектуальной недостаточности. Важный диагностический критерий задержки психического развития и умственной отсталости — критерий адаптивности поведения. Умственная отсталость может развиваться и сочетаться с физическими или психическими расстройствами либо не сопровождаться ими.

Д. Н. Исаев предложил заменить термин «олигофрения», означающий «малоумие» и не в полной мере отражающий суть патологического состояния. Более точный термин — «общее психическое недоразвитие». Многие отечественные детские психиатры считали и считают эту попытку правомерной и обоснованной.

Умственная отсталость может возникнуть на фоне другого психического или физического нарушения или без такового.

Распространенность умственной отсталости не одинакова в разных странах и даже в разных регионах одной страны, тем более такой, как Российская Федерация. В среднем, по данным Всемирной организации здравоохранения, около 3 % населения имеют умственную отсталость. Ее степень оценивается клинически и с помощью стандартизированных тестов. Наиболее распространена методика Д. Векслера (Д. Векслер, тест WISC). Результаты этого теста позволяют вычислить вербальный, невербальный и общий интеллектуальные коэффициенты (IQ). Среди общего числа умственно отсталых людей примерно у 85 % нарушения имеют легкую степень, у 10 % — умеренную, у 4 % — тяжелую и у 1 % — глубокую.

В соответствии со статьей 3 Закона РФ «Об образовании» каждый человек (в том числе умственно отсталый) имеет право на образование.

Классификации олигофрений

Существует много классификаций олигофрений, в основу которых положены разные принципы. В нашей стране наиболее распространены этиопатогенетическая классификация Г. Е. Сухаревой, клинико-физиологическая классификация С. С. Мнухина — Д. Н. Исаева, а также классификация, приведенная в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Международная классификация болезней (МКБ-10)

В МКБ-10 умственная отсталость имеет шифр F70-F79 и определяется как состояние задержанного или неполного умственного развития, которое характеризуется прежде всего снижением навыков, возникающих в процессе развития, и навыков, которые определяют общий уровень интеллекта (познавательных способностей, языка, моторики, социальной дееспособности). Здесь выделено четыре степени умственной отсталости, определение которых базируется на двух давно используемых в психиатрии признаках возможности обучаться в школе и социальной адаптации:

- **легкая степень (F70)** характеризуется трудностями обучения в школе. При обучении по специальной программе дети могут овладеть знаниями, соответствующими программе 6–7 классов общеобразовательной школы, а в будущем способны овладеть трудовыми навыками, создать семью, воспитывать детей. При оценке по методике Векслера ориентировочный показатель IQ — 50–69;
- **умеренная степень (F71)** определяется при заметном отставании в развитии с детства. Однако большинство таких детей способны достичь некоторой степени независимости в самообслуживании, приобрести адекватные коммуникационные и учебные навыки. Став взрослыми, они будут нуждаться в разных видах поддержки в быту, работать только на специальных предприятиях. Ориентировочный IQ — 35–49 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию детей 6–9 лет);
- **тяжелая степень (F72)** диагностируется детям, которые могут научиться говорить, но нуждаются в постоянной помощи и поддержке. К профессиональному труду они не способны. IQ у них — 20–34 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию детей 3–6 лет);

- **глубокая степень (F73)** определяется при крайне низких интеллектуальных возможностях детей. При достижении зрелого возраста они имеют интеллект ниже, чем у трехлетнего малыша, IQ — 20 и меньше. У них с большим трудом формируются или отсутствуют самые простые навыки самообслуживания, моторики, коммуникабельности. Больные нуждаются в постоянном уходе и поддержке.

Этиопатогенетическая классификация олигофрений

Г. Е. Сухаревой

Создавая свою классификацию, Г. Е. Сухарева руководствовалась этиопатогенетическим принципом и выделяла три основные группы олигофрений:

- олигофрении эндогенной природы, обусловленные поражением половых клеток родителей (гамеопатиями);
- олигофрении, обусловленные внутриутробным (антенатальным) поражением зародыша (эмбриопатии) или плода (фетопатии);
- олигофрении, обусловленные вредностями, воздействующими на ребенка во время его рождения (интранатально) или в раннем детстве (постнатально).

Первая группа, связанная с гамеопатиями, включает в себя:

- болезнь Дауна;
- истинную микроцефалию;
- энзимопатические формы олигофрении, связанные с наследственными обменными нарушениями (фенилкетонурия, галактозурия и другие энзимопатии);
- олигофрению, сочетающуюся с системными поражениями кожи и костной системы.

Вторая группа, связанная с эмбриопатиями и фетопатиями, включает в себя:

- олигофрении, связанные с внутриутробным инфекционным поражением (вирусами краснухи, гриппа, паротита, гепатита, цитомегалии и другими возбудителями токсоплазмоза, сифилиса, листериоза и т. п.);
- олигофрении, связанные с внутриутробным поражением экзо- и эндотоксическими агентами (при гормональных нарушениях у матери, при интоксикациях беременной);
- олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорожденного.

Третья группа олигофрений, связанная с интранатальными и постнатальными вредностями, включает в себя:

- олигофрении, связанные с родовой травмой и асфиксией;

- олигофрении, связанные с черепно-мозговой травмой в раннем детстве;
- олигофрения, связанная с нейроинфекциями, перенесенными в раннем детстве.

В. В. Ковалев отмечает, что выделение олигофрений второй и третьей групп основано на факторе временного патогенного воздействия на мозг, в то время как олигофрении, включенные в первую группу, обусловленные наследственными заболеваниями, выпадают из общей схемы классификации (1995).

Клинико-физиологическая классификация состояний общего психического недоразвития С. С. Мнухина и Д. Н. Исаева

Этиопатогенетическая классификация Г. Е. Сухаревой не могла вместить олигофрении, названные недифференцированными, так как определенную причину их возникновения выявить не удавалось. Это, а также большое клиническое разнообразие проявлений олигофрении побудило С. С. Мнухина к разработке систематики, основанной на клинико-физиологическом принципе. Его работу продолжил и завершил Д. Н. Исаев. Использование данной классификации позволяет врачам выделять клинические формы, ориентирующие их, а также дефектологов, специальных психологов, логопедов, работающих с данным контингентом больных, на практическую работу, прицельную и с учетом имеющихся клинических приоритетов, а также на составление индивидуальных реабилитационных программ. Таким образом, обеспечивается дифференцированный подход к больным олигофренией. Диагностика форм и вариантов общего психического недоразвития производится в основном клиническим методом выявления характерной симптоматики.

С. С. Мнухин и Д. Н. Исаев выделили четыре основные клинические формы общего психического недоразвития:

- 1) стеническая;
- 2) астеническая;
- 3) дисфорическая;
- 4) атоническая.

Больные со **стенической формой** общего психического недоразвития, особенно легкой степени выраженности, характеризуются хорошей способностью к адаптации. Отличаясь сравнительно малой любознательностью и примитивностью интересов, обладая преимущественно конкретным мышлением и бедной речью, они достаточно работоспособны.

Усвоенные навыки и знания эти больные могут использовать в повседневной жизни.

Выделено два варианта стенической формы общего психического недоразвития:

- уравновешенный;
- неуравновешенный.

Как ясно из названий, варианты отличаются друг от друга большей или меньшей выраженностью аффективной неустойчивости. Больные с уравновешенным вариантом адаптируются лучше неуравновешенных.

Астеническая форма общего психического недоразвития предполагает наличие у больных нарушений внимания, повышенной утомляемости, медлительности, затруднений в усвоении определенных навыков.

Вариантами астенической формы являются:

- основной, имеющий все основные особенности данной формы;
- брадипсихический, характеризующийся замедлением психических процессов;
- дислалический, с выраженными речевыми расстройствами;
- диспрактический, с моторными нарушениями;
- дисмнестический, с мнестическими расстройствами.

Больные с разными вариантами астенической формы, даже обладая определенным интеллектуальным багажом и словарным запасом, не способны рационально пользоваться ими. В связи с этим, при равной степени тяжести общего психического недоразвития, больные с астенической формой адаптируются хуже больных со стенической формой.

Пациентов с **дисфорической формой** общего психического недоразвития характеризуют своеобразный постоянный дисфорический эмоциональный фон и расторможенность влечений. Больные конфликтны, у них часто отмечаются нарушения поведения. Они испытывают большие трудности в обучении и усвоении трудовых навыков, даже при легкой степени общего психического недоразвития. Вариантов данной формы не выделено.

Характерными особенностями больных с **атонической формой** общего психического недоразвития являются низкая способность к психическому напряжению и целенаправленной произвольной деятельности, грубые нарушения внимания. Выделено три клинических варианта этой формы:

- аспонтанно-апатический, характеризующийся снижением у больных эмоционального фона и полной их бездеятельностью;
- акатизический, сопровождающийся хаотической двигательной расторможенностью;
- мориаподобный, при котором больные нелепо дурашливы.

Общаться с пациентами, страдающими любым из названных клинических вариантов, крайне сложно. Даже обладая неплохо развитой речью, дети мало используют ее с целью коммуникации. Как и при астенической форме, при атонической формальные способности к приобретению знаний страдают меньше, чем практическое приспособление к окружающей среде.

Особенности клинической картины атонической формы общего психического недоразвития, во многом сходные с симптомами раннего детского аутизма и детского типа шизофрении, часто приводят к необходимости дифференциальной диагностики.

Динамика олигофрений

Чтобы квалифицированно оказать помощь пациентам с общим психическим недоразвитием, врач должен иметь представление о возможной динамике состояния. Как уже говорилось, одним из основных диагностических критериев олигофрении является непрогредиентность — отсутствие динамики. Из этого может следовать вывод о невозможности терапии олигофрении, который неправилен.

Во-первых, понятие непрогредиентности касается лишь интеллектуальной недостаточности. Во-вторых, развитие ребенка продолжается, хотя и ограничено определенными рамками. В-третьих, при некоторых формах олигофрении, обусловленных энзимопатиями, в настоящее время выявлено медленно прогрессирующее интеллектуальное снижение. В-четвертых, при общем психическом недоразвитии отмечается динамика компенсаций и декомпенсаций состояния. Механизмы декомпенсаций и возможности компенсаций особенно важно знать детскому психиатру.

Причины декомпенсаций могут быть экзогенными (инфекционные заболевания, интоксикация, травма, а также переутомление, разного рода психогении) и эндогенными (возрастная гормональная перестройка, вегетативные нарушения, расстройства ликворо- и гемодинамики и пр.).

Наиболее частые признаки декомпенсации состояния общего психического развития:

1. Снижение продуктивности в усвоении учебного материала и трудовых навыков.
2. Усиление церебрастенической симптоматики (головные боли к вечеру, повышенная утомляемость, ухудшение внимания и т. п.).
3. Появление или усиление психопатоподобных поведенческих реакций.

4. Появление или учащение фазовых аффективных колебаний, дисфорических состояний.
5. Появление или возобновление судорожных состояний.
6. Возникновение психотических состояний.

Постоянное динамическое наблюдение больного, работа с его семьей, своевременное и грамотное лечение способны предотвратить или смягчить декомпенсации, создать благоприятные условия для оптимального развития ребенка.

Лечение и абилитация детей с общим психическим недоразвитием

Основными принципами лечения детей с общим психическим недоразвитием являются своевременность, дифференцированность, комплексность, продолжительность, вовлечение семьи в лечебный процесс.

Своевременность обусловлена необходимостью максимально раннего назначения лечения, как при установлении диагноза, так и при появлении признаков декомпенсации состояния.

Дифференцированность лечения и индивидуальный подход обязательны в связи с полиформностью проявлений клинической картины общего психического недоразвития у разных больных.

Комплексность лечения определяется сложностью патогенеза и структуры состояния общего психического недоразвития, требующих вмешательства разных специалистов (психиатров, психотерапевтов, невропатологов, психологов, дефектологов, логопедов и др.).

Продолжительность лечения обусловлена тем, что общее психическое недоразвитие является патологическим состоянием, а не болезнью.

Вовлечение семьи в процесс лечения необходимо, так как в противном случае назначения врачей будут выполняться неправильно или не будут выполняться вовсе, а обстановка в семье и отношение к ребенку могут создать благоприятные условия для лечения или декомпенсировать его состояние.

Медикаментозное лечение должно быть, по возможности, этиопатогенетическим (противовоспалительным, гормональным, антибактериальным и т. п.), сочетать стимулирующие и общеукрепляющие препараты, при необходимости использовать антидепрессанты, нейролептики, седативные, дегидратирующие и противосудорожные препараты.

Абилитация детей с общим психическим недоразвитием должна проводиться согласно методологическим и организационным принципам,

сформулированным в 1985 году М. М. Кабановым: партнерство, разносторонность воздействия, единство психосоциальных и биологических методов воздействия, ступенчатость проводимых воздействий и мероприятий. Особое значение в процессе абилитации ребенка с общим психическим недоразвитием приобретает работа с его семьей.

Умственная отсталость ребенка — серьезное испытание для всей семьи. Часто родители пытаются найти причины несчастья, донимают врачей расспросами о том, кто виноват в нарушении развития. Нередко они предлагают свои версии случившегося и ждут от врача их подтверждения. Например, отец считает, что во всем виновата жена, которая простудилась во время беременности, одеваясь «по своей глупости недостаточно тепло, но нарядно». Мать считает виноватым мужа, который, во-первых, «иногда крепко выпивает», а во-вторых, «имеет двоюродную тетку, больную эпилепсией». И оба родители часто считают виноватыми во всем акушеров-гинекологов и других врачей, которые якобы что-то недоглядели или что-то сделали не так. Конечно, бывает всякое. Однозначного ответа на вопрос «кто виноват?», как правило, нет. Да он и не нужен до той поры, пока не встанет вопрос о возможности рождения следующего ребенка. В этом случае и мать, и отец должны обратиться в генетическую консультацию и пройти обследование. Во всех остальных случаях поиски виновного деструктивны, отражают чувство собственной вины и попытки облегчить переживания. Нередко споры о виновнике приводят к ухудшению взаимоотношений в семье и даже к ее распаду.

Умственно отсталый ребенок — беда, и если она пришла, членам семьи нужно сплотиться и поддерживать друг друга. Надо научиться принимать ребенка таким, какой он есть, стараться создавать комфортные условия для его развития, быть требовательными к нему, но в пределах его возможностей. В противном случае возможно воспитание «в культе болезни», при котором родители, а вслед за ними и ребенок считают, что если малышу не повезло, ему ни в чем не должно быть отказа. При таком воспитании дети становятся эгоистичными, плохо адаптируются и обучаются. При правильном подходе к ребенку близкие скоро обретают способность радоваться общению с ним и его пусть скромным, но успехам. Благоприятная обстановка в семье и отсутствие у родителей чрезмерных амбиций способствуют развитию ребенка. Умственно отсталые дети развиваются, хотя их развитие имеет предел и они никогда не смогут догнать здоровых сверстников.

Умственно отсталый ребенок должен постоянно наблюдаться у одного психиатра, хорошо знающего его особенности, семью и понимающего его возможности. Родителям не следует метаться от одного специалиста к другому, ездить в другие города и страны в поисках чудесного целителя или лекарства. Грамотный психиатр, постоянно наблюдающий ребенка, нужен

ему, как правило, значительно больше, чем разовая консультация знаменитости. Психиатр периодически проводит для умственно отсталого ребенка курсы лечения, способствующие улучшению развития и предупреждению сопутствующих невротических реакций. Таким образом, умственно отсталый ребенок может быть «горем» семьи, ее «позором», хроническим психотравмирующим фактором, а может приносить радость, как другие, здоровые дети. Все зависит от отношения к нему семьи, правильного понимания задач воспитания и лечения, а также подхода.

Очень важно, чтобы в семье был адекватный уровень притязаний к умственно отсталому ребенку. К сожалению, нередко родители не находят в себе мужества, не хотят смириться с заключением специалистов о том, что у их ребенка, например, общее психическое недоразвитие в степени дебильности. Они начинают чрезмерно много заниматься с ним. Больной ребенок не справляется с заданиями, вызывая раздражение, или выполняет их, но это дается ему огромным перенапряжением сил. Между тем родители настаивают, чтобы он посещал обычную школу, адаптироваться в которой ему крайне сложно. Сравнивая свои успехи с успехами сверстников, не справляясь или с трудом справляясь с заданиями, легкими для других учеников, понимая, что родители и учителя ими недовольны, дети с умственной отсталостью очень переживают из-за своей несостоятельности и страдают. В результате у них часто развиваются невротические расстройства, чреватые нарушениями поведения и агрессивностью.

Многие из тех, кто читает эти строки, могут вспомнить свои школьные годы и одноклассника двоечника и второгодника. Как к нему относились ребята? Каково ему жилось? Обычно, адаптируясь в классе, дети с легкой умственной отсталостью либо становятся агрессивными и драчливыми, пытаются заставить уважать себя силой, либо соглашаются быть посмешищем и превращаются в шутов. И в том и в другом случае самооценка у них очень низкая. Иногда благодаря усердным занятиям такие дети, особенно имеющие хорошую механическую память (что бывает не так уж редко), плохо, но справляются с программой. Получая свои тройки, они переходят во второй класс, третий... Чем дальше, тем им сложнее. Хронически уставшие, не имеющие настоящих друзей изгои, не оправдавшие надежды родителей и испытывающие в связи с этим чувство вины, с выраженным комплексом неполноценности, эти дети испытывают неимоверные трудности. Невротическая симптоматика при этом усугубляется, часто возникают депрессии и психосоматические расстройства. При обучении во вспомогательной школе этого, как правило, удается избежать.

Что заставляет родителей устраивать детям такие стрессы? Прежде всего страх, который они испытывают перед диагнозом «дебильность», и незнание, что за ним стоит. В представлении человека, далекого от психиатрии,

психологии, педагогики дебил — это конченный человек, которому нет места в современном обществе. Это не так. К подростковому возрасту при благоприятных условиях такие дети осваивают за 8–9 лет программу 5–6 классов общеобразовательной средней школы и простую профессию, не требующую использования абстрактного мышления. Став взрослыми, они, как правило, могут жить самостоятельно, обеспечивать себя материально и заниматься творчеством (рисовать, петь, танцевать и т. д.). В наблюдении и руководстве лица с легкой интеллектуальной недостаточностью нуждаются лишь в психотравмирующих ситуациях, связанных с экономическими, личностными и социальными проблемами. Больные этой группы могут жениться или выходить замуж, однако низкая социальная компетенция серьезно затрудняет это и резко ограничивает социальный ролевой репертуар.

К 3–4 годам детский психиатр должен поставить ребенку диагноз умственной отсталости средней степени или имбецильности. Мышление у таких детей замедлено и непоследовательно. Они никогда не достигают даже невысокого уровня развития интеллектуально-мнестических функций, а заметное отставание социального интеллекта требует постоянного и умеренного наблюдения за ними, которое в стрессовых ситуациях становится необходимым. Обучение этих детей маловероятно, они почти не могут овладеть школьными знаниями, но способны научиться обслуживать себя и выполнять несложную домашнюю работу. Родителям важно это понимать, чтобы правильно наметить оптимальные цели воспитания. Попытки обучать имбецила грамоте, счету и т. п. нужно предпринимать очень осторожно. Занятия лучше проводить индивидуально. Важно следить, чтобы они не вызывали у больного ребенка отрицательных эмоций, являющихся показателем чрезмерности нагрузки. В противном случае это может привести к печальным последствиям: нарушениям поведения, невротическим срывам, депрессиям и т. п.

Приоритетным для детей с умеренной умственной отсталостью является освоение социальных и ручных навыков. Им важно научиться самим делать покупки, ездить в транспорте по знакомому маршруту и овладеть несложными трудовыми навыками.

К годовалому возрасту уже можно с уверенностью определить, что ребенок страдает тяжелой степенью умственной отсталости — идиотией, при которой практически отсутствует речь, психические реакции на окружающее.

Часто такие дети имеют сопутствующие заболевания внутренних органов, неврологические нарушения, расстройства зрения и слуха. В связи с этим они ограничены в подвижности, не могут овладеть навыками опрятности, страдают недержанием мочи и кала. То есть не способны обслужить себя и нуждаются в постоянном уходе.

В некоторых случаях в результате постоянных занятий с детьми удается научить их некоторым навыкам самообслуживания. Однако даже эти дети нуждаются в постоянном уходе, наблюдении и контроле. Невербальное и вербальное общение с ними затруднено. Многие из них только к подростковому периоду овладевают элементарным словарным запасом, некоторым не удается и это. Они практически необучаемы, хотя при адекватном надзоре и руководстве, постоянном грамотном лечении иногда способны принимать участие в домашних делах.

Контрольные вопросы

1. Что такое олигофрения?
2. Чем отличается олигофрения от деменции?
3. По каким признакам определяют степень общего психического недоразвития?
4. На каких принципах основана классификация Г. Е. Сухаревой?
5. Какие формы олигофрении выделены в классификации С. С. Мнухина и Д. Н. Исаева?

Рекомендуемая литература

1. *Исаев Д. Н.* Психическое недоразвитие у детей. — Л.: Медицина, 1982. — 224 с.
2. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. — 560 с.
3. *Мамайчук И. И.* Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. — СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. — 168 с.
4. *Мариничева Г. С., Гаврилов В. И.* Умственная отсталость при наследственных болезнях. — М.: Медицина, 1988. — 256 с.
5. *Попов Ю. В., Вид В. Д.* Современная клиническая психиатрия. — М.: «Экспертное бюро — М», 1997. — 496 с.

Глава 12. Резидуально-органические нервно-психические расстройства у детей и подростков

Н. В. Александрова

Резидуально-органическими нервно-психическими расстройствами называют группу разнообразных нарушений у детей и подростков, обусловленных относительно стойкими последствиями поражений головного мозга разной этиологии. Основное место среди них принадлежит нарушениям, связанным с внутриутробными и ранними постнатальными поражениями мозга (В. В. Ковалев, 1988). Большинство авторов склоняются к точке зрения, что термином «резидуальные расстройства» следует обозначать лишь те неврологические и психические нарушения, которые являются следствием закончившегося органического церебрального заболевания (менингоэнцефалита, травматического или токсического поражения головного мозга).

Нервно-психические расстройства, являющиеся результатом органического поражения головного мозга, по своим проявлениям зависят от того, в каком возрасте имело место поражение. Если патологический процесс протекал на фоне незавершенного формирования основных мозговых структур и физиологических механизмов регулирования его функционирования (до 3–4 лет), следствием может явиться дизонтогенез, проявления которого разнообразны, и в частности умственная отсталость (F7 по МКБ-10), эпилепсия, расстройства личности и другие разнообразные нарушения эмоциональной, когнитивной и поведенческой сфер. При этом на первый план выступают явления недоразвития или задержки темпа развития психических функций.

В случае органического процесса, имевшего место после завершения созревания и формирования мозговых структур, в качестве последствий выступают симптомы повреждения, выражающиеся преимущественно энцефалопатическим синдромом.

Классификация

До настоящего времени нет достаточно всеобъемлющей классификации резидуально-органических поражений головного мозга. Существуют описания отдельных клинических форм и синдромов: органическая психопатия, синдром органического дефекта, хронический органический психосиндром и др. С. Мнухин (1968) выделял резидуально-органические невропатию и психопатию, умственную отсталость и временные задержки развития, частичные недоразвития. В 1988 году В. В. Ковалев предложил следующую классификацию резидуально-органических нервно-психических расстройств у детей и подростков:

1. Преимущественно дизонтогенетические формы:

- 1) синдромы нарушения развития отдельных систем мозга: речи, психомоторики, пространственных представлений, чтения, письма, счета и др.;
- 2) синдромы психического и психофизического инфантилизма;
- 3) синдром «органического аутизма» по С. С. Мнухину (1968);
- 4) синдром резидуальной олигофрении.

2. Преимущественно энцефалопатические формы:

- 1) неврозоподобные синдромы;
- 2) психопатоподобные синдромы;
- 3) диэнцефальные (гипоталамические) синдромы — вегетативно-сосудистые, нервно-трофические и др.;
- 4) синдромы гидроцефалии;
- 5) эпилептиформные синдромы;
- 6) синдромы резидуально-органической деменции.

3. Формы смешанного (энцефалопатически-дизонтогенетического) генеза:

- 1) нервно-психические расстройства при детских церебральных параличах;
- 2) атипичные резидуально-органические олигофрении и др.

Если рассматривать классификацию резидуально-органических расстройств с позиции МКБ-10, то можно увидеть такое соотношение с классификацией В. В. Ковалева:

По Ковалеву В. В.	По МКБ-10
1.1. Синдромы нарушения развития отдельных систем мозга	F80-89. Нарушения психологического развития: F80. Специфические расстройства развития речи и языка

	F81. Специфические расстройства развития учебных навыков F82. Специфическое расстройство развития моторной функции F83. Смешанные специфические расстройства психологического развития
1.3. Синдром «органического аутизма»	F84.0. Детский аутизм
1.4. Синдромы резидуальной олигофрении	F7. Умственная отсталость
11.1. Неврозоподобные синдромы: астенический; гиперкинетический синдром; тики; заикание; страхи; энурез; энкопрез; истероформный; депрессивно-дистимический, сенестопатически-ипохондрический	F06.6. Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство F90. Гиперкинетические расстройства F95. Тики F98.5. Заикание (запинание) F93. Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста F98.0. Энурез неорганической природы F98.1. Энкопрез неорганической природы F06.5. Органическое диссоциативное расстройство F92. Смешанные расстройства поведения и эмоций F92.0. Депрессивное расстройство поведения F92.8. Другие смешанные расстройства поведения и эмоций F30-39. Расстройства настроения
11.2. Психопатоподобные синдромы	F91. Расстройства поведения F07.0. Расстройство личности органической этиологии
11.5. Эпилептиформные синдромы	G40. Эпилепсия
11.6. Синдромы резидуально-органической деменции	F07.1. Постэнцефалитный синдром F07.2. Постконтузионный синдром
111.2. Атипичные резидуально-органические олигофрении	F7. Умственная отсталость

Диэнцефальные синдромы, синдромы гидроцефалии и нервно-психические расстройства при детском церебральном параличе рассматриваются в соответствующих разделах курса невропатологии.

Как видно из приведенной классификации, резидуально-органические поражения головного мозга представлены разнообразными клиническими синдромами, имеющими большое сходство с таковыми при различных других нервно-психических расстройствах, таких как неврозы, расстройства личности, эпилепсия, а в ряде случаев — психозы различной этиологии, в том числе шизофрения.

Однако, ставя дифференциальный диагноз с другими нозологическими формами заболеваний, необходимо учитывать, что при всем многообразии синдромов резидуально-органического генеза есть общие характеристики, присутствующие при любом синдроме.

Общие признаки резидуально-органических поражений головного мозга, имеющие место при любых клинически обозначенных синдромах:

1. «Сквозным» синдромом (тем, который можно выявить у всех пациентов с этой патологией) является астенический (церебрастенический) синдром. Он имеет место у пациентов всех возрастных групп и характеризуется астеническими проявлениями в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах.

2. Клиническая картина других синдромов органического поражения головного мозга во многом определяется периодом психического развития, в котором в данный момент находится пациент.

3. Наличие резидуально-органического поражения головного мозга не исключает развития у пациента других нозологических форм нервно-психических расстройств — как эндогенных, так и психогенных (психотического и невротического уровня).

При этом резидуально-органическое поражение головного мозга является патопластической основой возникающего расстройства, во многом определяющей характер его симптомов.

Например, невротические и соматоформные расстройства часто возникают у тех детей и подростков, которые имеют те или иные симптомы либо синдромы резидуально-органического генеза. Последние нередко становятся «вторично психогенно обусловленными», то есть симптомы резидуально-органического генеза определяют *locus minoris resistentia*, обуславливающий симптоматику невротического регистра.

4. Наличие в неврологическом статусе микроневрологической симптоматики, подтверждающей этиологию синдрома.

5. В разной степени выраженности имеются параклинические признаки, подтверждающие диагноз: изменения ЭЭГ, рентгенограммы черепа, пневмоэнцефалограммы, специфические признаки в рамках психологических исследований.

6. Симптомы сомато-вегетативных нарушений, оформляющиеся в виде диэнцефального синдрома или присутствующие в виде отдельных характерных симптомов, таких как метеозависимость, непереносимость жары, холода, укачивания; повышенная потливость конечностей; термоллабильность; лабильность веса, аппетита, стула и других вегетативных функций.

Учитывая сложности систематизации резидуально-органических поражений головного мозга, представляется уместным рассмотреть их **разные**

клинические варианты с позиции периодизации психического развития и уровней реагирования по В. В. Ковалеву.

Первым, самым ранним уровнем реагирования является **сомато-вегетативный, характерный для детей до 3 лет.**

Основным синдромом резидуально-органического поражения головного мозга в этот период, обусловленным преимущественно перинатальными вредностями, является синдром «невропатии» или «органической невропатии» по С. С. Мнухину (1968). (В МКБ-10 этот синдром не классифицируется, хотя его отдельные симптомы могут быть отнесены к рубрике F98.2. Расстройство питания младенческого и детского возраста.)

Как правило, этот синдром выявляется на втором–четвертом месяцах жизни. Его основные проявления — симптомы расстройства вегетативных функций: аппетита, стула, сна. Обильные срыгивания, постоянное беспокойство, нарушения формулы сна, расстройства стула в форме перемежающихся запоров и поносов, беспричинные подъемы температуры до 37,5–38,0, гипотрофия или, наоборот, гипертрофия. Данная симптоматика недифференцированная, то есть она может быть обусловлена разными причинами (соматическими, эндогенными, психогенными, резидуально-органическими). Однако при резидуально-органическом генезе уже в этом возрасте будут характерны симптомы астении: быстрая истощаемость на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях. Это значит, что симптомы будут ярче проявляться во второй половине дня, во время соматических заболеваний и менее зависимы от психогенных факторов. Хотя следует помнить, что в этом возрасте для ребенка мать — очень важная фигура привязанности, отношения с ней влияют на все функции детского организма.

Большим подспорьем в дифференциальной диагностике являются наличие или отсутствие неврологической симптоматики, характер общения ребенка со взрослыми, особенности психомоторного развития. При благоприятном варианте течения данный синдром может редуцироваться либо (чаще в случаях значительного поражения головного мозга в перинатальном периоде) трансформироваться.

Симптоматика следующего **психомоторного уровня реагирования — дети 4–7 лет.**

В этом периоде развития психики имеет место освоение ребенком навыков речи, разнообразных двигательных функций, опрятности, то есть контроля за собственными физиологическими функциями. Наиболее характерные синдромы резидуально-органического поражения головного мозга в этом возрасте:

- F90. Гиперкинетические расстройства.

По МКБ-10 «данная группа расстройств характеризуется ранним началом; сочетанием чрезмерно активного, слабо модулируемого поведения

с выраженной невнимательностью и отсутствием упорства при выполнении задач. Эти характеристики поведения проявляются во всех ситуациях и демонстрируют постоянство во времени. Главную роль в происхождении таких расстройств играют конституциональные факторы, в том числе перинатальные вредности».

Эпидемиология. Среди детей школьного возраста данный синдром встречается в 3–5 %. Соотношение у мальчиков и девочек 3:1.

Одними из главных признаков синдрома являются проблемы дефицита внимания. Кроме того, для детей с этим синдромом характерны: недостаточная настойчивость в деятельности, требующей когнитивных усилий, и тенденция переходить от одного занятия к другому, не завершая ни одного, наряду с плохо организованной, слабо регулируемой и чрезмерной активностью. С такими расстройствами часто сочетаются эмоциональные нарушения, например импульсивность, а недостаточная обдуманность поведения приводит к совершению поступков, результатом которых становятся несчастные случаи, нарушения правил и дисциплины. Во взаимоотношениях со взрослыми дети с этими расстройствами не соблюдают дистанцию — расторможены, недостаточно осторожны, несдержанны. Имеют место и когнитивные нарушения: неравномерность интеллектуального развития, задержки в моторном и речевом развитии. С возрастом расстройства тоже могут редуцироваться либо, при «обрастании» другими симптомами и синдромами, осложняться и углубляться.

Дифференциальный диагноз этих расстройств необходимо проводить как с эндогенными, так и (гораздо чаще) с невротическими расстройствами. Наличие в анамнезе перинатальных вредностей, неврологическая микросимптоматика, результаты параклинических исследований (признаки внутричерепной гипертензии на рентгенограмме черепа, изменения ЭЭГ по резидуально-органическому типу и др.), сопоставление значимости в конкретном поведении биологических и психогенных факторов позволяют правильно установить диагноз. Не следует забывать, что симптоматика таких расстройств тоже сопровождается симптомами астении, имеет свойство ухудшаться при интелекуррентных заболеваниях.

Гиперкинетические расстройства могут сочетаться и с другими синдромами данного уровня реагирования, рассматриваемыми ниже.

- F95. Тики.

По МКБ-10 «тиком является непроизвольное, быстрое, повторяющееся, неритмичное движение (обычно вовлекающее в себя ограниченные мышечные группы) или голосовая продукция, которые начинаются внезапно и явно бесцельно». Тики имеют тенденцию переживаться как неодолимые, но обычно они могут быть подавлены на разные периоды времени. И двигательные, и вокальные тики могут быть классифицированы как простые

или сложные, хотя границы определены плохо. Обычно простые двигательные тики включают в себя мигание, дергание щек, пожимание плечами и гримасничанье лица; простые и вокальные — откашливание, лаянье, фырканье, шмыганье, шипение; сложные моторные — поколачивание себя, подпрыгивание и скакание.

Наличие триады симптомов — распространенные размашистые тики, голосовые тики с выкрикиванием непристойных слов (копролалия) и хульные мысли — составляют синдром Жилия де ля Туретта (синдром Туретта). Это достаточно редкое хроническое расстройство органической, но мало изученной природы.

Дифференциальная диагностика. От других видов двигательных нарушений (в частности, от припадков, хореи, стереотипий) тики отличаются внезапностью; быстротой; преходящим и ограниченным характером движений; повторяемостью движений и их исчезновением во время сна; легкостью, с которой они добровольно могут быть вызваны или подавлены; отсутствием доказательств лежащего в основе патологии неврологического расстройства.

В отличие от обсессивно-компульсивных движений, сложные тики определяются вовлеченностью мышечных групп, а не целью, как при навязчивостях.

Тики могут выступать как в виде изолированного синдрома, так и в сочетании с эмоциональными и когнитивными нарушениями.

На резидуально-органический характер тиков также указывают:

- 1) наличие астенического симптомокомплекса;
- 2) колебания в выраженности, зависящие не столько от психогенных факторов (как при невротических тиках), сколько от физических (нагрузки) и биологических (интеркуррентные заболевания);
- 3) неврологическая рассеянная симптоматика и параклинические исследования, подтверждающие резидуально-органическую природу тиков.

Тики имеют склонность к волнообразному течению, с возрастом могут уменьшаться в проявлениях. В основе их возникновения, вероятно, лежит недостаточная зрелость ядер срединного мозга.

- F98.0. Энурез неорганической природы.

В данном случае термин «неорганический» употребляется в значении отсутствия неврологической или соматической причины симптома.

По МКБ-10 неорганический энурез — «расстройство, характеризующееся непроизвольным упусканьем мочи днем и/или ночью, что является не соответствующим умственному возрасту ребенка»; оно не является следствием отсутствия контроля за функцией мочевого пузыря, обусловленного каким-либо неврологическим нарушением, эпилептическими припадками или структурной аномалией мочевого тракта».

На резидуально-органическую природу энуреза указывает отсутствие периода контроля за функцией мочевого пузыря, формирующегося в возрасте до 5 лет либо до 4 лет умственного возраста, а также нарушения сна в форме глубокого, без малейших возможностей внешнего пробуждения сна.

Энурез резидуально-органического генеза может сочетаться с вышеописанными синдромами и когнитивными нарушениями в форме неравномерности интеллектуального развития или задержки развития и с эмоциональными расстройствами в виде страхов, импульсивности, нарушениями поведения.

Данная форма энуреза имеет тенденцию к ухудшению скорее в связи с биологическими и физическими факторами (нагрузка, интеркуррентные заболевания), нежели с психогенными. Однако, как было сказано выше, резидуально-органическая симптоматика, в частности энурез, при наличии психогенных неблагоприятных факторов может уже вторично стать симптомом невротического расстройства.

- F98.1. Энкопрез неорганической природы.

По МКБ-10 неорганический энкопрез — повторяющееся, произвольное или непроизвольное отхождение кала, обычно нормальной консистенции, в местах, которые в данном социально-культурном окружении не предназначены для этой цели.

Энкопрез может быть:

- 1) патологическим продолжением младенческого недержания кала;
- 2) потерей навыков удержания кала вслед за периодом приобретенного контроля за кишечником;
- 3) намеренным отложением кала в неподходящих местах при наличии нормального физиологического контроля.

Энкопрез может быть моносимптомом или сочетаться с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения.

Возникновение энкопреза бывает обусловлено:

- 1) Отсутствием обучения туалету или его адекватного результата. Такое случается при глубокой умственной отсталости ребенка разной этиологии (в том числе эндогенной).

- 2) Психологическими расстройствами, когда сформирован нормальный физиологический контроль над актом дефекации, но сопротивление, отвращение, нежелание подчиняться социальным нормам приводят к испражнению в неподходящих местах.

- 3) Физиологической задержкой кала (его плотное сжимание, вторичное переполнение кишечника и испражнение в неподходящих местах), которая может быть психогенно обусловленной (чрезмерный контроль родителей за опорожнением кишечника и наказание за неподчинение в период

обучения навыкам опрятности) или являться результатом задержки кала из-за болезненности дефекации (трещина анального отверстия, кишечная инфекция и др.).

Таким образом, энкопрез редко является моносимптомом. Как правило, он выступает в роли вторичного симптома, производного от других расстройств.

- F98.5. Заикание (запинание).

По МКБ-10 заикание — «речь, которая характеризуется частым повторением или пролонгацией звуков или слогов либо слов или частыми остановками или нерешительностью в речи, что разрывает ее ритмическое течение».

По своему происхождению заикание может быть резидуально-органического генеза, часто имеются указания на наличие расстройств речи у родителей или одного из них, а также психогенного (при этом огромную патопластическую роль играют генетические и резидуально-органические факторы). В происхождении заикания значительное место принадлежит блокировке агрессивных тенденций у ребенка со стороны родителей в период становления у последнего речи (перебивания ребенка, невыслушивание и наказание за речевую активность и вообще за проявления самостоятельности). Неслучайно в лечении заикания успешными являются методики, в которых учитывается значение как биологических (генетических, резидуально-органических), так и психогенных (особенности семейного контекста) факторов.

- F8F80-89. Нарушения психологического развития.

Тоже обычно начинают выявляться в возрасте 3–5 лет и старше.

По МКБ-10 F-80-89 нарушения психологического развития имеют следующие признаки:

- 1) начало обязательно в младенческом или раннем детском возрасте;
- 2) повреждение или задержка в развитии функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы;
- 3) постоянное течение, без ремиссий и рецидивов, характерных для многих психических расстройств.

В большинстве случаев пораженные функции включают речь, зрительно-пространственные навыки и/или двигательную координацию.

Характерной особенностью повреждений является тенденция к прогрессивному уменьшению по мере того, как дети становятся старше, хотя легкая недостаточность функции может сохраниться и во взрослом состоянии.

Как правило, эти нарушения чаще бывают у мальчиков, нежели у девочек (2:1).

В этиологии синдромов данной группы нарушений играют роль как генетические факторы, так и резидуально-органическое поражение головного мозга.

- F80. Специфические расстройства речи и языка.

По МКБ-10 специфические расстройства речи — «те, при которых речевое развитие нарушено на ранних этапах. Состояние нельзя объяснить наличием неврологической или речевой патологии, умственной отсталостью, сенсорным повреждением или средовыми факторами. У ребенка сохранены функции общения и понимания в определенных известных ему ситуациях, а речевая способность повреждена всегда».

Эпидемиология. Нарушения развития речи встречаются у 3–10 % детей в возрасте до 8 лет.

Наличие сопутствующих синдромов резидуально-органического поражения головного мозга (как общих, так и частных, на эмоциональном, когнитивном или поведенческом уровнях) помогает в дифференциальном диагнозе с вариантами нормального развития.

Дифференциальный диагноз с задержкой психического развития и умственной отсталостью базируется на наличии соответствия между уровнем общего когнитивного функционирования и речевого развития. Кроме того, важно дифференцировать с различными степенями выраженности глухоты.

Среди специфических расстройств развития речи выделяют:

F80.0. Специфическое расстройство речевой артикуляции, при котором использование ребенком звуков речи ниже уровня, соответствующего его умственному развитию и при котором имеется нормальный уровень речевых навыков.

F80.1. Расстройство экспрессивной речи — специфическое нарушение развития, при котором способность ребенка использовать выразительную разговорную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, хотя понимание речи находится в пределах нормы. При этом могут быть или отсутствовать расстройства артикуляции.

F80.2. Расстройства рецептивной речи — специфическое расстройство развития, при котором понимание ребенком речи ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту. При этом, как правило, экспрессивная речь тоже заметно нарушена и нередко присутствует дефект словесно-звукового произношения.

Существуют и другие, более редкие, специфические расстройства развития речи.

- F81. Специфические расстройства развития учебных навыков.

Это расстройства, при которых нормальное приобретение навыков нарушено с ранних стадий развития. Считается, что они возникают из-за

нарушений в обработке когнитивной информации, что во многом происходит в результате биологической дисфункции.

Как большинство других нарушений развития, эти расстройства чаще имеют место у мальчиков, нежели у девочек (1,5–2:1). Распространенность — у 2–8 % детского населения школьного возраста.

Специфические расстройства развития учебных навыков (СРРУН) охватывают группы расстройств, проявляющихся специфической и значительной недостаточностью в обучении школьным навыкам. Эти нарушения в обучении не являются следствием других нарушений, таких как умственная отсталость, глухота, грубые неврологические дефекты, неоткорректированные дефекты зрения, эмоциональные расстройства, хотя и могут сопутствовать перечисленным расстройствам.

СРРУН часто сочетаются с другими синдромами резидуально-органического поражения головного мозга на эмоциональном, когнитивном или поведенческом уровнях (с гиперкинетическим расстройством, тиками и др.).

Хотя данные нарушения связаны с биологическим созреванием, это не значит, что дети «дозреют» и «догонят» сверстников. Во многих случаях признаки расстройств могут быть обнаружены и во взрослом состоянии.

В нашей стране проблеме СРРПН уделял большое внимание А. Н. Корнев, чья монография «Дислексия и дисграфия у детей» может быть рекомендована для дополнительного изучения с целью расширить знания по этому разделу. Выделяют:

F81.0. Специфическое расстройство чтения

F81.1. Специфическое расстройство спеллингования

F81.2. Специфическое расстройство арифметических навыков

F81.3. Смешанное расстройство учебных навыков

В группу нарушений психологического развития входят и *F84. Общие расстройства психологического развития*. Это расстройства, характеризующиеся качественными аномалиями в социальном взаимодействии и общении, а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов в деятельности. Здесь соединены как синдромы без прогрессивности, так и имеющие тенденции к таковой.

Следующий уровень реагирования по Ковалеву В. В. — **аффективный, дети 5–10 лет**.

Выше упоминалось, что расстройства, характерные для предыдущих периодов развития, могут сочетаться между собой, в частности, с аффективными, эмоциональными и поведенческими.

Следует напомнить, что переживание страхов в возрасте 3–5 лет является отражением нормального развития личности ребенка.

Переживаемые в более позднем возрасте страхи, которые в патологии носят характер навязчивых фобий, могут быть разделены на следующие группы:

- 1) страхи здоровых детей — связаны с незавершившимся процессом созревания личности ребенка на эдипальной фазе развития;
- 2) невротические фобии — связаны с проблемами проживания ребенком эдипальной фазы в дисфункциональной семье;
- 3) страхи, являющиеся симптомами эндогенного заболевания (шизофрении, например);
- 4) страхи, являющиеся эквивалентами или формами эпилептических или эпилептиформных припадков;
- 5) страхи, которые являются результатом резидуально-органического поражения головного мозга.

Последние в МКБ-10 регистрируются в рубрике *F93/1. Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте.*

Содержание страхов может быть достаточно схожим при разных нозологических формах, поэтому дифференциальный диагноз основывается на наличии других симптомов основного заболевания, а также на анализе отношения ребенка к собственным переживаниям и их соответствия периоду его личностного развития.

Для страхов резидуально-органического происхождения характерно переживание приступов витального страха смерти, сопровождающегося выраженными вегетативными симптомами (вплоть до развития диэнцефальных кризов) — похолоданием конечностей, «остановкой сердца», ознобом и дрожанием, тахикардией, учащением мочеиспускания, одышкой и др. Дети и подростки, переживающие страх смерти, не поддаются переубеждению, ажитированы. У подростков подобные страхи могут сопровождаться нарушениями схемы тела, деперсонализацией и дереализацией.

Еще раз повторим: страхи могут сочетаться с другими синдромами резидуально-органического поражения. Если страхи сохраняются в подростковом возрасте, они имеют тенденцию трансформироваться в нарушения эмоционально-идеаторного уровня — сенестопатически-ипохондрический синдром.

Следующий уровень реагирования — **эмоционально-идеаторный, дети 11–17 лет.**

Симптоматика резидуально-органических поражений в этом возрасте может быть обусловлена ранее имевшимися нарушениями в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах либо быть оформлена в виде специфических для данного возраста синдромов.

Расстройства, в классификации В. В. Ковалева обозначенные как «психопатоподобные синдромы», в МКБ-10 могут быть зарегистрированы в рубрике *F91. Расстройства поведения*. По МКБ-10 «расстройства поведения характеризуются стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения».

Поведение, на наличии которого основывается диагноз, — это драчливость и хулиганство, жестокость к людям или животным, поджоги, воровство, лживость, прогулы, уходы из дома, вспышки гнева, постоянное непослушание. Для отнесения таких форм поведения к последствиям резидуально-органического поражения головного мозга, кроме анамнеза, необходимо обнаружение вышеописанных общих признаков резидуально-органического поражения головного мозга.

Эпидемиология. Расстройства поведения — достаточно часто встречающееся нарушение в детском и подростковом возрасте: у 9 % мальчиков и 2 % девочек в возрасте до 18 лет.

В классификации В. В. Ковалева выделяются специфические для подросткового возраста **эмоционально-идеаторные нарушения**, оформляющиеся в виде неврозоподобных синдромов — депрессивно-дистимического и сенестопатически-ипохондрического.

В МКБ-10 они могут быть отнесены к рубрикам:

F92. Смешанные расстройства поведения и эмоций

F92.0. Депрессивное расстройство поведения

F92.8. Другие смешанные расстройства поведения и эмоций

Часть из них может быть квалифицирована в рубриках *F30-39. Расстройства настроения*.

Для эмоциональных расстройств резидуально-органического генеза характерен депрессивно-дистимический синдром, то есть наличие в клинической картине переживаний не только сниженного настроения и потери активности, но и плаксивости, капризности, повышенной раздражительности. Этот синдром наблюдается у детей с 10–11 лет и у подростков, сопровождается повышенной тревожностью, особенно относительно собственного здоровья. Возможно наличие транзиторных психосенсорных расстройств. Кроме симптомов эмоционального расстройства, могут иметь место симптомы когнитивных и поведенческих расстройств, астенического синдрома, вегетативных нарушений — общих признаков резидуально-органического поражения головного мозга.

Сенестопатически-ипохондрический синдром обычно встречается у подростков. При этом отмечается наличие переживания ярких чувственных сенестопатий с разнообразными ипохондрическими опасениями и жалобами. Возможны психосенсорные расстройства. Часто имеют место стойкие и приступообразные гипоталамические (диэнцефальные) расстройства

(вазо-вегетативные), которые являются источником сенестопатий и ипохондрической фиксации внимания на состоянии здоровья.

Описанные В. В. Ковалевым **истероформные расстройства** в МКБ-10 могут быть отнесены к рубрике *F06.5F0.65. Органическое диссоциативное расстройство* (расстройство, отвечающее требованиям одного из расстройств рубрики *F44.F44. Диссоциативные (конверсионные) расстройства* и также удовлетворяющее общим критериям заболевания органической природы).

Истероформные расстройства встречаются чаще у девочек-подростков в виде аффективно-моторных приступов или аффективно-вегетативных приступов. Они могут быть спровоцированы ситуацией либо возникают без внешнего повода. Обычно имеют место и общие признаки резидуально-органического поражения головного мозга, проявления других синдромов того же генеза. Аффективно-моторные приступы (припадки) имеют большое сходство с истерическими, сопровождаются выраженными вегетативными явлениями, но характеризуются большей монотонностью движений, однообразностью и более глубоким нарушением сознания. Они могут включать в себя эпилептиформный компонент, в ряде случаев трансформируются в эпилептические «диэнцефального» типа. Эти расстройства чаще имеют место в отдаленном периоде после перенесения черепно-мозговых травм.

Астеническое состояние (астенический синдром) — по МКБ-10 *F06.6. Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство*.

По МКБ-10 это «расстройство, характеризующееся выраженной и постоянной эмоциональной несдержанностью или лабильностью, утомляемостью или разнообразными неприятными физическими ощущениями (головокружениями и др.), болями, предположительно возникающими вследствие органического расстройства».

Астенический синдром резидуально-органического генеза является одним из общих признаков этих расстройств и сопутствует с той или иной степенью выраженности любым другим синдромам того же генеза.

Его основные характеристики — раздражительная слабость, повышенная утомляемость, истощаемость психических процессов на всех уровнях (эмоциональном, когнитивном и поведенческом). Проявление истощаемости психических процессов — заметное и длительное снижение работоспособности, особенно при любой интеллектуальной нагрузке в школе. Истощаемость когнитивных процессов выявляется в снижении уровня запоминания и удержания в памяти информации, временного забывания знакомых слов. Эмоциональная истощаемость проявляется в виде аффективных нарушений, в первую очередь в повышенной раздражительности, вплоть до взрывчатости, дистимических и дисфорических расстройствах настроения. Поведенческая истощаемость выражается в невозможности

длительной целенаправленной деятельности, недоведении начатого дела до завершения, быстрой переключаемости с одного занятия на другое без достижения результата предыдущего.

У пациентов снижена способность к долгосрочному планированию деятельности, в мотивации основную роль играют аффективно-обусловленные сиюминутные намерения.

В структуре синдрома могут присутствовать преходящие психосенсорные расстройства, нарушения схемы тела (чаще такое выявляют у детей с 10–11 лет, но могут быть и дети младше), а также незначительные нарушения моторных функций и усвоения школьных навыков.

В значительном объеме в этом синдроме представлены симптомы вегетативных и вегето-сосудистых расстройств: метеозависимость, непереносимость жары и холода, поездок в транспорте, холодность и влажность конечностей, колебания артериального давления, легко возникающие колебания веса тела, пониженный либо повышенный аппетит, спонтанные нарушения стула со сменой запоров профузными поносами и т. д.

При этом синдроме нередки головные боли, вестибулярные расстройства, гипоталамические нарушения. Практически всегда обнаруживается неврологическая рассеянная микросимптоматика, свидетельствующая о генезе расстройства и, как правило, имеющая подтверждение при параклинических обследованиях: признаки повышенного внутричерепного давления, небольшие нарушения ликвородинамики, изменения электрической активности мозга по резидуально-органическому типу и т. д.

Проявления астенического синдрома различаются в зависимости от возраста пациента: у дошкольников и младших школьников чаще имеет место его астено-гипердинамический вариант, у подростков — астено-адинамический.

С возрастом синдром имеет тенденцию к регрессиентному течению и редукции симптоматики. С другой стороны, могут иметь место периоды декомпенсации, провоцируемые возрастными кризисами и интеркуррентными заболеваниями, а также психотравмирующими ситуациями.

Как правило, астеническому синдрому, в каждом возрастном периоде имеющему свои отличительные черты, сопутствуют и другие синдромы резидуально-органического генеза, соответствующие возрастному уровню реагирования.

В подростковом возрасте может быть диагностировано **расстройство личности органической этиологии (F07.0 по МКБ-10)**.

При этом расстройстве в большей степени страдает выражение эмоций, потребностей и влечений. Познавательная деятельность снижена в основном в сфере планирования и предвидения результатов для себя и общества.

Согласно МКБ-10, диагноз требует присутствия двух или более из следующих черт:

а) значительно сниженная способность справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей времени и небыстро приводящей к успеху;

б) измененное эмоциональное поведение, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое легко сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии. В некоторых случаях яркой чертой может быть апатия;

в) выражения потребностей и влечений могут возникнуть без учета последствий или социальных условностей (больной может совершать антисоциальные акты — воровство, неадекватные сексуальные притязания, прожорливость, неряшливость и т. д.);

г) когнитивные нарушения в форме подозрительности, параноидных мыслей, чрезмерной озабоченности одной абстрактной темой;

д) выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции, с чертами случайных ассоциаций, вязкость и гиперграфия;

е) измененное сексуальное поведение (гипосексуальность или изменение сексуального предпочтения).

Этот синдром чаще всего диагностируется в позднем подростковом возрасте, когда завершается формирование личности.

Постэнцефалитный синдром (F07.1) предполагает резидуальные изменения, появляющиеся вслед за выздоровлением от вирусного или бактериального энцефалита.

Психические нарушения при этом неспецифичные, имеют тенденцию к обратимому течению. Кроме них, обычно имеют место неврологические симптомы в виде параличей, глухоты, афазии, апраксии, акалькулии. Степень выраженности деменции может быть различной и зависит от возраста, в котором перенесен процесс, а также от преморбидных особенностей личности.

Постконтузионный синдром (F07.2) предполагает резидуальные изменения, появляющиеся вслед за выздоровлением после черепно-мозговой травмы.

Диэнцефальные синдромы и нервно-психические расстройства при детских церебральных параличах, согласно классификации В. В. Ковалева, рассматриваются в курсе невропатологии, а **синдромы психического и психофизического инфантилизма** — в разделе «Задержки развития».

Лечение резидуально-органических нервно-психических расстройств у детей и подростков

Учитывая, что при резидуально-органических поражениях головного мозга имеют место нарушения развития мозга или его повреждения, терапия носит характер восстановительной, стимулирующей развитие мозга и ликвидирующей последствия его повреждения. Кроме того, ряд специфических синдромов требуют назначения соответствующей терапии. Терапия обычно длительная, приоритет в ней отдается препаратам ноотропного ряда, по показаниям обязательно проводятся курсы дегидратационной терапии.

Важную роль в реабилитации этих больных играет организация и спецификация в соответствии с возможностями пациента процесса его обучения, включение в программы реабилитации физиотерапевтических и водных процедур.

Однако на одном из первых мест следует назвать семейное консультирование и семейную психотерапию, так как семья для данной категории больных может быть основной реабилитационной средой либо, наоборот, декомпенсирующей. Из методов семейной психотерапии наиболее подходящей является когнитивно-поведенческая модель (может быть индивидуальной), так как семья ребенка с резидуально-органическим поражением головного мозга нуждается в расширении диапазона понимания его особенностей и, соответственно, расширения воспитательных подходов с их учетом на каждом этапе личностного развития.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение резидуально-органическим поражениям головного мозга у детей и подростков.
2. Перечислите общие признаки резидуально-органических расстройств головного мозга.
3. Какие симптомы резидуально-органического поражения головного мозга характерны для детей до 3 лет?
4. Каковы симптомы резидуально-органического генеза у детей от 3 до 11 лет?
5. Какими нарушениями проявляют себя резидуально-органические поражения головного мозга в подростковом возрасте?
6. Перечислите основные принципы лечения резидуально-органических поражений головного мозга.

Рекомендуемая литература

1. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
2. Психотерапия детей и подростков / Пер. с нем.; Под ред. Х. Ремшмидта. — М.: Мир, 2000. — 656 с.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). — СПб.: Аддис, 1994. — 300 с.

Глава 13. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова

Определение

Невроз — психогенное (конфликтогенное) заболевание (расстройство. — *Примеч. ред.*) личности вследствие неразрешенных/неразрешаемых внутри- и межличностных конфликтов, проявляющееся симптомами невротического регистра реагирования при отсутствии психотических симптомов (Б. Д. Карвасарский, 1980, 1985; Э. Г. Эйдемиллер, 2000).

Поскольку процесс формирования личности — динамический и сложный, простирается с момента фантазий о поле трехлетних детей, которые в будущем, минуя подростковый возраст с фантазиями о своем предназначении и своем поле, станут родителями, приведенное определение невротических расстройств применимо к детям и подросткам.

Эпидемиология

Больные с невротическими и соматоформными расстройствами составляют 3–5 % населения. Точные данные о количестве больных отсутствуют в связи с тем, что это количество зависит от степени развитости рынка психотерапевтических услуг.

Этиология

Наибольшее распространение сегодня получили психодинамические и когнитивно-поведенческие теории личности и происхождения неврозов.

Согласно первым (Freud S., 1936; Freud A., 1936; В. Н. Мясищев, 1961; А. И. Захаров, 1982; Э. Г. Эйдемиллер, 1994), невротические расстройства являются следствием неразрешенного невротического конфликта как

внутри-, так и межличностного. Конфликт потребностей создает эмоциональное напряжение, сопровождаемое тревогой. Потребности, которые длительно сцеплены друг с другом в конфликте, не имеют возможности быть удовлетворенными, но длительно персистируют во внутриличностном пространстве. Персистирование требует большого количества энергии, которая, вместо того чтобы быть направленной на развитие личности/организма, тратится на его энергетическое поддержание. Поэтому универсальным симптомом при всех формах неврозов у детей, подростков и взрослых является астения.

Выдающийся вклад в понимание природы неврозов в рамках психодинамической парадигмы сделал В. Н. Мясищев (1961), который в СССР начал писать на эту тему значительно раньше других авторов (В. Н. Мясищев, 1935). По нашему мнению, он является крупной фигурой, предопределившей развитие «патогенетической психотерапии» (личностно-ориентированной психотерапии Б. Д. Карвасарского, Г. Л. Исуриной и В. А. Ташлыкова) и семейной психотерапии (в том числе системной, в СССР и России).

В современной психоневрологии заметное место заняла теория полифакторной этиологии невротических и соматоформных расстройств (МКБ-10), в которой психологическому фактору отводится ведущая роль.

В значительной степени содержание психологического фактора раскрыто в патогенетической концепции неврозов и «психологии отношений», разработанных В. Н. Мясищевым (1960), согласно которой психологическим ядром личности является индивидуально-целостная и организованная система субъективно-оценочных, активных, сознательных, избирательных отношений с окружающей средой.

В. Н. Мясищев видел в неврозе глубокое личностное расстройство вследствие нарушений системы отношений личности. При этом «отношение» рассматривалось им как центральный системообразующий фактор среди многих психических свойств. Он считал, что «источником невроза и физиологически, и психологически являются трудности или нарушения во взаимоотношениях человека с другими людьми, с социальной действительностью и с задачами, которые перед ним ставятся этой действительностью» (В. Н. Мясищев, 1960) (см. подробнее раздел «Психология отношений В. Н. Мясищева»).

Расстройство системы отношений, приводящее к неврозу, — это нарушение целостности системы отношений (их иерархической структуры); наличие противоречивых отношений, одинаково значимых для личности; нарушение связи между блоками отношений; качественное или количественное изменение таких характеристик отдельных отношений, как активность, избирательность, сознательность (приводит к неадекватности отношений

к объекту). Все это является источником невротических конфликтов и нервно-психического напряжения, которое до известной степени контролируется с помощью механизмов психологической защиты и канализируется с помощью формирования симптомов. Главное значение при невротической декомпенсации приобретает нарушение отношения к себе, проявляющееся в пониженной и противоречивой самооценке на всех этапах онтогенеза личности (Г. Л. Исурина, 1984; Э. Г. Эйдемиллер, 1994).

В патогенетической концепции невротических конфликтов с учетом личностных механизмов их развития — концепции личностных профилей в форме личностных радикалов у детей и акцентуаций личности у подростков и взрослых (К. Леонгард, 1981; Б. И. Гарбузов, 1977; Э. Г. Эйдемиллер, 1994). Концепцию и типологию акцентуаций личности как внутренних условий формирования невротических расстройств мы рассматриваем в другой главе этой книги.

В. Н. Мясисев предложил разделить невротические конфликты на три типа: истерический, неврастенический и обсессивно-психастенический. Истерический конфликт — бессознательное неразрешимое противоречие между «хочу» (завышенный уровень претензий) и «могу» (недооценка своих возможностей и реальной ситуации). Неврастенический конфликт характеризуется, напротив, повышенными требованиями к себе, превышающими реальные возможности личности (конфликт между «должен» и «могу»), а обсессивно-психастенический связан с невозможностью сделать выбор между актуализирующимися влечениями и нормативными установками (конфликт между «должен» и «хочу»).

В. Н. Мясисев вслед за В. М. Бехтеревым уделял большое внимание изучению детства, формированию психики на разных этапах онтогенеза, влиянию и взаимодействию социума и микросоциума при формировании системы отношений личности в норме и патологии. Он первым в СССР и России обнаружил, что в происхождении невротических расстройств ведущую роль играли супружеские и семейные конфликты (у 80 % обследованных пациентов с невротическими расстройствами).

Современные психоаналитики отмечают значительное сходство концепции В. Н. Мясисева с концепциями З. Фрейда, А. Фрейд, З. Фохса. Однако наиболее сильная сторона его учения — понимание личности как целостной биопсихосоциальной структуры, где социальный, психологический и биологический компоненты тесно взаимосвязаны, что обуславливает необходимость воздействия на все три компонента.

В детском возрасте внутриличностные конфликты характеризуются нестойкостью и рудиментарностью, поэтому для формирования невротических расстройств большее значение имеют межличностные конфликты в семье — дисфункция семейного конфликта (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис, 1999).

Подростки, воспитывающиеся в дисфункциональных семьях, могут иметь как внутри-, так и межличностные конфликты, из-за чего у одних формируются неврозы, у других — нарко-, токсикомании, делинквентное поведение и пр.

Роль органического фактора

В происхождении невротических и соматоформных расстройств у детей и подростков, кроме психогенного фактора (роль этиологической причины), имеет значение органическое заболевание головного мозга разной этиологии (роль почвы — роль этиологического условия). Поэтому в клинической картине сосуществуют как невротические, так и неврозоподобные симптомы.

Роль преморбиды

В качестве внутренних условий формирования неврозов (этиологические условия) выступают личностные радикалы у детей и акцентуации личности у подростков и взрослых (В. И. Гарбузов, А. И. Захаров, Д. Н. Исаев, 1977; Э. Г. Эйдемиллер, 1994).

Согласно **когнитивно-поведенческим теориям личности и невротических расстройств**, первичными детерминирующими причинами поведения человека являются когнитивные стили, сценарии и иррациональные/рациональные убеждения (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис, 1990; Е. А. Карасева, 2001; А. Бек, 1976; А. Эллис, 1994)

Если когнитивные программы детерминируют формы поведения, которые не адекватны требованиям реальности и достижение цели оказывается невозможным или отсроченным, то вторично возникают аффективные нарушения в виде тревоги, депрессии, страхов и фобий.

Биологические теории

Биологические теории невротических и соматоформных расстройств основаны на обнаружении биологических маркеров мозговых механизмов, коррелирующих с соответствующей симптоматикой. Их ценность пока от-

носителем, так как до сих пор неизвестно, отражают эти маркеры действие причинных факторов расстройства или его последствия, а также являются ли данные биологические изменения признаком гиперстимуляции нормальной в остальных отношениях нервной системы либо специфического патологического процесса.

Следует иметь в виду, что лечение невротических и соматоформных расстройств только антидепрессантами, транквилизаторами и другими препаратами приводит к полной или частичной редукции симптоматики, но не к выздоровлению или обретению качественной ремиссии.

Диагностика

В диагностико-терапевтической деятельности психиатру и психотерапевту следует пользоваться двумя принципами диагностики неврозов, разработанными В. Н. Мясищевым:

1-й принцип — позитивная диагностика. Предполагает верификацию невротических или соматоформных симптомов, выявление невротических конфликтов, типов психологических защит и копинг-стратегий, исследование преморбидных особенностей личности и ее системы отношений, самооценки, «Я»-концепции.

2-й принцип — негативная диагностика. Предполагает проведение дифференциальную диагностику с разными формами шизофрении, маниакально-депрессивного психоза (аффективными психозами), расстройствами личности, органическими поражениями и опухолями головного мозга, а также рентгенологическое, электроэнцефалографическое, биохимическое и другие исследования.

Важность проведения негативной диагностики подтверждает тот факт, что в последние годы в США увеличилось количество судебных исков, предъявляемых психотерапевтам, не сумевшим диагностировать органические заболевания головного мозга, которые были квалифицированы ими ранее как исключительно психогении.

Классификация и клиника

У детей клиническая картина невротических расстройств характеризуется рудиментарностью, незавершенностью и соответствует параметрам возрастных периодов нервно-психического реагирования (В. В. Ковалев, 1979).

Отечественные исследователи (А. И. Захаров, 1982, 1988; Г. В. Скобло, 1999) традиционно выделяют следующие формы неврозов:

1. Общие неврозы:

- истерический невроз;
- астенический невроз;
- невроз навязчивых состояний.

2. Системные неврозы.

К ним относятся:

- логоневроз;
- тики;
- неорганический (невротический) энурез;
- энкопрез.

Данные формы неврозов расположены по частоте заболеваемости ими детского и подросткового населения России (Э. Г. Эйдемиллер, 1994).

Мы исключили из классификации неврозы страха и ипохондрический, которые не являются самостоятельными формами, а представляют собой отдельные синдромы, встречающиеся при основных формах общих неврозов.

В МКБ-10 выделены семь классов расстройств в рубрике F44.

Общие неврозы

Истерический невроз

В МКБ-10 такой диагноз отсутствует, но многие группы симптомов, традиционно относимые клиницистами к истерическому неврозу, отражены в рубрике *F44. Диссоциативные (конверсионные) расстройства*.

В этиологии диссоциативных (конверсионных) расстройств лежит невротический конфликт истерического типа по В. Н. Мясищеву, представляющий собой противоречие между завышенным уровнем претензий (Н. А. Курганский), которые отличаются от притязаний своей нереалистичностью и отсутствием возможностей или способностей их достигать вследствие заниженной самооценки, а также неспособностью инвентаризировать способности собственного «Я».

Коротко конфликт можно назвать конфликтом «хочу» и «могу». В психоанализе принята точка зрения, что истерический невроз — следствие нерешенных ребенком проблем своего развития на эдипальной фазе психосексуального развития по З. Фрейду и А. Фрейд.

У ребенка — слабое диффузное Эго, в котором есть качества, усиленно стимулируемые родителями или близкими родственниками и признаваемые ими как подлинные, и есть качества, составляющие ресурсную часть личности — эмпатия; чувство ритма и нового; глубина аффектов, которые

значимые взрослые не замечают и не признают, а значит, они не получают подкрепления.

Личностные особенности детей с данной формой расстройств характеризуются незрелостью, инфантилизмом, демонстративностью и склонностью к гиперкомпенсаторному реагированию, фантазиям и амнезиям негативных аспектов бытия (личностный радикал у детей «Демонстративность и гиперкомпенсаторное реагирование» и акцентуация личности у подростков «Демонстративно-гиперкомпенсаторная» (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис, 2000)).

Такие дети чаще всего вырастают в условиях семейного воспитания по типу потворствующей гиперпротекции, которое является формой неполного эмоционального принятия родителями ребенка таким, какой он есть. (Э. Г. Эйдемиллер, Юстицкис В. В., 2000).

Многие дети с диссоциативными (конверсионными) расстройствами обнаруживают конфликт личности между требованиями строгого и сильного Суперэго и неспособностью Эго канализировать и использовать импульсы Ид, соотносить их с требованиями среды, семьи, школы и установками Суперэго.

Формированию такого Суперэго способствует семейное воспитание по типу повышенной моральной ответственности или доминирующей гиперпротекции, которые также являются проявлением эмоционального отвержения детей их родителями.

Начальные проявления диссоциативных (конверсионных) расстройств появляются в раннем детстве в виде нарушений акта дыхания и глотания, недержания мочи и кала, речевой сферы — мутизма, моторной сферы — двигательной бури, аффект-респираторных судорог и пр.

В дальнейшем происходит фиксация и развитие симптоматики.

Симптомы невроза, согласно психоаналитической парадигме, имеют символическое и метафорическое значение.

В соответствии с системными и аналитическими теориями семейного функционирования, симптомы у детей одновременно могут быть выражением протеста против сложившихся отношений в семье и метафорическим посланием из мира семьи вовне о происходящей в ней дисфункции. Например, ребенок с недержанием кала метафорически озвучивает проблему матери и отца, у которых на протяжении многих лет — неудачи в сексуальных отношениях, неумение адекватно консолидировать свои желания и потребности. Кошки в этой семье обнаруживали стремление гадить по углам и не пользоваться лотком, за что их усыпляли.

Относительно условной выгоды симптомов при истерическом неврозе следует подчеркнуть, что этот своеобразный механизм психологической защиты встречается и при других формах неврозов.

Наши исследования позволили конкретизировать положения об условной выгодности невротических симптомов В. Н. Мясищева, А. Кемпинского и Б. Д. Карвасарского, выделив три ее вида:

1. Первичная выгодность симптома.
2. Вторичная выгодность симптома.
3. Третичная выгодность симптома.

Первичная выгодность симптома — это первичная копинг-стратегия, при которой личность-организм делает неосознаваемый выбор в сторону патологической адаптации в жизни с помощью болезни. В значительной степени первичная выгодность симптомов невроза в настоящее время является гипотетическим конструктом, требующим углубленного исследования.

Предположение о нем и его гипотетическое выделение вызвано наблюдением за более чем 1800 здоровых лиц разного возраста, которые проходили семейную и групповую психотерапию. Все они имели внутри- и межличностные конфликты, идентичные таковым у больных неврозами, но сами не обнаруживали симптомов неврозов и не обращались за помощью к психотерапевтам. Более 2000 врачей и психологов прошли более 70 психотерапевтических групп за 10 лет обучения психотерапии на курсе детско-подростковой психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования и подтвердили метафорический тезис о том, что психотерапевт является «спасенным спасателем», а также свое психическое здоровье.

Вторичная выгодность симптомов проявляется в том, что они канализируют эмоциональное напряжение и тревогу, возникшую из-за неразрешимого невротического конфликта. Вследствие этого у больного возникает некоторое субъективное облегчение состояния.

Третичная выгодность симптомов находит свое подтверждение в том, что больной получает определенные психологические и социальные выгоды — с него меньше требуют, прощают снижение успеваемости в школе и на работе, снимают обязанности в семье, которые являются обременительными для всех ее членов. Ребенок, болеющий невротическим расстройством, получает знаки внимания и любви, которых может быть лишен в других ситуациях.

Диагностические критерии по МКБ-10 диссоциативных (конверсионных) расстройств F44 (цит. по МКБ-10). Расстройства рубрики F-4 расположены нами по частоте распространенности.

F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

G1. Отсутствие физического расстройства, которое могло бы объяснить симптомы, характеризующие данное расстройство (но могут быть физические расстройства, которые дают развитие другим симптомам).

G2. Имеется убедительная связь во времени между появлением симптоматики расстройства и стрессовыми событиями, проблемами или потребностями.

F44.0 Диссоциативная амнезия

А. Должны быть общие критерии для диссоциативных расстройств (F44).

«Общим для данной категории расстройств являются транзиторные нарушения интеграции функций памяти, сознания, собственной идентичности и моторики, включающие утрату какой-то части этих функций» (Попов Ю. В., Вид В. Д., 1997).

Б. Амнезия, как частичная, так и полная, на недавние события или проблемы, которые были или в настоящее время остаются травмирующими или стрессорными.

В. Амнезия слишком обширная и постоянная, чтобы ее можно было объяснить обычной забывчивостью (хотя ее глубина и распространенность может варьировать от одного обследования к другому) или намеренной симуляцией.

F44.1 Диссоциативная fuga

А. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Неожиданный, но организованный отъезд из дома или с места работы или уход от социальной активности, когда больной продолжает в основном нормально обслуживать себя.

В. Амнезия либо частичная, либо полная на эти поездки, которая соответствует также критерию В для диссоциативной амнезии (F44.0).

F44.2 Диссоциативный ступор

А. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Резкое уменьшение или отсутствие произвольных движений и речи, а также нормального реагирования на свет, шум и прикосновения.

В. Поддерживание нормального мышечного тонуса, статической позы и дыхания (и часто ограниченные координированные движения глаз).

F44.3 Трансы и состояния овладения

А. Должны выявляться общие критерии диссоциативного расстройства (F44).

Б. Любое из двух:

1. Трансы. Имеются временные изменения сознания, представленные любыми двумя из следующих трех проявлений:
 - а) потеря обычного чувства личной идентичности;
 - б) сужение осознания непосредственного окружения или необычно узкая и избирательная концентрация на стимулы окружающей среды;
 - в) ограничение движений, поз и речи и повторение их маленького набора.

2. Состояние овладения. Больной убежден, что в него вселился дух, сила, божество или другая личность.

В. Оба критерия должны быть нежелательными и мучительными и возникать независимо или являться продолжением сходных состояний в религиозных или приемлемых для данной культуры ситуациях.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Отсутствие в это время шизофрении или связанных с ней расстройств (F20—F29) или (аффективных) расстройств настроения (F30—F39) с галлюцинациями или бредом.

F44.4 Диссоциативные двигательные расстройства

А. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Любое из двух:

1. Полная или частичная утрата способности к произвольным движениям, которые в норме находятся под волевым контролем (включая речь).
2. Различные или различающиеся по степени нарушения координации, или атаксия, или неспособность стоять без посторонней помощи.

F44.5 Диссоциативные судороги

А. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Внезапные и неожиданные спастические движения, напоминающие любые варианты эпилептических судорог, но без последующей потери сознания.

В. Симптомы в критерии Б не сопровождаются прикусом языка, серьезными ушибами или повреждениями вследствие падения или непроизвольным мочеиспусканием.

F44.6 Диссоциативная анестезия и потеря чувствительности

А. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Любое из двух:

1. Частичная или полная потеря некоторых или всех видов кожной чувствительности участка или всего тела (указать: прикосновения, укол булавкой, вибрация, холод-жар).
2. Частичная или полная потеря зрения, слуха или обоняния (указать).

F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.8 Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства

Эта остаточная рубрика может быть использована для определения других диссоциативных и конверсионных состояний, которые подпадают под критерии А и Б для F44, но не соответствуют критериям для F44.0—F44.8, перечисленным выше.

F44.80 Синдром Ганзера

(приблизительные ответы).

F44.81 Расстройство множественной личности

А. Существование двух или более различных личностей внутри индивида, но только одна присутствует в данное время.

Б. Каждая личность имеет собственную память, предпочтения и особенности поведения и временами (периодически) захватывает полный контроль над поведением индивида.

В. Имеется неспособность вспомнить важную для личности информацию, что по масштабам превосходит обычную забывчивость.

Г. Симптомы не обусловлены органическими психическими расстройствами (F00 — F09) (например, эпилепсией) или расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (F0 — F19) (например, интоксикацией или отменой).

F44.82 Преходящие диссоциативные (конверсионные) расстройства, возникающие в детстве или в подростковом возрасте

F44.88 По-другому определяемые диссоциативные (конверсионные) расстройства

Специфические исследовательские критерии всех видов расстройств, упомянутых выше, не даются, так как диссоциативные состояния редки и недостаточно описаны. Исследователи, подробно изучающие эти состояния, устанавливают собственные критерии в соответствии со своими исследованиями.

F44.9 Диссоциативное (конверсионное) расстройство, неуточненное

Кроме того, симптоматика истерического невроза может быть отражена в других разделах рубрики F4, в частности, в F45 — соматоформные расстройства (см. дальше).

F48.0. Неврастения (астенический невроз)

Как самостоятельная форма общего невроза развивается у детей школьного возраста и подростков.

У детей дошкольного возраста в ответ на психотравмы возникают психогенные астенические реакции.

Формированию личностного радикала у детей «истощаемость и осторожность» и астенической акцентуации личности у подростков способствует семейное воспитание по типу перфекционизма с ограничением самостоятельности детей. Дети осторожны, боятся риска, конкуренции, ситуаций типа «экзамен», эмоциональных и интеллектуальных напряжений. Они стараются скорее избегать ошибок, нежели достигать цели.

К внутренним условиям формирования астенического невротического расстройства относятся, помимо личностных особенностей, соматическая ослабленность и резидуально-органическая недостаточность головного мозга.

Невротический конфликт представлен противоречием между требованиями Суперэго — «должен» и возможностями слабого Эго — «могу».

Дети консервативны в своем поведении и паттернах эмоционального реагирования, послушание заставляет их игнорировать переживания собственного дискомфорта, расплачиваться истощаемостью и утомляемостью в попытках соответствовать сознательным и неосознаваемым требованиям родителей — «веди себя так, чтобы о тебе не говорили плохо».

Симптоматика представлена головными болями и болями в области сердца, страхами, тревожностью, нарушениями сна, ипохондрическими опасениями.

Диагностические критерии выделения неврастения

А. Любое из двух:

1. Упорные и беспокоящие жалобы на чувство усталости после небольшой умственной нагрузки (например, после выполнения или попытки выполнения ежедневных задач, которые не требуют необычных психических усилий).

2. Упорные и беспокоящие жалобы на чувство усталости и физической слабости после легких физических нагрузок. Как минимум один из следующих симптомов:

- а) чувство мышечной тупой или острой боли;
- б) головокружение;
- в) головная боль напряжения;
- г) расстройства сна;
- д) неспособность расслабиться;
- е) раздражительность.

Б. Невозможность избавиться от симптомов 1 или 2 из критерия А посредством отдыха, расслабления или развлечения.

В. Продолжительность расстройства не менее трех месяцев.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Расстройство не встречается при органическом эмоционально-лабильном расстройстве (F06.6), постэнцефалитическом синдроме (F07.1), посткоммоционном синдроме (F07.2), расстройствах настроения (аффективных) (F30-F39), паническом расстройстве (F41.0) или генерализованном тревожном расстройстве (F41.1).

Невроз навязчивых состояний. Обсессивно-компульсивное расстройство F42

Чаще развивается у детей школьного возраста.

Внешние условия, способствующие формированию этих расстройств: семейная дисфункция, проявляющаяся в воспитании детей. Чаще всего дети с неврозом навязчивых состояний вырастают в условиях «повышенной моральной ответственности», при которой главными ценностями в жизни

являются гипертрофированное следование долгу и игнорирование собственных эмоциональных и телесных импульсов.

К внутренним условиям относятся личностный радикал «тревожность и агрессивность» у детей и тревожно-мнительная акцентуация у подростков.

Суть невротического конфликта обсессивно-компульсивного типа по В. Н. Мясищеву заключается в противостоянии требований долга (Суперэго) требованиям желаний (Ид), конфликт между «должен» и «хочу».

Невроз навязчивых состояний проявляется в раннем и дошкольном возрасте в виде психогенных навязчивых реакций, которые клинически выступают в форме навязчивых фобий, движений и действий.

В школьном и подростковом возрасте невроз навязчивых состояний проявляется в виде трех разновидностей:

- невроз навязчивых страхов (фобический невроз);
- невроз навязчивых действий (компульсивный невроз);
- невроз навязчивых мыслей (обсессивный невроз).

Под влиянием урбанистических воздействий цивилизации возник существенный патоморфоз классических проявлений невроза навязчивых состояний. В соответствии с возрастными периодами эти разновидности распределились следующим образом.

1. Невроз навязчивых действий (возраст 6–8 лет).

2. Невроз навязчивых страхов (возраст 5–7 лет).

3. Невроз навязчивых мыслей (подростковый период жизни). В МКБ-10 диагностические критерии невроза навязчивых состояний изложены в рубрике F42 — обсессивно-компульсивные расстройства.

А. Как обсессии, так и компульсии (или обе вместе) представлены в большинстве дней как минимум в течение двухнедельного периода.

Б. Обсессии (мысли, идеи или образы) и компульсии (действия) включают следующие признаки, все из которых должны присутствовать.

1. Они воспринимаются больным как возникшие в его собственном разуме и не навязаны окружающими влияниями или лицами.

2. Они повторяются и неприятны; как минимум одна обсессия или компульсия должна пониматься больным как чрезмерная или бессмысленная.

3. Субъект пытается противостоять им, но если они долго существуют, то сопротивление некоторым обсессиям или компульсиям может быть незначительным. Как минимум должна быть одна обсессия или компульсия, сопротивление которой оказалось безуспешным.

4. Осуществление компульсивных актов и обсессивные мысли сами по себе не вызывают приятных ощущений. (Эта особенность должна быть ограничена от временного облегчения тревоги и напряжения.)

В. Обсессии или компульсии вызывают дистресс или мешают социальной или индивидуальной деятельности больного, обычно за счет пустой траты времени.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Обсессии или компульсии не являются результатом других психических расстройств, таких как шизофрения и связанные с ней расстройства (F20–F29), или (аффективных) расстройств настроения (F30–F39).

Диагноз может быть уточнен по четвертому знаку:

F42.0 Преимущественно обсессивные мысли и умственная жвачка

F42.1 Преимущественно компульсивные действия

F42.2 Смешанные обсессивные мысли и действия

F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства

F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство, неуточненное

Другие невротические расстройства изложены в других разделах рубрики F40.

F40-F48 Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства

F40 Тревожно-фобические расстройства

F40.0 Агорафобия

А. Отчетливый и постоянно появляющийся страх по меньшей мере в двух из следующих ситуаций или их избегание:

- 1) толпы;
- 2) публичных мест;
- 3) путешествия в одиночку;
- 4) передвижения вне дома.

Б. С начала заболевания хотя бы в одном случае должны быть представлены одновременно не менее чем два симптома тревоги в пугающих ситуациях, причем один из них должен относиться к пунктам 1–4 ниже следующего списка.

Вегетативные симптомы:

- а) сильное или учащенное сердцебиение;
- б) потливость;
- в) дрожание или тремор;
- г) сухость во рту (но не из-за лекарств или обезвоживания).

Симптомы, относящиеся к груди и животу:

- а) затруднения дыхания;
- б) чувство удушья;
- в) дискомфорт или боли в грудной клетке;
- г) тошнота или неприятное ощущение в животе (например, жжение в желудке).

Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:

а) чувство головокружения, неустойчивости, обморочности;
б) чувство, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное «Я» отделилось или «по-настоящему находится не здесь» (деперсонализация);

в) страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;

г) страх умереть.

Общие симптомы:

а) приливы или чувство озноба;

б) онемение или ощущение покалывания.

В. Значительный эмоциональный дистресс из-за стремления избежать ситуации или симптомов тревоги, при этом больной осознает, что они чрезмерны или необоснованны.

Г. Появление симптомов тревоги только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх или при мыслях о них.

Д. Наиболее часто употребляемые критерии исключения. Страх или избегание ситуаций (критерий А) не определяются бредом, галлюцинациями или другими расстройствами, такими как органическое психическое расстройство (F00–F09), шизофрения и связанные с ней расстройства (F20–F29), аффективные расстройства (F30–F39) или обсессивно-компульсивные расстройства (F42), и не вытекают из культуральных верований.

Наличие или отсутствие панических расстройств (F41.0) в большинстве случаев агорафобии могут быть дополнительно определены с использованием пятого знака:

F40.00 без панического расстройства; F44.01 с паническим расстройством.

Варианты для оценки тяжести

Тяжесть в F40.00 может оцениваться указанием на степень избегания пугающих ситуаций, принимая во внимание специфические культуральные условия. Тяжесть в F40.01 может оцениваться путем подсчета приступов паники.

F40.1 Социальные фобии

А. Должен присутствовать один из следующих признаков:

1. Выраженный страх оказаться в центре внимания или страх повести себя так, что это вызовет смущение или унижение.
2. Выраженное избегание пребывания в центре внимания или ситуаций, связанных со страхом повести себя так, что это вызовет смущение или унижение.

Эти страхи проявляются в социальных ситуациях, таких как прием пищи или общение в общественных местах, случайная встреча знакомых лиц на публике, пребывание в небольших группах (например, на вечеринках, собраниях, в классной комнате).

Б. В то или иное время после начала расстройства должны обнаруживаться минимум два симптома тревоги в пугающих ситуациях, как это определяется критерием Б в F40, а также один из следующих симптомов:

- а) покраснение и «дрожь»;
- б) страх рвоты;
- в) позывы или страх мочеиспускания или дефекации.

В. Выраженное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или стремления избежать ситуаций и осознание, что беспокойство чрезмерное или необоснованное.

Г. Появление симптомов тревоги только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх, или при мыслях о них.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы, перечисленные в критериях А и Б, не обусловлены бредом, галлюцинациями или другими расстройствами, такими как органическое психическое расстройство (F00–F09), шизофрения и связанные с ней расстройства (F20–F29), (аффективные) расстройства настроения (F30–F39) или обсессивно-компульсивное расстройство (F42), и не являются вторичными по отношению к культуральным верованиям.

F40.2 Специфические (изолированные) фобии

А. Любой из следующих признаков:

1. Выраженный страх специфических предметов или ситуаций, не относящихся к агорафобии (F40.0) или социальной фобии (F40.1).
2. Выраженное избегание специфических предметов или ситуаций, не относящихся к агорафобии (F40.0) или социальной фобии (F40.1).

Среди наиболее обычных — страх животных, птиц, насекомых, высоты, грома, полета, маленьких замкнутых пространств, вида крови или ран, инъекций, стоматологов, больниц.

Б. Симптомы тревоги в пугающих ситуациях, как они определены критерием Б в F40.0, должны проявляться в то или иное время с начала заболевания.

В. Значительное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или из-за стремления избежать ситуаций и осознание, что они чрезмерны или необоснованны.

Г. Появление симптомов тревоги только в ситуациях, вызывающих страх, или при мыслях о них.

При желании специфические фобии могут быть подразделены следующим образом:

- фобии животных (например, страх насекомых, собак);
- естественных природных сил (например, страх ураганов, воды);
- крови, инъекций, травм;

- ситуаций (например, страх лифтов, туннелей);
- другой тип фобий.

F40.8 Другие тревожно-фобические расстройства

F40.9 Фобическое тревожное расстройство, неуточненное

F41 Другие тревожные расстройства

F41.0 Панические расстройства (эпизодическая пароксизмальная тревога)

А. Рекуррентные панические атаки, не связанные со специфическими ситуациями или предметами, а часто случающиеся спонтанно (эти эпизоды непредсказуемы). Панические атаки не связаны с заметным напряжением или с проявлением опасности или угрозы жизни.

Б. Паническая атака характеризуется всеми следующими признаками:

1. Это дискретный эпизод интенсивного страха или дискомфорта.
2. Она начинается внезапно.
3. Она достигает максимума в течение нескольких минут и длится по меньшей мере несколько минут.
4. Должны присутствовать минимум 4 симптома из числа нижеперечисленных, причем один из них должен быть из перечня а—г.

Вегетативные симптомы:

- а) усиленное или учащенное сердцебиение;
- б) потливость;
- в) дрожание или тремор;
- г) сухость во рту (не обусловленная приемом препаратов или дегидратацией).

Симптомы, относящиеся к груди и животу:

- а) затруднения в дыхании;
- б) чувство удушья;
- в) боли или дискомфорт в груди;
- г) тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке).

Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:

- а) чувство головокружения, неустойчивости, обморочности;
- б) ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное «Я» отделилось или «находится не здесь» (деперсонализация);
- в) страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;
- г) страх умереть.

Общие симптомы:

- а) приливы или чувство озноба;
- б) онемение или ощущение покалывания.

В. Наиболее часто используемые критерии исключения. Приступы паники не обусловлены физическим расстройством, органическим психическим расстройством (F00–F09) или другим психическим расстрой-

ством, таким как шизофрения и связанные с ней расстройства (F20–F29), (аффективные) расстройства настроения (F30–F39) или соматоформные расстройства (F45).

Диапазон индивидуальных вариаций как по содержанию, так и по тяжести столь велик, что при желании по пятому знаку можно выделить две степени, умеренную и тяжелую:

F41.00 паническое расстройство умеренной степени, по меньшей мере 4 панические атаки в четырехнедельный период

F41.01 паническое расстройство тяжелой степени, по меньшей мере 4 панические атаки в неделю за четыре недели наблюдения

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

Примечание. В детском и подростковом возрасте диапазон жалоб, которыми проявляется генерализованная тревога, часто является более ограниченным, чем в зрелом возрасте, и специфические вегетативные симптомы часто менее выражены. В этих случаях предпочтительнее использовать альтернативный набор критериев в F93.80 (генерализованное тревожное расстройство детского возраста).

А. Период по меньшей мере шесть месяцев с выраженной напряженностью, беспокойством и чувством предстоящих неприятностей в повседневных событиях и проблемах.

Б. Должны присутствовать по меньшей мере четыре симптома из следующего списка, причем один из них из перечня 1–4:

1. Усиленное или учащенное сердцебиение.
2. Потливость.
3. Тремор или дрожь.
4. сухость во рту (но не от лекарств или дегидратации).

Симптомы, относящиеся к груди и животу:

- а) затруднения в дыхании;
- б) чувство удушья;
- в) боль или дискомфорт в груди;
- г) тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке).

Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:

- а) чувство головокружения, неустойчивости или обморочности;
- б) чувства, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное «Я» отделилось или «по-настоящему находится не здесь»;
- в) страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;
- г) страх умереть.

Общие симптомы:

- а) приливы или ознобы;
- б) онемение или ощущение покалывания.

Симптомы напряжения:

- а) мышечное напряжение или боли;
- б) беспокойство и неспособность к релаксации;
- в) чувство нервозности, «на взводе» или психического напряжения;
- г) ощущение комка в горле или затруднения при глотании.

Другие неспецифические симптомы:

- а) усиленное реагирование на небольшие сюрпризы или на испуг;
- б) затруднения в сосредоточении внимания или «пустота в голове» из-за тревоги или беспокойства;
- в) постоянная раздражительность;
- г) затруднение при засыпании из-за беспокойства.

В. Расстройство не отвечает критериям панического расстройства (F41.0), тревожно-фобических расстройств (F40), обсессивно-компульсивного расстройства (F42) или ипохондрического расстройства (F45.2).

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Тревожное расстройство не обусловлено физическим заболеванием, таким как гипертиреозидизм, органическим психическим расстройством (F00-F09) или расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ (F10-F19), таким как избыточное употребление амфетаминоподобных веществ или отмена бензодиазепинов.

F41.2 Смешанные тревожные и депрессивные расстройства

Существует так много возможных комбинаций, сравнительно мягких проявлений этих нарушений, что специфические критерии, иные, чем уже имеющиеся в диагностическом руководстве, для них не созданы. Предполагается, что исследователи, желающие изучать пациентов с этими расстройствами, должны использовать свои собственные критерии в пределах данного руководства в зависимости от планирования и целей их исследования.

*F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства**F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства**F41.9 Тревожное расстройство, неуточненное**F43 Реакция на тяжелый стресс и расстройство адаптации**F43.0 Реакция на острый стресс*

А. Воздействие исключительно медицинского или физического стрессора.

Б. Симптомы возникают немедленно вслед за подверженностью стрессору (в течение 1 часа).

В. Выделяются две группы симптомов; реакция на острый стресс бывает: F43.00 легкая;

F43.01 умеренная (выполняется критерий 1 и имеются любые два симптома из критерия 2);

F43.02 тяжелая (выполняется критерий 1 и имеются любые 4 симптома из критерия 2 или имеется диссоциативный ступор (F44.2)).

1. Выполняются критерии Б, В и Г для генерализованного тревожного расстройства (F41.1).

2. а) уход от предстоящих социальных взаимодействий;

б) сужение внимания;

в) проявления дезориентации;

г) гнев или словесная агрессия;

д) отчаяние или безнадежность;

е) неадекватная или бесцельная гиперактивность;

ж) неконтролируемое и чрезмерное переживание горя (рассматриваемое в соответствии с местными культуральными стандартами).

Г. Если стрессор преходящий или может быть облегчен, симптомы должны начинать уменьшаться не более чем через восемь часов. Если стрессор продолжает действовать, симптомы должны начать уменьшаться не более чем через 48 часов.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Реакция должна развиваться в отсутствие любых других психических или поведенческих расстройств в МКБ-10 (за исключением F41.1 (генерализованные тревожные расстройства) и F60 (расстройства личности)) и не менее чем через три месяца после завершения эпизода любого другого психического или поведенческого расстройства.

F43.1 Посттравматическое стрессорное расстройство

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как коротко, так и длительно длящихся) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б. Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах либо повторное переживание горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие либо ассоциирующиеся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора).

Г. Любое из двух:

1. Психогенная амнезия (F44.0), либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.

2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:

- а) затруднение засыпания или сохранения сна;
- б) раздражительность или вспышки гнева;
- в) затруднения концентрации внимания;
- г) повышение уровня бодрствования;
- д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Д. Критерии «б», «в» и «г» возникают в течение шести месяцев стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на шесть месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены *отдельно*).

F43.2 Расстройство адаптации

А. Развитие симптомов должно происходить в течение одного месяца после подверженности идентифицируемому психосоциальному стрессору, который не представляет собой необычный или катастрофический тип.

Б. Симптомы или нарушение поведения по типу, обнаруживаемому при других аффективных расстройствах (F30-F39) (за исключением бреда и галлюцинаций), любых расстройствах в F40-F48 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) и расстройствах поведения (F91), но при отсутствии критериев для этих конкретных расстройств. Симптомы могут быть переменными по форме и тяжести.

Преобладающие особенности симптомов могут быть определены с использованием пятого знака.

F43.20 Короткая депрессивная реакция

Преходящее легкое депрессивное состояние длительностью не более одного месяца.

F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция

Легкое депрессивное состояние, возникшее в результате пролонгированного действия стрессорной ситуации, но длительностью не более двух лет.

F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция

Симптомы и тревоги, и депрессии отчетливо выражены, но по уровню не выше, чем определено для смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2) или других смешанных тревожных расстройств (F41.3).

F43.23 С преобладанием расстройств других эмоций

Симптомы обычно нескольких эмоциональных типов, такие как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев. Симптомы тревоги и депрессии могут отвечать критериям смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2) или других смешанных тревожных расстройств (F41.3), но они не так доминируют, как другие, более специфические депрессивные или тревожные расстройства. Эта категория должна использоваться для реакций у детей, у которых присутствует регрессивное поведение, такое как энурез или сосание пальцев.

F43.24 С преобладанием нарушения поведения

Основное нарушение затрагивает поведение, например, у подростков реакция горя проявляется агрессивным или асоциальным поведением.

F43.25 Со смешанными расстройствами эмоций и поведения

Эмоциональные симптомы и нарушения поведения отчетливо выражены.

F43.28 С другими уточненными преобладающими симптомами

В. Симптомы не продолжают более чем шесть месяцев после прекращения действия стресса или его последствий, за исключением F43.21 (продолжительная депрессивная реакция), но этот критерий не должен препятствовать предварительному диагнозу.

*F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс**F43.9 Реакция на тяжелый стресс, неуточненная**F45 Соматоформные расстройства**F45.0 Соматизированное расстройство*

А. В прошлом, в течение по крайней мере двух лет, жалобы на множественные и различные физические симптомы, которые не могут быть объяснены любыми выявляемыми физическими расстройствами (разные физические болезни, наличие которых известно, не могут объяснить тяжесть, обширность, вариабельность и упорство физических жалоб или сопутствующей социальной несостоятельности). Если имеются некоторые симптомы, отчетливо обусловленные возбуждением вегетативной нервной системы, то они не являются главной особенностью расстройства и не особенно стойки или тяжелы для больного.

Б. Озабоченность этими симптомами вызывает постоянное беспокойство и вынуждает больного искать повторных консультаций (трех или более) или различных исследований у врачей первичной помощи или у специалистов. При отсутствии медицинской помощи по финансовым или физическим причинам наблюдается постоянное самолечение или множественные консультации у местных «целителей».

В. Упорные отказы принять медицинские заверения в том, что нет адекватной физической причины соматических симптомов. (Если больной на короткое время успокоится, то есть на несколько недель сразу после проведенных обследований, то это не исключает диагноза.)

Г. Шесть или более симптомов следующего списка, с симптомами, относящимися по крайней мере к двум отдельным группам.

Желудочно-кишечные симптомы:

- а) боли в животе;
- б) тошнота;
- в) чувство распирания или переполненности газами;
- г) плохой привкус во рту или обложенный язык;

- д) рвота или отрыгивание пищи;
- е) жалобы на частые движения кишечника (перистальтику) или на отхождение газов.

Сердечно-сосудистые симптомы:

- а) одышка без нагрузки;
- б) боли в груди.

Мочеполовые симптомы:

- а) дизурия или жалобы на частое мочеиспускание;
- б) неприятные ощущения в половых органах или около них;
- в) жалобы на необычные или обильные выделения из влагалища.

Кожные и болевые симптомы:

- а) жалобы на пятнистость или депигментацию кожи;
- б) боли в конечностях или суставах;
- в) неприятное онемение или чувство покалывания.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы не встречаются только во время шизофренических и связанных с шизофренией расстройствах (F20–F29), любых (аффективных) расстройств настроения (F30–F39) или панического расстройства (F41.0).

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

А. Подпадает под критерий А, В и Д для соматизированных расстройств (F45.0), но за тем исключением, что длительность составляет по меньшей мере 6 месяцев.

Б. Не полностью соответствует одному или обоим критериям, Б и Г, для соматизированного расстройства (F45.0).

F45.2 Ипохондрическое расстройство

А. Любое из двух:

1. Упорное убеждение как минимум шестимесячной длительности в наличии не более чем двух серьезных физических болезней (из которых по крайней мере одна должна быть названа пациентом).
2. Чрезмерная обеспокоенность предполагаемым уродством или деформацией (дисморфофобическое расстройство).

Б. Озабоченность убеждением в болезни и симптомами вызывает постоянные страдания или социальную дезадаптацию в повседневной жизни и заставляет пациента искать медицинского лечения или обследования (или эквивалентной помощи местных «целителей»).

В. Упорные отказы принять медицинские заверения в отсутствии физических причин соматических симптомов или физических аномалий. (Если больной на короткое время успокоится, то есть на несколько недель сразу после медицинского обследования, то это не исключает данного диагноза.)

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы развиваются не только в течение шизофрении и связанных с ней расстройств (F20–F29, особенно F22) но и при любых расстройствах настроения (F30–F39).

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция

А. Симптомы вегетативного возбуждения, которые пациент приписывает физическому расстройству, в одной или более из следующих систем или органов:

- 1) сердце и сердечно-сосудистая система;
- 2) верхний желудочно-кишечный тракт (пищевод и желудок);
- 3) нижний отдел кишечника;
- 4) дыхательная система;
- 5) урогенитальная система.

Б. Два или более из следующих вегетативных симптомов:

- 1) сердцебиение;
- 2) потливость (холодный или горячий пот);
- 3) сухость во рту;
- 4) покраснение;
- 5) дискомфорт в эпигастрии или жжение.

В. Один или более из следующих симптомов:

- 1) боли в груди или дискомфорт в перикардиальной области;
- 2) одышка или гипервентиляция;
- 3) сильная утомляемость на легкую нагрузку;
- 4) отрыжка воздухом, или кашель, или ощущение жжения в груди или эпигастрии;
- 5) частая перистальтика;
- 6) повышение частоты мочеиспусканий или дизурия;
- 7) чувство того, что обрюзг, раздулся, стал тяжелым.

Г. Отсутствие признаков расстройства структуры и функций органов или систем, которыми озабочен больной.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы возникают не только при наличии фобических расстройств (F40.0–F40.3) или панических расстройств (F41.0).

Пятый знак должен быть использован для классификации отдельных расстройств этой группы, определяя орган или систему, беспокоящие пациента как источник симптомов:

F45.30 Сердце и сердечно-сосудистая система

(включает: сердечный невроз, нейроциркуляторную астению, синдром д'Аюста)

F45.31 Верхние отделы желудочно-кишечного тракта

(включает: психогенную аэрофагию, покашливания, желудочный невроз)

F45.32 Нижний отдел желудочно-кишечного тракта (включает: синдром психогенного беспокойства кишок, психогенный понос, метеоризм)

F45.33 Дыхательная система
(включает: гипервентиляцию)

F45.34 Мочеполовая система
(включает: психогенное повышение частоты мочеиспускания и дизурию)

F45.38 Другие органы или системы

F45.4 Состояние упорной соматоформной боли

А. Упорная (в большинстве дней не менее чем шестимесячного периода), тяжелая и мучительная боль в разных частях тела, которая не может быть объяснена адекватно наличием физиологического процесса или физического расстройства и на которой постоянно сфокусировано внимание пациента.

Б. Наиболее часто используемые критерии исключения. Это расстройство не встречается при наличии шизофрении или связанных с ней расстройств (F20–F29) или только в течение различных расстройств настроения (аффективных) (F30–F39), соматизированного расстройства (F45.0), недифференцированного соматоформного расстройства или ипохондрического расстройства (F45.2).

F 45.8 Другие соматоформные расстройства

При этих расстройствах имеющиеся жалобы не опосредуются через вегетативную нервную систему и ограничиваются только частями тела, например кожей. Это является отличием от соматизированного расстройства (F45.0) и недифференцированного соматоформного расстройства (F45.1), при которых имеются множественные и часто меняющиеся жалобы на источник симптомов и беспокойства. Тканевые повреждения отсутствуют.

Здесь следует кодировать любые другие расстройства ощущений, не обусловленные физическими расстройствами, которые тесно связаны по времени со стрессовыми событиями или проблемами или которые приводят к значительно повышенному вниманию к больному со стороны окружающих или медицинских служб.

F45.9 Соматоформное расстройство, неуточненное

F48 Другие невротические расстройства

F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации

А. Любое из двух:

1. Деперсонализация. Пациент жалуется, что отделился или находится «на самом деле не здесь». Например, больные могут жаловаться, что их чувства или ощущение внутренней жизни отделены, чужды им, не их собственные или потеряны, или испытывать ощущение, что их эмоции

или движения принадлежат кому-то еще, или они чувствуют себя как играющие на сцене.

2. Дерезализация. Больной жалуется на чувство нереальности. Например, могут быть жалобы, что окружение или определенные объекты выглядят незнакомыми, измененными, плоскими, бесцветными, безжизненными, неинтересными или похожи на сцену.

Б. Сохранение понимания пациентом того, что эти изменения внутри него самого, а не навязаны извне другими людьми или силами.

Примечание. Этот диагноз не должен применяться как основной или единственный, когда синдром развивается в присутствии других психических расстройств, таких как органические состояния спутанности или бредовые состояния (F05, F06), алкогольная или наркотическая интоксикация (Flx.O), шизофрения или связанные с ней расстройства (F20–F29), (аффективные) расстройства настроения (F30–F39), тревожные расстройства (F40, F41) или другие состояния (такие, как выраженная усталость, гипогликемия или состояние непосредственно до или после эпилептических припадков). Тем не менее эти синдромы часто развиваются в течение многих других психических расстройств и, соответственно, редиagnostируются в качестве вторичных или дополнительных рубрик к другому основному диагнозу. Значительно реже их возникновение в качестве изолированных синдромов.

F48.8 Другие уточненные невротические расстройства

Эта рубрика включает смешанные расстройства поведения, убеждений и эмоций, которые имеют неопределенное происхождение и нозологическое положение и которые развиваются с особенной частотой в некоторых культуральных условиях; примеры включают синдром чрезмерной озабоченности отупляющим действием семяизвержения, коро (тревога и страх, что половой член втянется в брюшную полость, что приведет к смерти). Тесная связь этих синдромов с принятыми в данной местности культуральными верованиями и типами поведения указывает, что их, вероятно, лучше рассматривать как небредовые.

F48.9 Невротическое расстройство, неуточненное

Системные неврозы

В отечественной психиатрии под системными неврозами понимают такие неврозы, при которых в клинической картине преобладают симптомы функциональных нарушений одной или нескольких соматических систем — сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной и др.

К системным неврозам у детей относятся логоневроз, невротические тики, невротические энурез и энкопрез.

В МКБ-10 многие из этих расстройств изложены в рубрике F90–F98. Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте (F95, F98.0, F98.1).

Клиника тиков невротических изложена в двух разделах МКБ-10.

F95.0. Транзиторное тиковое расстройство

Определение. Тик является непроизвольным, внезапным, быстрым, повторяемым, неритмичным, стереотипным движением или вокализацией.

Этиология. В развитии тиков играют роль как генетические, так и психогенные факторы. В семьях детей с тиками у родственников в нескольких поколениях отмечены тиковые нарушения и нарушения речи.

К психогенным факторам относятся дисфункциональные отношения в семье: оба родителя придерживаются покорных методов воспитания — один (чаще отец) практикует воздействия, ограничивающие самостоятельность ребенка, другой внешне демонстрирует покорность и пассивность, но внутренне не соглашается с супругом.

В основе транзиторного тика лежит подавленная агрессивность у ребенка. Замечена обратная зависимость между тиками и агрессивным поведением: усиление последнего сопровождается редукцией тиков.

Появлению эпизодов тиков содействуют стрессовые ситуации, стимулирующие у ребенка возбудимость.

Эпидемиология. Тики встречаются у 5–25% детей школьного возраста. Мальчики преобладают над девочками (3:1). Пик появления тиков приходится на 7–11 лет (Ю. В. Попов, В. Д. Вид, 1997).

Клиника. Транзиторные тики чаще являются двигательными в виде мигания или иного движения лицевых мышц, языка, нижней челюсти, мышц шеи. Более редкие тиковые движения — верхних конечностей, еще реже встречаются тики туловища и нижних конечностей. Кроме того, бывают дыхательные и вокальные тики.

Начинаются тики в возрасте 5–10 лет, а самые первые эпизоды появляются и в 2 года. В большинстве случаев с годами они проходят, появляясь лишь в стрессовых ситуациях.

Небольшой процент транзиторных тиков завершается переходом в другие тиковые расстройства.

Диагноз. Чтобы поставить диагноз транзиторных тиков, состояние должно соответствовать следующим признакам:

- появление отдельных или множественных двигательных или вокализованных тиков в большую часть дней в продолжение не менее месяца;
- длительность нарушений не более одного года;

- отсутствие в анамнезе синдрома Туретта и указаний на органическое заболевание головного мозга или медикаментозное воздействие;
- начало в возрасте до 18 лет.

Дифференциальный диагноз проводится прежде всего с неврологическими нарушениями, неврозом навязчивых состояний, синдромом Туретта, хореей.

F95.1. Хроническое моторное или вокальное тикозное расстройство

А. Моторные или вокальные тики, но не те и другие, которые возникают много раз за день на протяжении большей части как минимум годичного периода.

Б. Отсутствие ремиссий на протяжении этого года длительностью более двух месяцев.

В. В анамнезе нет синдрома Туретта, и расстройство не является результатом соматического состояния или проявлением побочных эффектов лекарственной терапии.

Г. Начало в возрасте до 18 лет.

F98.0. Энурез неорганической природы

Невротический энурез включен в класс расстройств F98. Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

Определение. Под энурезом понимают утрату контроля над мочеиспусканием в ночное и дневное время.

Этиология. Контроль мочеиспускания зависит от уровня развития нервно-мышечного аппарата, регулирующего деятельность мочевого пузыря, а также эмоциональной и когнитивной сферы, стиля воспитания навыков опрятности, характера взаимоотношений в семьях.

Нарушения на любом уровне регуляции могут стать причиной энуреза. Значимость генетического фактора подтверждается тем, что 75 % больных имеют наследственную отягощенность этим расстройством.

Неорганический энурез может быть следствием хронической психогении — развод родителей, их выраженный конфликт, рождение сиблинга, начало учебы в школе, отрыв от матери, эмоциональное отвержение ребенка, особенно усиливающееся при появлении энуреза.

Неорганический энурез может быть проявлением протестных реакций, с помощью которых ребенок либо сигнализирует окружающим о своем дискомфорте, либо бессознательно пытается переструктурировать отношения членов семьи, либо то и другое одновременно.

Согласно данным ЭЭГ, ночное недержание мочи возникает при переходе от медленной фазы сна к быстрой, вследствие чего энурез рассматривается

как своеобразный патологический компенсаторный механизм регуляции системы «сон — бодрствование».

Одной из возможных причин возникновения энуреза является дефект установления правильного циркадного ритма выброса антидиуретического гормона вазопрессина, который в норме обеспечивает снижение диуреза в ночное время.

Эпидемиология. Распространенность составляет 7 % у мальчиков и 3 % у девочек в возрасте до 5 лет; 3 % у мальчиков и 2 % у девочек — в возрасте до 10 лет и 1 % у мальчиков и 0,4 % у девочек — в возрасте до 18 лет. Дневной энурез более характерен для девочек.

Клиника. Энурез делят на первичный и вторичный.

Первичный энурез встречается в 80 % случаев, при нем контроль над мочеиспусканием отсутствует с момента рождения.

Вторичный энурез возникает под воздействием психосоциальных стрессоров у детей 5–8 лет после периода удовлетворительного контроля над мочеиспусканием.

Недержание мочи обычно появляется через 0,5–3 часа после засыпания, но у некоторых детей это происходит в любое время ночи или непосредственно перед пробуждением.

Дневной энурез часто сочетается с ночным или выступает самостоятельно. Дети с ним обладают инфантилизмом и истерическими чертами личности.

В преморбиде дети с энурезом имеют сниженную самооценку, черты тормозимости, демонстративности и истеричности, признаки вегето-сосудистой дистонии.

Энурез для ребенка является эго-дистонным симптомом.

При нем высока коморбидность с энкопрезом, задержками развития и нарушениями сна.

Диагноз. Диагноз неорганического энуреза устанавливается на основе критериев МКБ-10.

А. Хронологический и умственный возраст ребенка — не менее 5 лет.

Б. Непроизвольное или преднамеренное испускание мочи в кровати или одежде, которое происходит с частотой не реже двух раз в месяц у детей в возрасте до 7 лет и не реже одного раза в месяц у детей 7 лет или старше.

В. Энурез не является следствием эпилептических припадков или неврологического расстройства, а также прямым следствием анатомических аномалий мочевых путей или любого другого непсихиатрического состояния.

Г. Нет психического расстройства, которое отвечало бы другим категориям МКБ-10.

Д. Состояние должно отмечаться не менее трех месяцев.

Возможная классификация по пятому знаку:

F98.00 — только ночной энурез

F98.01 — только дневной энурез

F98.02 — ночной и дневной энурез

Невротический энкопрез (F98.1. Энкопрез неорганической природы)

Определение. Неспособность контролировать выделение кала, вследствие чего обнаруживается непроизвольное или произвольное недержание кала в местах, неуместных для этой цели.

Этиология. Наиболее признана полиэтиологическая теория расстройства, согласно которой энкопрез является следствием задержки развития и влияния разных психосоциальных факторов.

Задержка формирования навыков опрятности и контроля за дефекацией связана с нарушением социализации ребенка: преждевременная стимуляция его умения пользоваться горшком, унижение и наказание при неудачах в дефекации (с точки зрения родителей), атмосфера подавления самостоятельности в проявлении своих желаний.

Семья обладает типичной конфигурацией — отстраненный от воспитания отец, имеющий низкий статус в семье, и авторитарная ригидная мать, подавляющая и наказывающая ребенка.

У больных чаще, чем у других лиц в популяции, представлены функциональные дискинезии желудочно-кишечного тракта, склонность к запорам.

Запоры, предшествовавшие формированию контроля за дефекацией, сопровождаются снижением чувствительности деятельности кишечника и отсутствием своевременного позыва к дефекации (Ю. В. Попов, В. Д. Вид, 1997).

Эпидемиология. Распространенность заболевания составляет 1,5 % в возрасте до 5 лет, а в подростковом возрасте встречается редко. Соотношение мальчиков и девочек — 4:1.

Клиника и диагноз. Диагноз энкопреза выставляется в случае соответствия критериям МКБ-10.

А. Ребенок периодически испражняется в местах, которые не подходят для этой цели (например, в гардеробе, на полу), непроизвольно или преднамеренно. (Расстройство может включать недержание кала вследствие переполнения кишечника, вторичного по отношению к функциональной задержке кала.)

Б. Хронологический и умственный возраст ребенка составляет минимум 4 года.

В. По меньшей мере один случай энкопреза в месяц.

Г. Продолжительность по меньшей мере шесть месяцев.

Д. Отсутствие органического расстройства, которое могло бы служить достаточным основанием для энкопреза.

При желании возможна дифференциация по пятому знаку:

F98.10 — неспособность приобретения физиологического контроля за функцией кишечника

F98.11 — адекватный контроль кишечника и дефекация в неадекватных местах с нормальной консистенцией кала

F98.12 — загрязнение, связанное с жидкой консистенцией кала

Логоневроз (невротическое заикание) (F98.5. Заикание (запинание))

Определение. Заикание невротическое — психогенное расстройство ритма, темпа, плавности речи, которое связано с судорогами мышц, осуществляющих акт речи.

Этиология. Хронические и острые психические травмы — конфликты в семье, эмоциональное отвержение ребенка и основанное на нем воспитание по типу доминирующей гиперпротекции.

Внутренним условием формирования логоневроза являются черты личности астенического и тормозимого типов, лабильность аффекта и склонность к возбудимости.

В семьях имеется наследственная отягощенность патологией речи.

В период времени, когда формируется анатомо-физиологический аппарат речи, предъявление родителями чрезмерных требований к ребенку по усвоению информации, обучение языкам, игнорирование особенностей младенческой речи и образного мышления. Все это приводит к нарушениям речи в виде заикания.

Имеются данные о генетической обусловленности расстройства и о роли неврологических заболеваний в происхождении логоневроза.

Эпидемиология. Распространенность — 2–4 % лиц детского возраста, преобладание мальчиков над девочками (4:1).

Клиника и диагноз. Начинается чаще всего в возрасте 2–4 лет. Расстройство развивается постепенно. Первые признаки — повторение начальных звуков в словах, первых или наиболее трудных слов в предложении в моменты эмоционального напряжения в ситуациях типа экзамена.

Отмечаются тонические судороги дыхательно-звуковой мускулатуры с постепенным присоединением судорог в артикуляционно-мышечном аппарате (Г. В. Скобло, 1999).

Эпизоды заикания сменяются эпизодами речи без нарушений. Симптомы могут отсутствовать при пении, декламации или взаимодействии с живыми и неодушевленными предметами.

В школьном возрасте к имевшимся ранее симптомам присоединяется логофобия, из-за чего происходит отказ от устных ответов на уроках.

В некоторых случаях возникают спонтанные ремиссии, в других — социальная дезадаптация из-за стигматизирующего отношения сверстников. Диагноз устанавливается на основе критериев МКБ-10.

F98.5. Заикание (запинание)

А. Заикание (речь, характеризующаяся частым повторением или пролонгацией звуков или слогов или слов, или частыми колебаниями, или паузами), которое носит постоянный или периодический характер и по своей выраженности значительно нарушает течение речи.

Б. Продолжительность не менее трех месяцев.

F98.6. Речь взхлеб

А. Речь взхлеб (то есть быстрая речь с резкими остановками в ее течении, но без повторений или колебаний), которая носит постоянный или периодический характер и по своей выраженности значительно нарушает вразумительность речи.

Б. Продолжительность не менее трех месяцев.

F98.8. Другие уточненные эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст

F98.9. Эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст, неуточненное
Лечение расстройств из рубрик F4 и F9.

Основные принципы терапии расстройств:

1. Стереоскопическая диагностика расстройств, использующая принципы позитивной и негативной диагностики по В. Н. Мясищеву.
2. Предпочтительный выбор психосоциальных воздействий перед медикаментозным лечением.
3. Дифференцированность и последовательность проведения реабилитационных программ.
4. Предпочтительность лечения в амбулаторных и полустационарных условиях.
5. Командное обслуживание больных детей усилиями врача-психиатра, психотерапевта, клинического психолога, социального работника, педагога и среднего медицинского персонала.

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства излечиваются с максимальной эффективностью в первую очередь благодаря психотерапии.

Часто назначение психотропных препаратов, антидепрессантов или транквилизаторов происходит «по показаниям персонала», который не знает психологических особенностей детей и подростков, не умеет воспринимать их игры и формы поведения вне терминов «правильно» и «неправильно» и, следовательно, не умеет адекватно с ними общаться.

В лечении неврозов наиболее оправданной оказалась система психосоциальных воздействий, включающая в себя санирование среды обитания, коррекцию условий обучения в школе и методы психотерапии.

Среди методов психотерапии в детской и подростковой практике как эффективная себя зарекомендовала семейная психотерапия — индивидуальная аналитическая, групповая и поведенческая.

Классический гипноз, гипноз-отдых, методы релаксации, в частности прогрессирующая мышечная релаксация по Э. Джекобсону, при одних видах расстройств используются в качестве основного метода лечения, при других — вспомогательного.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение неврозу (невротическим, связанным со стрессом и соматоформным расстройствам).
2. Какие основные положения характеризуют «психологию отношений» В. Н. Мясищева?
3. Какое определение невротического конфликта сформулировал В. Н. Мясищев?
4. Какие существуют формы невротических расстройств?
5. Каковы принципы лечения неврозов?

Рекомендуемая литература

1. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. 2-е изд., переработанное и дополненное. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). — СПб.: Адис, 1994. — 300 с.
3. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств // Исследовательские диагностические критерии. — ВОЗ, Женева. — 208 с.
4. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2000. — 1024 с.
5. Психотерапия детей и подростков / Пер. с нем.; под ред. Х. Ремшмидта. — М.: Мир, 2000. — 656 с.

Глава 14. Личностные расстройства

Э. Г. Эйдемиллер, А. Э. Тарабанов

Личность ребенка — сложная и развивающаяся структура, которую нельзя свести к набору поведенческих проявлений или симптомов в случае личностных дисфункций. Отношение ребенка к внешнему миру, осознание им себя самого и собственных границ, потребностей и эмоций, роль бессознательных процессов в формировании идентичности положены в основу научных моделей расстройств личности в МКБ-10 и DSM-5.

DSM-5 (2013) подчеркивает значимость для концепции личности контекста межличностных отношений. Современные интегративные подходы к расстройствам личности, как у детей и подростков, так и у взрослых, среди них — DSM-5, содержат и количественный анализ, основанный на измерении уникальных личностных особенностей, и психодинамическую составляющую, подчеркивающую особенности развития личности. Особое значение для понимания природы личностных расстройств в наши дни имеют нейробиология и нейрофизиология, исследования структурного функционирования мозга и нервной системы в целом.

Большинство специалистов в области психического здоровья в РФ и за рубежом все чаще сходятся в том, что некоторые устойчивые эмоциональные, когнитивные и поведенческие паттерны у детей и подростков позволяют достаточно осторожно выделять некоторые аналоги «взрослых» расстройств личности. В зарубежной литературе и клинической практике примером такого в полной мере «личностного» расстройства у подростков является так называемое дисruptивное личностное расстройство. Данный термин содержится в DSM и PDM, на русский язык может быть переведен как «взрывное расстройство импульсного контроля», включая вызывающее оппозиционное поведение, а также kleптоманию и пироманию, агрессивное поведение и поведение, направленное на причинение ущерба чужой собственности, то есть шире, чем привычное «поведенческое оппозиционно-вызывающее расстройство». У подростков оно имеет принципиальные отличия. Однако проблемы с дисruptивным поведением, которые были у ребенка, должны учитываться в последующем при диагностике асоциального расстройства личности во взрослый период, в сочетании с другими

неблагоприятными психологическими и социальными факторами. Кроме того, принципиальные отличия имеют синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и расстройства аутистического спектра (АСД), которые, возникнув в начальном периоде жизни, сохраняют стойкость во взрослой жизни, но не могут быть рассмотрены как специфические расстройства личности взрослого периода жизни. Ключевым моментом для клинициста является то, что в период полового созревания и позднее каждое из этих расстройств должно быть рассмотрено в другом, взрослом контексте. Таким образом, у подростка и взрослого могут сохраняться дизраптивные проявления (агрессия), и этиологически они связаны с аналогичными в детстве, но в межличностном взрослом контексте имеют совсем другое значение.

Еще одно «взрослое» личностное расстройство все чаще рассматривается в зарубежной практике в рамках дифференциального диагноза у подростков. Речь идет о пограничном личностном расстройстве. *Такой диагноз для подростков выделяет DSM-5 в том случае, когда у подростков определяется «годовой паттерн незрелого развития личности с нарушениями по меньшей мере в пяти из следующих областей: усилия по предотвращению изоляции, нестабильные межличностные отношения, нарушение идентичности, импульсивность, суицидальное и саморазрушающее поведение, аффективная нестабильность, хроническое чувство пустоты, неуместный интенсивный гнев и параноидные представления, связанные со стрессом. Это позволяет достоверно диагностировать ПЛР у подростков в возрасте до 11 лет».*

Почему взрослые категории личностных расстройств в зарубежной практике применяются к детям в ограниченном формате?

В клинической практике подросткового периода мы можем столкнуться с тем, что диагностируемое эпизодическое расстройство, например депрессия, даже с учетом коморбидного расстройства, например генерализованного тревожного расстройства, не отражает всех особенностей клинической картины. Главное — диагноз расстройства личности требует наличия определенных, характерных, жизненных трудностей у пациента до начала первых клинических проявлений. Кроме того, важно, что после снятия острых симптомов сохраняются симптомы, связанные с расстройством личности. Такая концепция личностного расстройства имеет особое значение в случаях, когда у пациента существуют проблемы, достаточно серьезные, чтобы он причинил страдания себе либо окружающим, но они не соответствуют модели эпизодических расстройств. Например, неоднократные насильственные действия или повторяющиеся эпизоды нанесения себе телесных повреждений в отсутствие диагностируемой депрессии. Личностные расстройства имеют место, когда мы обнаруживаем характерные долгосрочные трудности в выполнении социальных ролей, при обучении и в рамках семейных отношений.

Особенности диагностической категории «личностные расстройства» в детском и подростковом возрасте

Обычно предполагается, что расстройства личности можно диагностировать только с 18 лет, хотя DSM-5 предусматривает это только для «антисоциального расстройства личности», а МКБ-10 — в рамках диагностической категории F60-F69 «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» выделяет F60 «Специфические расстройства личности», которые «обычно проявляются в детстве или подростковом возрасте и продолжаются в течение дальнейшей жизни».

То есть DSM-5 и МКБ-10 требуют, чтобы паттерн поведения, соответствующий релевантному расстройству личности, появился по крайней мере в подростковом возрасте. Здесь, однако, возникают два вопроса:

1. Может ли существовать изолированный поведенческий паттерн отдельно от расстройства личности.

2. Насколько применима концепция расстройства личности в подростковом и тем более детском возрасте.

Вначале концепция расстройства личности у детей применялась к вызывающему оппозиционному и кондуктивному расстройству. А. Ангольд и Э. Костелло (2001) пришли к выводу, что антисоциальное поведение детей с ранним началом соответствует всем требованиям DSM к расстройствам личности. Проявления оппозиционного поведения в детстве имеют место в отношениях со сверстниками и в более широком социальном контексте, например в образовательном учреждении.

Каковы особенности применения критериев расстройства личности в подростковом возрасте? Исследования в стационаре пациентов, в основном с пограничным личностным расстройством, показали, что расстройства личности у подростков могут быть менее выраженными и стабильными, чем такие же расстройства у взрослых и при той же совокупности симптомов (Becker et al., 2002). Важно, что диагноз расстройства личности клинически более значим в детстве, нежели тот же диагноз во взрослом периоде.

Исследования амбулаторных больных с диагнозами расстройства личности показали худший прогноз для подростков (Strandholm et al., 2013). Устойчивость клинической картины в подростковом возрасте и от него до взрослого периода не отличается от клинической картины во взрослом периоде (Cohen et al., 2005). Например, симптомы пограничного личностного расстройства, появившегося в подростковом возрасте, скорее всего, сохранятся и у взрослого.

Особую важность имеет исследование реципрокного взаимодействия симптомов личностных расстройств в процессе личностного развития. Было проведено исследование о взаимодействии симптомов пограничного и нарциссического личностных расстройств у пациентов в период с раннего подросткового возраста до двадцати с лишним лет (Хамигами и др., 2000). Эта реципрокность симптомов демонстрирует, что динамика симптомов одного личностного расстройства может сопровождаться одновременной, но иначе направленной динамикой симптомов другого личностного расстройства. Так, наличие пограничных симптомов позволяет говорить об увеличении симптомов нарциссического личностного расстройства с течением времени. А наличие нарциссических симптомов позволяет говорить о снижении с течением времени симптомов пограничного личностного расстройства. Это указывает на то, что появление пограничных симптомов в раннем подростковом возрасте отражает существенную патологию, тогда как нарциссические симптомы в этом возрасте демонстрируют меньшую опасность для развития подростка. С другой стороны, более поздние симптомы нарциссического личностного расстройства отражают проблематичное личностное функционирование, которое все равно будет сопровождаться симптоматикой пограничного личностного расстройства.

Этиология и патогенез

По мнению отечественного психиатра А. Б. Смулевича, этиопатогенез личностных расстройств может быть рассмотрен на основе двух теоретических подходов.

Первый, теоретический подход исходит из концепции здоровой личности (континуум — норма-личностная патология). Этот подход объединяет разные концепции личности, выполненные в разных традициях: психоаналитической, нейрофизиологической, нейробиологической и др. У его истоков — метапсихологическая концепция Фрейда, предполагающая наличие стадий в психосексуальном развитии личности, связанных с определенным типом фиксации (оральным, анальным, фаллическим), предопределяющим развитие той или иной патологии личности.

Второй подход к этиопатогенезу личностных расстройств — клинический. Он восходит к представлениям Крепелина о том, что психопатии инициируют патологические процессы, приводящие к эпилепсии, эндогенным психозам и т. п. Клинико-генетические исследования личностных расстройств позволили получить показатели, отражающие степень, в которой индивидуальная уязвимость к определенному расстройству связана

с семейным влиянием, типом отношений детско-родительской привязанности, генетическими и биосоциальными факторами. Особое значение имеет рассмотрение диадических отношений «мать — ребенок» в младенчестве, их влияние на развитие нервной системы ребенка, возможные аномалии эмоционального регулирования в данный период. В рамках этих диадических отношений могут возникать устойчивые патологизированные паттерны эмоционального регулирования, становящиеся основами личностных расстройств (Shore A., 2015, Montgomery A., 2015).

В современных исследованиях получено подтверждение значительной роли семейных и генетических факторов в этиопатогенезе личностных расстройств.

Эпидемиология

Средний суммарный показатель распространенности всех типов личностных расстройств в процентном отношении у населения РФ оценивается как 10,5–12 % (по А. Б. Смулевич).

Частота личностных расстройств (процентное соотношение кластера к населению в целом) следующая:

- кластер А (шизоидное, параноидное, шизотипическое личностные расстройства) — 4 %;
- кластер В (пограничное, диссоциальное, гистрионное, нарциссическое личностные расстройства) — 3,5–4 %;
- кластер С (избегающее, обсессивно-компульсивное, зависимое личностные расстройства) — 7–7,5 %.

Распространенность отдельных типов личностных расстройств составляет в среднем 1,3–1,4 %. (А. А. Чуркин и др., 2000). При верификации типа личностного расстройства наряду с клинической характеристикой статистики необходимо учитывать коморбидные нарушения и общий патокинез заболевания.

Классификация

Для классификации психических расстройств у взрослых используется класс F60 «Специфические расстройства личности». Сюда также отнесены тяжелые расстройства личности и выраженные отклонения в поведении индивида, не являющиеся прямым следствием заболевания, повреждения или другого острого поражения головного мозга либо других психических нарушений. Обычно эти расстройства охватывают несколько сфер лично-

сти и почти всегда тесно связаны с выраженными личными страданиями и социальным распадом. Как правило, они проявляются в детстве или подростковом возрасте и продолжаются в течение дальнейшей жизни.

В **МКБ-10** выделяются:

- F60.0. Параноидное расстройство личности
- F60.1. Шизоидное расстройство личности
- F60.2. Диссоциальное расстройство личности
- F60.3. Эмоционально неустойчивое расстройство личности
- F60.4. Истерическое расстройство личности
- F60.5. Ананкастное расстройство личности
- F60.6. Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности
- F60.7. Расстройство типа зависимой личности
- F60.8 Другие специфические расстройства личности
- F60.9. Расстройство личности неуточненное

Классификация расстройств личности в DSM-5

DSM-5 концептуализирует расстройство личности как устойчивый паттерн внутреннего опыта и поведения, который заметно отклоняется от требований культуры к индивиду, является первазивным и негибким. Этот паттерн возникает в подростковом или раннем взрослом возрасте и с течением времени сохраняет стабильность, приводит к дистрессу или усилению симптоматики.

Расстройства личности сгруппированы в три кластера на основе описательных критериев. Кластер А включает в себя параноидные, шизоидные и шизотипические расстройства личности. Люди с ними часто кажутся странными или эксцентричными. Кластер В включает в себя антисоциальные, пограничные, гистрионические и нарциссические расстройства личности. Люди с ними часто демонстрируют драматизм эмоционального выражения и непредсказуемость. Кластер С включает в себя избегающие, зависимые и обсессивно-компульсивные расстройства личности. Люди с ними часто выглядят встревоженными или напуганными. Следует отметить, что данная система кластеризации хотя и полезна для исследовательских и образовательных целей, имеет серьезные ограничения, не была окончательно подтверждена Американской психиатрической ассоциацией в 2013 году.

Параноидное расстройство личности. Параноидное (паранойальное. — *Примеч. ред.*) расстройство личности представляет собой паттерн недоверия и подозрительности, при этом мотивы других людей интерпретируются как злонамеренные.

Отсутствие доверия к другим является главной чертой параноидного расстройства личности. По классификации О. Кернберга, это расстройство занимает место на нижнем уровне пограничной организации личности.

Примитивные и персекуторные интроекты определяют наличие внутренней обвинительной и насильственной моральной инстанции (примитивного и жесткого Суперэго). Личность не может принять свои негативные аспекты, поэтому отщепляет их и проецирует на других. Параноидная личность «подгоняет» свои проекции под объект, на который они направлены. Ключевыми защитными механизмами являются расщепление и проективная идентификация; представления о себе и других либо как об «абсолютно хороших», либо как об «абсолютно плохих» не интегрированы друг с другом. Для параноидального человека любой является потенциальным врагом. Он чувствует за собой слежку, ожидая от другого неосторожного шага, чтобы подтвердить свое представление о реальности. Личность данного типа осмотрительна и холодна, напряжена и постоянно тестирует реальность. Хотя возможны и психотические эпизоды. С психодинамической точки зрения центральной проблемой параноидного субъекта является невозможность справиться с депрессивными чувствами, вызванными осознанием сосуществования хороших и плохих частей — как в них самих, так и в других. Такой вариант личностного развития может быть вызван либо столкновением с агрессией в период раннего развития, либо с недостатком эмпатии у матери, которая не могла справиться с депрессивными чувствами и тревогой и, соответственно, не была способна полноценно беспокоиться о других.

С аффективной точки зрения параноидная личность характеризуется чувством гнева и жадой мести, но также страдает от непреодолимых страхов, как комбинации стыда и страха. Нэнси Мак-Вильямс и Аллан Шор подчеркивали, что стыд имеет место и при параноидном, и при нарциссическом расстройстве личности. Нарциссическая личность испытывает стыд, когда некоторые ее внутренние части (хрупкие и обесцененные) обнаруживают другие. Поэтому все усилия направляются на то, чтобы произвести впечатление на других, чтобы они не могли узнать об уязвимых местах. Люди с параноидным расстройством, наоборот, тратят много усилий, чтобы повлиять на других, которые, согласно их представлениям, собираются их унижить. Препятствием для психотерапии является то, что параноидная личность может и психотерапевта посчитать плохим и преследующим объектом.

Шизоидное расстройство личности. Характеризуется отчужденностью от межличностных отношений и социальной активности, а также ограниченностью выражения эмоций.

Основная проблема шизоидных личностей заключается в дефиците способности общаться с другими. Д. Винникотт (1960) и Д. Боулби (1980) полагали, что этиология данного личностного расстройства обусловлена тяжелой депривацией в рамках отношений детско-родительской привязанности. Особенно это относится к отношениям с матерью, которые в процессе формирования детско-родительской привязанности явля-

ются холодными, отчужденными и фрустрирующими. Отчужденность эмоциональных проявлений и создание ложного «Я» является защитой истинного «Я», что приводит к расколу личности на неинтегрированные части: внутри субъект чувствителен и эмоционально зависим, а внешне кажется самодостаточным и далеким. Согласно Д. Винникотту (1960), можно предположить, что чувство недоверности окружающего мира у шизоидных личностей является результатом того, что мать или другой значимый взрослый не смогли удовлетворить первичные потребности ребенка — продемонстрировать релевантность этих потребностей миру, возможность в принципе достичь успеха. Кажущееся отчужденное превосходство шизоидной личности может быть результатом психологической защиты с помощью создания бредовых представлений о межличностных отношениях и попытки избавиться в детстве от чрезмерного контроля со стороны значимого взрослого. Характерными защитными механизмами шизоидного индивида являются расщепление, избегание и аутистическая фантазия. После того как шизоидные личности построили собственный мир фантазий, их не волнуют ни удовольствия, ни наказания. У них существует дефицит способности различать удовольствие и боль. Они могут казаться отчужденными от социума и включенными в него, но в любом случае уделяют больше внимания внутреннему миру, нежели окружающему миру людей (Фэйрберн, 1952). Как полагает Нэнси Мак-Вильямс (2011), работа с шизоидными пациентами подразумевает, что терапевт демонстрирует адекватность существующей реальности и достаточный уровень осознанности эмоций и образов. Еще надо обеспечить возможность эмоционального выражения пациента, чтобы не повторять роль либо чрезмерно навязчивого, либо, наоборот, отчужденного родителя.

Шизотипическое расстройство личности (см. главу 8 «Шизофрения»). Представляет собой паттерн острого дискомфорта в межличностных отношениях, сопровождающийся искажением когнитивной или перцептивной функций и эксцентричностью поведения.

Пациент с шизотипическим расстройством личности выглядит странным и эксцентричным и, кроме того, в отличие от шизоидной личности, может демонстрировать психотические проявления. Он испытывает проблемы в коммуникации, а его версия реальности отличается от общепринятой. Шизотипическая личность использует очень специфический язык, часто непонятный другим. Для него характерно ослабление ассоциативных связей и непоследовательность. Как и в случае с шизоидным расстройством, шизотипическое расстройство в этиопатогенезе имеет эмоциональную дисрегуляцию и нарушение межличностных отношений в период раннего детства. В воображаемом мире шизотипическая личность использует бегство как разрешение межличностного конфликта. Когнитивный дефицит

вместе с нарушениями социальных и межличностных, а также аффективных процессов представляют собой функционально, клинически и нейробиологически значимые проявления в шизотипии в целом. Префронтально определенные когнитивные процессы, в частности рабочая память и обработка информации о внешнем межличностном контексте при шизотипическом личностном расстройстве, достаточно подробно изучены. Когнитивная дисфункция при шизотипическом расстройстве личности во многом обусловлена критической ролью нарушений рабочей памяти, аналогичной для шизофрении. Хвостатое тело, которое получает информацию в основном из дорсолатеральных префронтальных областей и участвует в когнитивных процессах высшего порядка, участвует и в когнитивных нарушениях при шизотипическом расстройстве личности. Исследования на основе функциональной визуализации также выявили у пациентов с шизотипическим личностным расстройством нейронные субстраты, связанные с нарушениями рабочей памяти. У них обнаружено искажение рабочей памяти в связи с ослаблением активации в левой вентральной префронтальной коре (Кеннигсберг и др., 2005).

Антисоциальное расстройство личности. Предполагает нарушение пациентом прав других людей. С психодинамической точки зрения антисоциальные индивиды живут как бы в асоциальном мире, где эмоции и чувства могут быть направлены только на них самих и не адресованы другим. Такие люди не испытывают благодарности и раскаяния, часто чувствуют гнев и презрение. Как нарциссические субъекты, они могут позволять себе обесценивающее и оскорбительное отношение к другим, но в дополнение к этому могут сознательно причинять психическую или физическую боль окружающим. Общее дезингибирование — снятие с себя моральных и поведенческих ограничений — является ключевым компонентом данного личностного расстройства.

В ранних детско-родительских отношениях имели место многочисленные злоупотребления родительской властью. Отношения детско-родительской привязанности полностью скомпрометированы, ребенок воспринимает родителя как незнакомца, плохого и недостойного доверия. Он формирует грандиозное «Я», которое может дать ему чувство самодостаточности — состояние, близкое к состоянию «всемогущего контроля». В этом случае ребенок может полностью отказаться от любой эмоциональной связи с родителями, а позднее, во взрослом состоянии, строить отношения с другими людьми посредством манипулирования властью и насилием. Для таких людей характерны отсутствие сочувствия и человечности, неспособность воспринимать других как людей с собственными чувствами и потребностями. Они не испытывают раскаяния, нанося вред окружающим, демонстрируют эмоциональную индифферентность по этому поводу.

В основе Суперэго антисоциальных личностей лежит определенный моральный дефицит. Они снимают с себя всю ответственность и приписывают ее внешнему миру. Согласно Д. Винникотту, антисоциальная личность развивается в результате неэффективности материнского отзеркаливания; это развитие может быть интерпретировано как парадоксальное стремление ребенка получить то, что ему не было предложено, и испытать то, что с ним не произошло. Психодинамическое руководство (PDM-2) говорит о том, что психотерапия будет эффективнее, если антисоциальный пациент достиг среднего или более старшего возраста, а значит, почувствовал снижение физической силы, столкнулся с биологическим ограничением своего «стремления к всемогуществу» с точки зрения психодинамической концепции личностного развития.

На основе экспериментальных исследований были выделены две подгруппы антисоциальных личностей: антисоциальные реактивные индивиды и антисоциальные психопатические индивиды. Исследования показывают (Blair; 2010), что люди, которые имеют повышенный риск реактивной, но не инструментальной агрессии, демонстрируют гиперактивацию миндалевидного тела в ответ на эмоционально вызывающие раздражители. Это говорит о том, что такие пациенты могут излишне агрессивно и неадекватно реагировать на угрожающие или разочаровывающие события. Напротив, у людей с антисоциально-психопатическими тенденциями наблюдается гипоактивация миндалевидного тела и орбитофронтальной коры в ответ на эмоционально провоцирующие стимулы или в ходе освоения новых эмоциональных паттернов. Это говорит о том, что они сталкиваются с трудностями при освоении новых эмоциональных паттернов и принимая решения. Исследования МРТ также подтверждают гипотезу о том, что функционирование миндалевидного тела и орбитофронтальной коры у людей с психопатическими особенностями нарушено, а также о том, что можно говорить о наличии специфических нейронных контуров, обеспечивающих морально мотивированное поведение (Blair, 2007). Важно, что недостаточное функционирование сетей пассивного режима мозга у антисоциальных пациентов может проявляться в трудностях при обеспечении самоидентификации, в адаптивном регулировании эмоций, планировании будущего и способности к самоанализу. Сеть пассивного режима работы мозга (resting state network) — это нейронная сеть взаимодействующих участков головного мозга, активная в состоянии отвлеченности от внешнего мира, бездействия или погруженности в себя. В начале 2000-х годов ее открыла группа нейробиологов под руководством американского профессора Маркуса Райхла. Сеть состоит из нескольких анатомически отделенных, но функционально связанных между собой областей мозга: вентромедиальная префронтальная

кора, дорсомедиальная префронтальная кора, латеральная теменная кора и кора задней части поясной извилины.

Пациенты с антисоциальным личностным расстройством продемонстрировали снижение функциональной связи между сетями пассивного режима мозга и сетями внимания. Более того, снижение взаимодействия при функционировании сетей внимания и пассивного режима мозга и структур мозжечка может привести к дефициту когнитивного контроля и саморегуляции. Конфликт сетей пассивного режима мозга и «исполнительных» сетей мозга у антисоциальной личности может проявляться в импульсивности и неадекватности поведенческих реакций, формирующих антисоциальное поведение в целом.

Пограничное расстройство личности. Независимо от конкретного этиопатогенетического подхода, всегда рассматривается как паттерн нестабильности в межличностных отношениях, самооценке, аффектах и импульсном контроле. Существует несколько психодинамических теорий пограничного расстройства личности. Отто Кернберг (1975) уделяет преимущественное внимание фазе сближения (18–24 месяца), продолжая теоретический подход Маргарет Малер (1971), согласно которому ребенок, автономизируясь от матери, начинает обретать самосознание в процессе освоения окружающей среды. Однако испытывая страх потерять мать, он предпринимает попытку вернуться к ней, но вместо принятия встречает с ее стороны отчужденное и амбивалентное отношение. Это приводит к формированию противоречивой идентичности, которая чрезвычайно уязвима даже ко временному расставанию со значимыми взрослыми, не способна терпеть одиночество и испытывает постоянную тревогу в случае как близости, так и удаления значимого родительского объекта.

О. Кернберг полагал, что в силу определенного количества изначально присутствующей агрессии такие пациенты не могут интегрировать в одно представление «абсолютно хорошие» и «абсолютно плохие» образы о себе самом и о родительском объекте. Их поведенческие импульсы не могут быть модулированы социально приемлемым образом. Они не способны к сублимации бессознательных импульсов и долгосрочному планированию своей активности. Ребенок с пограничным личностным расстройством испытывает внутренний конфликт и может не справиться с тревогой и чувством вины, связанными с опасной интеграцией внутри личности образов родительских объектов. У таких пациентов присутствуют перепады между состояниями, когда они чувствуют себя стабильно и безопасно, и теми, когда они ощущают внутреннюю пустоту и испытывают суицидальные импульсы. Они могут проявлять ярость и враждебность по отношению к близким людям. Данный способ личностного функционирования поддерживают защитные механизмы, такие как расщепление и проективная идентификация.

Другие психодинамические теории пограничного личностного расстройства у детей и подростков фокусируются в первую очередь на нарушениях межличностных отношений и отношений детско-родительской привязанности (Fonagy, Target 1997). Эти теории подчеркивают, что у большинства пациентов с пограничным личностным расстройством имел место небезопасный тип детско-родительской привязанности, обусловленный ранними травматическими переживаниями. В данном случае этиопатогенетическим фактором выступает дезорганизованный/дезориентированный тип детско-родительской привязанности, относящийся к небезопасным типам детско-родительской привязанности (Liotti, 2004; Holmes, 2014). Данный паттерн нарушенной привязанности препятствует распознаванию своих психических состояний и психических состояний других людей. Он также мешает целостному и интегрированному восприятию себя и других (Bromberg, 2000; Chefetz, 2015; Meares, 2012).

Психодинамическое понимание пограничного личностного расстройства было подтверждено исследованием МРТ, объектом которого стали нейронные корреляты эмоционального регулирования и обработки тревожных стимулов. В частности, показано, что у пациентов с пограничным личностным расстройством, в сравнении со случаями нормального эмоционального контроля и процессинга тревоги, имела место повышенная активация миндалины при просмотре эмоционально-стимулирующих слайдов, а также изображений эмоционально измененных лиц (Minzenberg et al., 2007). Более того, вспоминая о неразрешенном жизненном событии, пациенты с пограничным личностным расстройством показывали двустороннюю активацию миндалины (Beblo et al., 2006). В других исследованиях сообщалось об участии префронтальной коры головного мозга пограничного пациента в попытке контролировать интенсивные эмоции, вызванные негативными стимулами (Herpertz et al., 2001), а также о незначительном участии передней части поясной извилины коры головного мозга (АСС) при попытке когнитивных копинг-стратегий (Koenigsberg et al., 2009). Таким образом, пациенты с пограничным расстройством личности, видимо, не задействуют области когнитивного контроля в той степени, в какой это делают здоровые люди, что может способствовать аффективной нестабильности при данном расстройстве. В целом большинство исследователей указывают на дисфункциональность фронто-лимбической сети у пациентов с пограничным личностным расстройством, которая включает в себя переднюю поясную извилину, орбитофронтальную кору, дорсолатеральную префронтальную кору, гиппокамп и миндалевидное тело.

Гистрионное расстройство личности. Предполагает поведенческую модель чрезмерной эмоциональности и стремления к вниманию со стороны окружающих.

О. Кернберг (1984) дифференцирует гистрионическое расстройство личности (пограничная организация личности) от истерического расстройства личности (невротическая организация личности). Однако оба варианта предполагают аффективную нестабильность, ненадежность межличностных отношений и импульсный контроль. Согласно психодинамическому подходу, истерические и гистрионные пациенты озабочены полом, сексуальностью и отношениями власти. Как указывает Мак-Вильямс (2011), пациенты с гистрионным личностным расстройством неосознанно считают собственный пол слабым и неполноценным, а противоположный — сильным, волнующим, пугающим и достойным зависти. Соответственно, их поведение в основном сфокусировано на соблазнении других и поиске их внимания. Истерическое расстройство основано на преобладании эдипальных конфликтов (соблазнение, ведущее к невозможности удовлетворения сексуального желания), проявляющихся регрессивно. А в гистрионном расстройстве сексуальное поведение является средством удовлетворения непреодолимых желаний и наиболее примитивных потребностей Эго. Часто гистрионные пациенты демонстрируют амнестические нарушения, что, безусловно, препятствует межличностной коммуникации. Они строят отношения с другими, используя соблазнение, стремятся достичь непосредственного сенсорного контакта в качестве замены психической и социальной близости, в которой они нуждаются.

В диагностическом интервью с такими пациентами прослеживается серьезный дефицит материнской заботы или непонимание «значимыми взрослыми» насущных потребностей ребенка. Обнаруживается и девальвация значимости своего пола. Среди защитных механизмов приоритетными являются расщепление, проективная идентификация, диссоциация, отрицание, отыгрывание. Критерии гистрионного расстройства личности по DSM-IV и DSM-5 также включают в себя два специфических критерия, связанные с аффективной нестабильностью: быстро меняющиеся и неглубокие проявления эмоций и преувеличенное выражение эмоций. Аффективная нестабильность предполагает быструю смену настроения и реактивность на внутренние и внешние раздражители. Это может произойти из-за повышенной чувствительности структур, участвующих в создании эмоционального состояния, или нарушения в механизмах эмоционального контроля. К первым относятся миндалины, островок, прегенуальные и субгенуальные участки передней поясной коры, орбитофронтальная кора и вентромедиальные, вентролатеральные префронтальные кортикальные слои. Можно предположить, что у пациентов с гистрионным личностным расстройством наблюдается нарушение нисходящей (top down) модуляции мозговых структур, что тоже может способствовать аффективной нестабильности (Dillon and Pizzagalli, 2007). В частности, дорсальная передняя поясная извилина,

дорсомедиальная и дорсолатеральная префронтальная, орбитомедиальная префронтальная кора и гиппокамп участвуют в сознательном контроле над эмоциями (Dillon and Pizzagalli, 2007; Phillips et al., 2003), и эти области подавляют активность миндалины.

Нарциссическое расстройство личности. Это паттерн грандиозности, потребности в восхищении и недостаток сочувствия.

Нарциссические индивидуумы испытывают трудности в регулировании самооценки, амбиций и идеалов, которые являются фундаментальным ядром нарциссического расстройства личности. Согласно Кохуту (1971), основой субъективного опыта таких пациентов является эмпатическая несостоятельность родителей, которые не смогли адекватно реагировать на естественные потребности и запросы своего ребенка. Личность осталась как бы запертой в фазе развития, когда младенческое «Я» становится всемогущим грандиозным «Я». О. Кернберг (1984) подчеркивает развитие патологического грандиозного «Я», для которого характерно смешение идеальных аспектов себя и других с реальным «Я». Такое развитие ребенка приводит к инфляции Эго и упрощению Суперэго, которое становится достаточно примитивно организованным, что приводит к появлению антисоциальных личностных черт разной степени проявленности (Кернберг, 1984). Подобная личность не признает потребности других, считает себя самодостаточной и наделенной особыми способностями, постоянно обесценивает внешнюю реальность и других.

Кернберг (1984) также выделяет наиболее проблематичный тип нарциссической личности — «злокачественная нарциссическая личность». Здесь имеет место нарциссизм, смешанный с садистской агрессией, антисоциальными и параноидальными чертами и Эго-синтонной агрессивностью. Психодинамические авторы склонны дифференцировать разные типы нарциссических личностей. Например, Х. Розенфельд (1987) проводит границу между «толстокожей» и «тонкокожей» нарциссической личностью; С. Ахтар (1989) — между «явным» и «скрытым» (застенчивым) пациентом; Г. Габбард (1989) — между «забывчивым» и «гипервизильным», а Дж. Мас-терсон (1993) — между «экзгибиционистским» и «закрытым».

Общим для всех психодинамических теорий нарциссического личностного расстройства является его рассмотрение как проблемы саморегуляции, когда пациенты отчуждены от эмпатической обработки информации о другом и пытаются скрыть внутренние аспекты своего селф (самости).

Нейробиологические исследования нарциссической личности на данный момент недостаточны, чтобы однозначно идентифицировать нейробиологические механизмы, стоящие за этим личностным расстройством. Недавнее исследование структурной диффузионно-тензорной визуализации показало, что нарциссизм сочетается с ослабленной фронто-статической связью

трактов белого вещества (Chester et al., 2015). Авторы интерпретируют свои выводы с точки зрения нейронного разъединения областей мозга, ответственных за самопредставление (медиальная лобная кора) и вознаграждения (вентральный стриатум), предполагая, что у нарциссических личностей нарушена внутренняя система для самоподкрепления деятельности и это компенсируется стремлением к внешней награде. Каскио и другие ученые (Cascio et al., 2014) сообщили, что у нарциссических людей наблюдается активация в «сети социальной боли» (дорсальная передняя поясная кора, субгенуальная передняя поясная кора и передняя часть островка) после социальной изоляции. Однако следует отметить, что люди с высоким уровнем нарциссизма не сообщали в самоотчете об остром переживании социальной изоляции. Это приводит к заключению, что «социальная боль» — реакция на сепарацию нарциссических личностей — не вербализируется, а фиксируется только при экспериментальном исследовании мозга.

Избегающее расстройство личности. Это паттерн социального торможения, чувства неадекватности и гиперчувствительности к негативной оценке.

Главной особенностью пациентов с избегающим расстройством личности является крайняя чувствительность к отторжению, которая определяет их патологическое поведение. Стыд является главной эмоцией в этом расстройстве и выражается несколькими способами: чувством неспособности конкурировать с другими, чувством физического или умственного поражения, чувством отвращения и т. д. Пациент боится всех ситуаций, в которых он вынужден быть «раскрытым» или идентифицированным. Отсюда все типичные симптомы, характеризующие таких пациентов: социальная тревога, отказ от отношений, боязнь критики и крайняя застенчивость. Они живут в состоянии постоянного поиска «путей отхода». Их Суперэго характеризуются чрезвычайной жесткостью. Внутренние мотивы определяются страхом перед судом других и чувством самоуничтожения. Избегающее расстройство личности может проявляться через постоянную интровертированность, с тенденцией чувствовать себя неполноценным и неадекватным, нерешительным и подавленным. Кроме того, эти пациенты испытывают трудности в распознавании и описании своих чувств, а также постоянно проецируют собственную тревогу на окружающий мир.

Они могут манифестировать разные виды тревоги, такие как сепарационная тревога (страх потерять объект привязанности), кастрационная тревога (боязнь повреждения тела, особенно из-за сексуального увечья), моральная тревога (боязнь потерять основные ценности) и тревога дезинтеграции, описанная Х. Кохутом в 1977 году. Субъективно у пациента присутствует страх самофрагментации и последующей потери самости. Этиология избегающего расстройства личности может заключаться в аффективной дисрегуляции (Schore, 2003) и дальнейшем отказе вырабатывать эффективные

адаптационные жизненные стратегии. В анамнезе пациентов с избегающим расстройством личности обычно присутствует опыт взаимодействия со значимым взрослым, который из-за собственной тревоги и соответствующего нарушенного типа привязанности не оказывал помощь в диадическом (взаимном) регулировании аффектов и не давал ребенку ощущения поддержки. То есть дефицит поддержки со стороны значимого взрослого/родителя не мог служить надежной основой для развития у ребенка собственной свободы воли.

В исследованиях функциональной магнитно-резонансной томографии обнаружили сходство с генерализированным тревожным расстройством — было выявлено снижение функциональной коннективности передней части поясной извилины по сравнению со здоровыми субъектами во время наблюдения за испуганными лицами (Klump et al., 2012).

Зависимое расстройство личности. Является паттерном несамостоятельного и «заискивающего» поведения, основанного на избыточной потребности стать объектом заботы другого.

Пациенты с зависимым расстройством личности характеризуются полной неспособностью жить автономно. Они выстраивают свою жизнь, исходя из потребностей других, стремятся достичь чувства защищенности и удовлетворенности в межличностном контексте, особенно в контексте отношений родительно-детской привязанности. Пациенты с зависимым личностным расстройством утрачивают самоконтроль, осознав, что им предстоит действовать самостоятельно. Иногда используют защитный механизм в виде соматизации, чтобы спровоцировать окружающих на проявление заботы.

В рамках психодинамического подхода к зависимому расстройству личности выделяют два варианта манифестации патологии:

1. Пассивно-агрессивный. Зависимые отношения характеризуются враждебностью и отрицательной валентностью. В этом варианте пациенты ставят себя в определенную оппозицию к другим, что затрудняет достижение ими жизненных целей и задач. Кроме того, это может вызывать агрессию и резкое неприятие со стороны других.

2. Контрзависимый. Определяется тем, что пациент идентифицирует себя как источник зависимости других. При этом он не осознает собственных реальных потребностей и для компенсации личностного дефицита использует психологические защиты отрицания и формирования реакции. Этиология зависимого личностного расстройства связана с неадекватностью поддержки, которую получает ребенок от опекуна/значимого взрослого. В результате у него формируется убеждение, что независимость — источник опасностей и неопределенности. Часто такая поддержка является результатом избыточной опеки со стороны матерей. Родители таких детей обычно фрустрируют их потребность в автономии. Зависимые личности должны

быть дифференцированы от пограничных пациентов, обе нозологические единицы имеют сходство в своих анаклитических (опора на родительский объект) аспектах. Но пациенты с зависимым личностным расстройством характеризуются специфическим подчинением, которое проявляется в межличностных отношениях более явно, чем у пограничных пациентов.

Обсессивно-компульсивное расстройство личности. Это паттерн приоритета упорядоченности, перфекционизма и сфокусированности на персональном контроле. Психодинамический подход, как и мировые диагностические таксономии, различает обсессивно-компульсивное расстройство и обсессивно-компульсивное расстройство личности при этом подчеркивая, что первое воспринимается пациентом как Эго-дистонное (не слившееся с личностью), а второе переживается как Эго-синтонное (слившееся с личностью).

Перфекционизм и негибкость — основные черты пациентов с обсессивно-компульсивным личностным расстройством. Внутренняя тревога, склонность к обесцениванию собственной личности и результатов своей деятельности, проблематичность самооценки обнаруживают у этого расстройства общие психодинамические элементы с нарциссическим расстройством личности, особенно в отношении проблем саморегуляции. Многие аспекты обсессивно-компульсивного личностного расстройства, вероятно, связаны с детской необходимостью проявить перфекционизм и заслужить любовь родителей, которые воспринимаются как требовательные и отдаленные. Пациент в детстве рос в отношениях детско-родительской и родительско-детской привязанности, но одновременно чувствовал, что его желание родительской любви не предназначено для удовлетворения. Отсюда глубокая и сильная ярость, проистекающая из раннего эмоционального опыта с родителями, считавшимися эмоционально недоступными. Как желание зависимости, так и гнев воспринимаются неправильными, потому что они разрушительны для родительского объекта. Субъект пытается преодолеть их с помощью защитного механизма типа изоляции аффекта, интеллектуализации и формирования реакции. У пациента остается бессознательный гнев, неудовлетворенная потребность в привязанности и внимании, чувство, что его не любят и не ценят. Еще он чувствует вину.

Психоаналитические исследователи (Fisher and Greenberg, 1985; Salzman 1980) предполагают, что основной аффект людей с обсессивно-компульсивным личностным расстройством — страх потерять контроль. Большинство навязчивых мыслей и действий включают в себя усилия с целью отменить или нейтрализовать импульсы к разрушению и стремления к беспорядку. Суперэго жестко и чрезвычайно требовательно: такие люди очень самокритичны, но критичны и по отношению к другим. Пациенты чувствуют потребность подавить собственные желания и эмоции, чтобы принять

ценности других за истинные. Несмотря на все усилия по совершенствованию, они редко испытывают удовлетворение. Обсессивно-компульсивные личности внутренне обеспокоены проблемой контроля за своими внешними проявлениями. Они находятся в бессознательном конфликте между чувством, что они должны подчиняться требованиям других (это вызывает ярость и стыд) или необходимостью бунтовать и бросать этим другим вызов (это вызывает беспокойство), и страхом возмездия. Жесткость, порядок и интеллектуализация защищают такого пациента от осознания главного конфликта и сопровождающих его эмоций. Существующие нейробиологические исследования пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством личности связывают обсессивно-компульсивные симптомы с активацией орбитофронтальной коры, менее последовательным вовлечением в единый процесс активации передней поясной извилины, полосатого тела, таламуса, боковых лобных и височных кортикальных слоев, миндалины и островка (Saxena et al., 2001).

Психотерапия

Для терапии личностных расстройств детей и подростков используют разные парадигмы психотерапии в сочетании с психофармакотерапией. В последние годы большую популярность набирает «диалектическая поведенческая терапия». Она все чаще используется в качестве подхода к подросткам с суицидальными наклонностями, особенно к тем, у кого есть симптомы пограничного личностного расстройства (Katz et al., 2004), хотя ее применение имеет и более широкие перспективы.

Диалектическая парадигма направлена на то, чтобы помочь подростку изменить то, что нужно изменить, и принять то, что является неизбежной реакцией на обстоятельства (Hill et al., 2006). Лечение проводится несколькими психотерапевтами и преследует ряд задач.

1. Развитие способностей — направленность на совершенствование базовых возможностей подростков по регулированию аффектов и устойчивости к стрессам, развитие навыков межличностного общения. Эта задача реализуется путем групповой психотерапии.

2. Повышение мотивации подразумевает оказание помощи подросткам в применении их вновь обретенных навыков для решения собственных жизненных проблем. В частности, для преодоления мыслей, эмоций или непредвиденных обстоятельств, требующих навыков самоподдержки (таких, как повторная госпитализация в случаях самоповреждения). Эта задача чаще всего реализуется с помощью индивидуальной психотерапии. Психотерапевтическая помощь также включает в себя межсессионное обучение

релевантным навыкам, что может быть сделано по телефону, с вовлечением всех членов семьи и педагогов. Диалектическая поведенческая терапия показала многообещающие результаты в лечении пограничных проблем у подростков (Джеймс и др., 2007; Макферсон и др., 2013), а ее эффективность была подтверждена в результате рандомизированного контролируемого исследования 77 подростков с повторным самоповреждением и минимум тремя симптомами пограничного личностного расстройства. После курса психотерапии отмечено уменьшение попыток самоповреждения, суицидальных мыслей и депрессивных симптомов (Mehlum et al., 2014). Были проведены исследования трициклических антидепрессантов, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, нейролептиков и стабилизаторов настроения при пограничном личностном расстройстве (Lieb et al., 2004; Leichsenring et al., 2011). Большинство из них продемонстрировали доказанную эффективность.

Выводы

Еще многое предстоит выяснить о формах дисфункции, характеризующих расстройства личности у детей и подростков, в том числе на уровне нейронных механизмов. Анализ амнестических данных, а также взаимодействия между индивидуальными, семейными, социальными и базовыми психопатологическими процессами при расстройствах личности с учетом расширения научного инструментария сохраняет актуальность. При всех своих недостатках концепция расстройства личности (психопатии) сохранилась, поскольку дополняет наше понимание психопатологии. Растущее количество исследований именно в этой области позволяет расширить возможности терапии для пациентов с особыми потребностями в лечении. Симптоматология личностных расстройств детского и подросткового возраста, использующая симптоматику расстройств личности взрослого человека, как рассмотрено в данной главе, имеет ограниченную применимость, но позволяет сформировать дополнительные релевантные терапевтические подходы.

Контрольные вопросы

1. Почему в клинической практике подросткового периода диагностируемое эпизодическое расстройство не отражает всех особенностей клинической картины?
2. Каковы особенности диагностической категории «личностные расстройства» в детском возрасте?

3. Какие типы нарциссических личностей выделяют психодинамические авторы?
4. В чем особенность психодинамического аспекта зависимого расстройства личности?
5. Каковы особенности применения диалектической поведенческой терапии для подростков с суицидальными наклонностями, имеющих симптомы пограничного личностного расстройства?

Рекомендуемая литература

1. Мак-Вильямс Н., Линджарди В. Руководство по психодинамической диагностике. PDM-2: В 2 т. — М.: Класс, 2019.
2. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. — М.: Класс, 1998.
3. Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2 / edited by Vittorio Lingiardi, Nancy McWilliams. Second edition. | New York : The Guilford Press, [2017].
4. Schore A.N. Affect dysregulation and disorders of the self (Norton series on interpersonal neurobiology). New York: Norton; 2003.

Глава 15. Особенности аддиктивного поведения у детей и подростков

А. Ю. Егоров, М. Ю. Городнова

Текущая современность (З. Бауман, 2008), сопровождающаяся кризисом привязанности, создает условия для возникновения аддиктивного поведения, под которым теперь принято понимать обращение не только к психоактивным веществам, но и к разным активностям. Современные дети и подростки переживают отсутствие близости, создающей отношения. Родители заняты на работе и находятся в состоянии постоянной тревоги из-за повторяющихся социальных проблем. Поток миграции и потеря традиционных опор, отсутствие среды, где можно контейнировать возбуждение, и наличие доступной виртуальной среды, в которой его можно рассеять, — эти и многие другие феномены текущей современности создают условия для девальвации значимости человеческих отношений, дающих ребенку не только любовь и заботу, но и утешение, одобрение, способность к самообладанию, тепло объятий. Ребенок отворачивается от мира людей и ищет поддержку в виртуальном мире, оперируя предметами, активностями и веществами. Так формируется аддиктивный опыт контакта, в котором отсутствует другой человек.

Не поддержанное родителями возбуждение ребенка или подростка (задача родителей во взаимодействии с ребенком помочь опознать возбуждение, придать ему значение и форму выражения для достижения (или недостижения) лежащей за возбуждением потребности) трансформируется в тревогу, переизбыток которой неизбежно приводит к телесной десенсибилизации. Возбуждение поддерживает излишняя внешняя стимуляция, свойственная современной среде, наполненной шумом, запахами, вкусами, яркими зрительными и кинестетическими стимулами. Чтобы избавиться от непереносимого переживания, тело становится нечувствительным, а это ведет к следующему кругу проблем — поиску его оживления. Таким «оживляющим эликсиром» может стать экстремальный спорт, захватывающий виртуальный мир игры, разнообразные психоактивные вещества...

Что подразумевается под аддиктивным поведением? Автор русскоязычного термина А. Е. Личко (1985) понимал под этим злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая

алкоголь и курение табака; до того, как от них сформировалась зависимость, это форма девиантного (отклоняющегося от социальной нормы) поведения. Оно характерно для подросткового возраста больше, чем уже сформированная химическая зависимость. Однако, на наш взгляд, суть явления точнее раскрыта в определении Ц. П. Короленко (1990): «Аддикция — это *деструктивное* поведение, которое выражается в стремлении *к уходу от реальности* путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается *развитием интенсивных эмоций*». Мы специально выделили курсивом ключевые слова определения и дадим пояснения.

Деструктивное поведение предполагает наличие сверхценности объекта аддикции, другими словами, человек одержим веществом, игрой, работой или иным вожделенным предметом или действием. Страстность в обладании нарастает, требуется все большее его количество и все больше времени пребывания в этом состоянии, а если объект становится недоступен, возникает симптом отмены, характеризующийся плохим, порой злобным настроением, раздражением, унынием и даже физическим неблагополучием. Возникают конфликты с окружением, нарушается социализация: ребенок плохо учится и бросает занятия, ранее приносившие удовольствие; сужается круг интересов и т. п. Несмотря на такие последствия, человек продолжает совершать «неразумные», с точки зрения окружающих, поступки. При давлении извне он может прекратить себя так вести, но через некоторое время опять возвращается к подобному поведению — возникает рецидив. Деструктивное поведение — это разрушение мира вокруг и самого себя.

Объектом аддикции может быть вещество — тогда говорят о химической аддикции (табакизм, алкоголизм, наркомания, токсикомания). Это самый тяжелый вид аддикции, когда болезненная потребность в психоактивном веществе становится жизненной необходимостью. Лечение в данном случае длительное, включает в себя медикаментозную терапию. Существует множество аддикций, объектом которых является деятельность. Иначе говоря, это аддикции процесса. К таковым относятся азартные игры, шопоголизм, трудоголизм; сексуальная, пищевая и спортивная аддикция (два последних вида относят к промежуточным аддикциям, поскольку в их формировании присутствуют доказанные биохимические механизмы).

Вторым ключевым звеном в понятии аддикции является *уход от реальности*, что подразумевает *уход от реальных взаимоотношений между людьми*. Именно во взаимоотношениях удовлетворяются жизненные потребности ребенка (взрослого тоже), а удовлетворение потребностей сопровождается переживанием положительных эмоций — в обычной жизни это называется «получать удовольствие». Если ребенок получает удовольствие в контактах

с реальными людьми, он формирует «иммунитет против зависимости». В психологии такие отношения называются «питающими», дающими не только физическую пищу, но и тепло, любовь, заботу, безопасность, нежность. К сожалению, в современном обществе они часто в дефиците. Родители все больше времени проводят на работе или заняты учебой, карьерой, собой. Развитие гаджетов помогает им в дистанцировании: можно наблюдать за ребенком с помощью «видеоняни», занять его увлекательной игрой на планшете, где сказки «рассказываются» сами, или посадить у компьютера либо телевизора. Так замечательные и необходимые для жизни вещи становятся средством дистанцирования между взрослым и ребенком, лишая обоих живого, питательного общения. Кроме того, именно близкие обеспечивают ребенку возможность контейнирования его труднопереносимых эмоций. Мать утешает ребенка, ищет вместе с ним форму размещения агрессии без обвинения и наказания, помогает пережить ярость, грусть, боль. Если этого не происходит и она перенаправляет его к «виртуальному миру гаджета», другой мир становится желанным средством и способом совладания с эмоциональным напряжением. Другой человек не рассматривается как партнер, с которым можно разделить переживания, затрудняется коммуникация, обесценивается построение близких отношений в настоящем и будущем. Виртуальный мир заменяет мир людей, тем более что он более управляем и надежен.

Развитие интенсивных эмоций — необходимый компонент аддиктивного поведения. Интенсивные эмоции сами по себе становятся ценностью, дают ощущение жизненности — человек чувствует себя живым. Вне контакта с объектом аддикции данное чувство теряется, остаются серость, пустота, скука. Человек не чувствует себя полностью живым без объекта аддикции, теряется наполненность и смысл жизни.

Предпосылки аддиктивного поведения

Выделяют три группы факторов: медико-биологические, психологические и социальные. Их совокупность, непредсказуемое переплетение создают предпосылки для возникновения аддиктивного поведения.

Медико-биологические предпосылки — прежде всего генетика, наследственность, особенности нейромедиаторных систем и нервно-психического реагирования. Согласно результатам семейных и близнецовых исследований, вклад генетических факторов в этиологию и патогенез болезней зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) составляет в целом 40–70 %, вид ПАВ влияет лишь на вариабельность генетического вклада: кокаин —

72 %, алкоголь — 56 %, седативные средства — 51 %, каннабиноиды — 48 %, психостимуляторы — 40 %. Генетические исследования болезней зависимости от ПАВ установили их принадлежность к обширному классу болезней с наследственным предрасположением мультифакториального характера и полигенной природы (А. О. Кибитов, 2015). Изменить генетику или наследственность мы не в силах, но создать благоприятные условия для развития ребенка и оберегать его уязвимость — посильная задача воспитания. Это касается и детей с особенностями нервно-психического реагирования: повышенная импульсивность, стремление к поискам новизны, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, разнообразные нарушения поведения, тревожность, проявления резидуально-органического поражения головного мозга и т. д. Такие дети требуют особой воспитательной среды, индивидуального подхода в обучении.

В основе социальных факторов формирования аддикции лежит дефицит «питающих» отношений. Их признаком является то, что ребенок по-настоящему увиден и распознан взрослыми в его переживаниях, желаниях, потребностях. Это не значит, что взрослые должны все предугадывать, но быть с ребенком в их совместном обнаружении и поиске способа для удовлетворения или отказа от него. Взаимодействие и еще раз взаимодействие в поиске удовлетворяющих друг друга отношений. Отношений, приносящих очень разные эмоциональные переживания, но питающие обе стороны любовью, заботой, нежностью. Дефицит таких отношений заставляет ребенка искать возможность пережить подобные чувства во взаимодействии с другими людьми: ровесниками, учителями, родными. Однако и тут появляется трудность, свойственная нашему времени. Почти ушли в прошлое совместные дворовые игры и детские организации, объединяющие детей в решении общей задачи. Не оценивая идеологическую составляющую таких организаций и задач, стоит отметить сопровождающий их живой, эмоционально наполненный процесс взаимодействия. Радость, конфликты, ссоры, споры, разделяемое удовольствие от достижения и другие переживания делают жизнь ребенка насыщенной. Принадлежность к группе, коллективу, семье позволяет ему чувствовать себя в безопасности.

К дистанцированию во взаимоотношениях ведут и современные установки общества на успех, достижения. Родители в большей степени ориентированы на результат ребенка, и только если он показывает хорошие результаты, чувствуют себя хорошими, выполнившими задачу перед обществом и выигравшим конкуренцию с другими родителями. Конкуренция, лидерство, достижения ставят во главу угла результат, чаще всего индивидуальный. При этом процесс взаимодействия в группе сверстников лишается переживания совместности, удовольствия от достижения общей

цели. Феномен распространения разных видов аддикций среди бывших и настоящих спортсменов подтверждает это предположение. Ведь несмотря на активное взаимодействие в команде, с тренером и другими участниками, главенство личного достижения оставляет в дефиците переживание радости, порожденной коллективным действием. Подобие этого феномена можно наблюдать в школьной практике: ориентация на индивидуальный результат преобладает в системе современного школьного и дополнительного образования. Избегая оценок в категориях «плохо» и «хорошо», необходимо принять данный феномен как проявление развития общества, носящего черты нарциссического паттерна, и, признавая, противодействовать этому, создавая условия для наполненного, питающего взаимодействия между взрослыми и детьми, детьми и их сверстниками.

Нередко приходится слышать, что компьютеры и телефоны вызывают зависимость. Это заблуждение: говорить о существовании компьютерной зависимости не всегда корректно. Компьютер — лишь средство, с помощью которого человек удовлетворяет многие потребности, которое помогает облегчить жизнь (связь, поиск информации, работа с текстом, покупки, работа и многое-многое другое, без чего невозможно представить жизнь современного человека). Для детей и подростков — это средство развлечения: игры в команде заменили онлайн-игры, общение во дворе или школе — переписка в «ВКонтакте» и общение в Инстаграм, чтение книг — просмотр фильмов. И так далее — все, чем позволяют заниматься гаджеты развлечений, за которыми мы, взрослые, не успеваем следить или не хотим этого делать. В обществе текучей современности родители и дети поменялись местами: дети живут в мире, неизвестном родителям, и могут дать им совет. Интерес детей и подростков, увлеченных компьютером, расположен по ту сторону экрана, поэтому взрослым важно интересоваться, в чем этот интерес, а не бездумно отмахиваться от «вредного увлечения». Когда ребенок рассказывает об играх с друзьями, событиях в школе или секции, взрослые расспрашивают, интересуются, живо реагируют. Удивительно, но так не происходит, когда ребенок «возвращается» из онлайн-пространства. Он не слышит вопросов, о чем узнал, чему научился, чего достиг. Простое обсуждение с родителями, что нужно, чтобы стать успешным игроком в одной из онлайн-игр, позволяет восстановить радость общения в семье, разделить увлечения и привнести их в реальность. Следует признать, что виртуальное пространство стало реальностью современной жизни. Формула «чтобы вернуть ребенка с улицы, надо выйти за ним на улицу», верна и в случае «выхода» в компьютерную реальность. Нужно сделать шаг за подростком, тем самым дав ему понять, что он небезразличен, а не выбрасывать в окно гаджет, с помощью которого он получает жизненно важные ощущения.

Эпидемиология химической зависимости в детском и подростковом возрасте

Эпидемиологические данные последних лет свидетельствуют о существенном снижении заболеваемости наркологическими расстройствами. Основной контингент потребителей ПАВ в подростковом возрасте не успевает достичь уровня химической зависимости, поэтому абсолютное большинство имеет диагноз «пагубное употребление». Наряду с этим отмечается рост потребления психостимуляторов и каннабиноидов в виде так называемых дизайнерских наркотиков.

Особенности химической зависимости в детско-подростковом возрасте

Клинические особенности разных видов химической зависимости определяются особенностями ПАВ, которое вызвало злоупотребления. Вместе с тем у всех видов и форм химической зависимости есть общие синдромы. А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая (2012) выделили *пять синдромов зависимости от ПАВ*:

- 1) синдром опьянения (острая интоксикация);
- 2) синдром измененной реактивности (изменение формы потребления; изменение толерантности; исчезновение защитных реакций при передозировке; изменение формы опьянения);
- 3) синдром психической зависимости;
- 4) синдром физической зависимости;
- 5) синдром последствий хронического потребления ПАВ.

Все названные синдромы могут быть представлены и в подростковом возрасте, хотя здесь есть своя специфика, связанная с незаконченным формированием психических функций: от мышления до эмоций. В раннем подростковом возрасте химическая зависимость формируется медленнее, чем в более старшем. Это связано с целым рядом обстоятельств:

- употребляются дешевые и, следовательно, малоэффоризирующие вещества, что отдаляет момент осознанного выбора препарата, который дает «настоящий кайф», после чего начинается индивидуальный поиск желаемого «правильного» средства;
- нерегулярность приема, вызванная отсутствием денег и условий, благоприятных для приема ПАВ;
- беспорядочность чередования веществ различных групп; изначальная полинаркотизация, чередующаяся с приемами спиртного.

Кроме более медленных сроков становления, имеется ряд других клинических признаков, отличающих химическую зависимость в подростковом возрасте. К ним относятся: нечеткость симптоматики наркотической зависимости; признаки, определяемые ситуацией, а не состоянием болезни; размытость границ синдромов и этапов болезни, не позволяющая выделить стадии зависимости; более высокий удельный вес так называемых непсихотических нарушений поведения, выступающих в качестве эквивалента того или иного наркологического синдрома; наличие специфических возрастных синдромов; высокие темпы десоциализации; своеобразие трансформации личности под влиянием хронической интоксикации.

Еще на этапе первых проб наркотиков и токсикантов у несовершеннолетних значительно чаще, чем у взрослых, отмечается длительное существование побочных реакций (рвота, тошнота, головокружение, головная боль и т. п.).

Синдром психической зависимости — основной в любой зависимости — имеет свои особенности в подростковом возрасте:

- тенденция незавершенности, меньше осознается и вербализуется пациентом; чем моложе подросток, тем менее синдромально оформлены основные проявления;
- в значительной степени проявляется в поведении: подросток стремится общаться с наркозависимыми и находиться в местах, где можно приобрести наркотик; охотно принимает участие в разговорах о ПАВ. Он присутствует в компании, где принимают наркотики, соглашается помочь их достать, на сознательном уровне считая, что сам потреблять не будет;
- слабее выражены аффективный и идеаторный компонент влечения. Находясь в стационаре на лечении, подростки могут требовать выписки, мотивируя это необходимостью продолжить учебу и помогать матери, желанием побыть в кругу семьи, устроиться на работу, отдать долги и т. д.

Последствия потребления ПАВ в подростковом возрасте неоднозначны. Далеко не во всех случаях это заканчивается формированием химической зависимости. Прогноз лучше в случае ранней алкоголизации и значительно хуже при употреблении наркотических веществ; чем более наркогенен ПАВ, тем пессимистичнее прогноз. Тем не менее, согласно литературным данным, 20–30 % детей прекращают потреблять наркотики без медицинской помощи. Эти шансы уменьшаются не только с наркогенностью ПАВ, но и с повышением интенсивности потребления, а также длительностью периода наркотизации. Многое в прогнозе зависит и от преморбидных особенностей личности, которые предрасполагали к началу потребления и его продолжению. В целом можно сказать, что благоприятный прогноз усиливает все, что зеркально противоположно факторам развития химической зависимости.

Остановимся на особенностях наиболее широко представленных форм химической зависимости в подростковом возрасте.

Ранний алкоголизм. Ранний (подростковый) алкоголизм формируется в возрасте от 13 до 18 лет и подразумевает развитие хотя бы первой стадии заболевания. Самая актуальная проблема в этот период — ранняя алкоголизация (знакомство со спиртным до 16 лет и его регулярное употребление), которая в ряде случаев приводит к формированию алкоголизма к 20–22 годам. Ранняя алкоголизация рассматривается как нарушение поведения, требующее скорее психолого-педагогической, а не медицинской коррекции. При переходе ранней алкоголизации в алкоголизм у подростков отмечается феномен групповой психической зависимости: тяга к спиртному возникает исключительно в «своей» компании. За ее пределами тяготения к алкоголю нет — с чужими и малознакомыми не пьют. Отрыв от группы прекращает алкоголизацию. Наличие групповой психической зависимости не свидетельствует о наличии хронического алкоголизма, а лишь является угрозой предвестником.

Вопреки традиционному представлению, что ранняя алкоголизация в подростковом возрасте неминуемо ведет к злокачественному алкоголизму, в последние десятилетия преобладает точка зрения, согласно которой злокачественное течение алкоголизма отмечается лишь у подростков с преморбидной отягощенностью. Стоит отметить, что большинство подростков с ранней алкоголизацией в дальнейшем не становятся хроническими алкоголиками. Они как бы «перерастают» такое поведение, во взрослом состоянии с усмешкой или неодобрением вспоминая «грехи юности». Вместе с тем следует помнить, что ранняя алкоголизация — всегда повышенный риск алкоголизма в более старшем возрасте.

Ранними признаками алкоголизма у подростков считаются:

- появление психической зависимости. Групповая психическая зависимость предшествует индивидуальной психической зависимости. Потребность в выпивке возникает в «своей» компании. За пределами группы — тяги нет. Индивидуальная психическая зависимость — основной признак алкоголизма. У подростка алкоголизация становится главным интересом в жизни, он начинает пить в одиночестве два-три раза в неделю;
- повышение толерантности (устойчивости к алкоголю). Свидетельством этого является двух-трехкратное увеличение опьяняющей дозы спиртного. Повышение толерантности надо оценивать с учетом роста и физического развития подростка.
- утрата рвотного рефлекса;
- утренняя анорексия (неприятие пищи);

- палимпсесты (выпадение из памяти отдельных периодов опьянения, во время которых подросток продолжает ходить, говорить и действовать) и амнезии опьянения;
- о далеко зашедшем алкоголизме (2-я стадия) свидетельствует появление абстинентного синдрома, что в подростковом возрасте бывает крайне редко;
- абстинентный синдром у подростков представлен преимущественно соматовегетативными расстройствами; продолжительность псевдозапоев существенно короче, чем у взрослых.

У асоциальных подростков, находящихся без надзора, превалирует систематическая форма злоупотребления и сочетание потребления алкоголя с другими ПАВ (в частности, ингалянтами), что быстро приводит к энцефалопатии и деменции. При диагностике 2-й стадии важно отличать истинный абстинентный синдром с компульсивным влечением к алкоголю от имитационной реакции псевдоопохмеления. Псевдоопохмеление может встречаться уже на этапе групповой психологической зависимости, когда подростки, имитируя поведение взрослых, употребляют алкоголь с утра. Нередко подросток испытывает отвращение к спиртному, но, чтобы «не ударить лицом в грязь» перед друзьями, преодолевая себя, «опохмеляется».

Что касается *алкогольных психозов в подростковом возрасте*, по мнению ведущих отечественных психиатров-наркологов, они очень редки и чаще всего связаны с дополнительной наркотизацией или эндогенным процессом.

Зависимость от летучих растворителей (ингалянтов). К летучим растворителям (ЛР; ингалянтам, летучим ароматическим веществам) относятся растворители, очистители, бензин, горючие вещества, синтетический клей, лаки, нитрокраски, средства для выведения пятен, широко используемые в промышленности и бытовой химии, а также средства ингаляционного наркоза. Распространенность употребления ЛР традиционно считалась выше у детей из социально неблагополучных слоев населения. Случаи первого употребления ЛР отмечены уже в 6–8 лет. Пик распространенности заболевания приходится на 11–14 лет.

Аддиктивное токсикоманическое поведение и зависимость от ЛР в подростковом возрасте традиционно связывались с трансформацией в другие, более тяжелые формы химической аддикции — более чем в 50 % случаев (А. В. Надеждин, 2005). Среди токсикоманических пациентов значительно чаще, чем в популяции, наблюдается злоупотребление и зависимость от алкоголя, галлюциногенов, никотина, кокаина и амфетаминов, а также депрессия и суицидальные попытки. Считается, что расстройство поведения, употребление ПАВ, в дальнейшем — алкоголизм или синдром наркотической зависимости — явления закономерные и последовательные.

Общими закономерностями клиники *опьянения (интоксикации) ингалянтами* является стадийность и относительная схожесть клинических

проявлений при употреблении различных видов токсикантов. Выделяют следующие фазы опьянения:

- фаза защитных соматовегетативных реакций;
- эйфорическая фаза;
- фаза нарушенного сознания;
- психотическая фаза;
- постинтоксикационная фаза (фаза остаточных явлений).

В первой фазе интоксикации отмечается головная боль, звон (стук) в ушах, легкое головокружение. Характерна гиперемия лица, инъекция сосудов склер. Лицо, особенно нос, отечное. Сухость слизистых оболочек. Тахикардия, аритмия, снижение артериального давления. Раздражение носоглотки; затрудненное, учащенное, шумное дыхание. Наблюдается обильное слюноотделение, появляется сладковатый, металлический привкус во рту; тошнота, рвота, иногда кровавая. Вокруг губ, в уголках рта, видна красная кайма раздражения, язык с толстым серо-желтым налетом. Диффузная боль в животе. Чувство жара. Стук в ушах постепенно ускоряется: все слышимые звуки, слова начинают повторяться, превращаясь в непрерывное, «бесконечное эхо». Зрачки расширены. Расстройства аккомодации хрусталика с ухудшением зрения — в глазах двоится. Регистрируются нистагм, оживление рефлексов, тремор век, пальцев рук, иногда даже головы, нарушение координации движений. Походка становится шаткой, неуверенной и неустойчивой, речь невнятная, смазанная, дизартричная. При передозировке возможны судороги, кома.

Психические нарушения представлены прежде всего эйфорией, которая является ведущим психическим расстройством в острой интоксикации. Все нерешенные проблемы как бы уходят, отодвигаются на второй план, исчезают. «Блаженное» состояние сопровождается обострением восприятия цвета, звука и всего вокруг, чувством могущества и безопасности, которое приводит к неожиданным и неконтролируемым поступкам. Психопатологические проявления в динамике переплетаются. Отмечаются расстройства схемы тела. Иногда помрачение сознания по типу делирия или онейроида, оглушенность. Появляется ощущение легкости, чувство «проваливания», «парения в воздухе», «невесомости». У всех имеют место расстройства в сфере восприятия в виде иллюзорного искажения окружающего мира, изменения формы и величины, окраски, количества и освещенности предметов. Пациенты указывали на то, что видели разрушающиеся, сдвигающиеся стены, проваливающийся пол, что сопровождалось возникновением панического страха.

У некоторых подростков появляется повышенная болтливость, желание прыгать, хохотать. При закрытых глазах возникают яркие зрительные

галлюцинации, являющиеся целью при вдыхании ЛР. Вначале — «рябь» в глазах и мелькающие тени, приобретающие причудливый, красочный характер. Затем — яркие галлюцинаторные образы, в основном приятного содержания, представленные в виде панорамных образов, которые подростки называют «снами» или «мультиками». Они «видели» отрывки из ранее просмотренных фильмов, разнообразные сцены из повседневной жизни, события в школе, эпизоды из прочитанных книг, фантастические события, иногда картины с сексуальными переживаниями. Со зрительными галлюцинациями иногда сосуществуют слуховые. Аффект чаще всего определяется счастьем, блаженством, радостью, а иногда — страхом, тревогой.

В ряде случаев опьянение протекает в токсической форме: многократная рвота, головокружение, гиперемия лица, шаткость походки, дизартрия.

Постинтоксикационное состояние характеризуется головной болью, бессонницей, потливостью, мышечным тремором, нарушением координации движений, аритмией.

Можно выделить следующую стадийность заболевания:

1. Стадия эпизодического употребления (донозологическая стадия).
2. Стадия психической зависимости.
3. Исходная стадия заболевания (токсическая энцефалопатия).

Длительность заболевания у детей и младших школьников составляет от года до восьми лет, у подростков — один–четыре года. При злокачественном течении исходная стадия заболевания развивается в течение полутора–двух лет от начала потребления ЛР.

Новые («дизайнерские») наркотики. К дизайнерским наркотикам относят большую группу синтетических ПАВ, которые имеют разные механизмы действия: синтетические каннабиноиды (СК), фенилэтиламины (стимуляторы и галлюциногены), триптамины (преимущественно галлюциногены), синтетические опиаты и пиперазины. В последние 10 лет дизайнерские наркотики достаточно широко потребляются в молодежной среде. Распространяются, как правило, через интернет. Среди них чаще всего используются СК («спайсы» — курительные смеси) и синтетические психостимуляторы (СП — «соли для ванн»).

Синтетические каннабиноиды (СК). «Спайсы» (в США — К-2) стали доступны для покупки через интернет в США с 2006-го, в Европе — с 2008-го, в России — с 2009 года. К 2014 году через интернет можно было приобрести свыше 200 видов «спайсов» (Schifano et al., 2015). Каннабиноиды проявляют свои свойства, воздействуя на эндоканнабиноидную систему, которая состоит из каннабиноидных рецепторов, их лигандов и ферментов, расщепляющих лиганды. Существует два основных типа каннабиноидных

рецепторов — каннабиноидные рецепторы типа-1 (CB1) и каннабиноидные рецепторы типа-2 (CB2). Воздействие на CB1 обеспечивает психотропный эффект (Хоулетт и др., 1990). Сродство к данным рецепторам у большинства СК в четыре-пять раз выше, чем у растительных тетрагидраканнабиноидов (ТГК), содержащихся в конопле (Аувартер и др., 2009). Смесь разных СК определяет их способность давать разнообразные эффекты, вплоть до летального.

Возраст первой пробы СК — обычно 14–15 лет; формирование зависимости происходит в течение одного–пяти месяцев; обращение за наркологической помощью чаще всего — через год-полтора после первой пробы. О. Н. Патрикеева с коллегами (2015) полагают, что потребление СК может приводить к развитию психозов, как собственно интоксикационных, так, видимо, и абстинентных, а также служить провоцирующим фактором развития шизофрении.

Систематическое потребление СК часто сопровождается возникновением психозов, которые характеризуются остротой и полиморфностью психопатологической симптоматики. Психозы развиваются и на донозологическом этапе употребления, и на всех этапах клинической динамики синдрома зависимости от СК в состоянии интоксикации СК, в структуре синдрома отмены СК и с отсроченным дебютом. Они характеризуются скоротечной последовательной динамикой формирования психопатологических расстройств, среди которых — иллюзорно-делириозный, делириозно-аментивный и делириозно-онейроидный клинико-динамические варианты психоза. У двух третей потребителей психозы протекают по типу онейроида с кататонической симптоматикой (ступор). Длительность — от четырех часов до пяти–семи суток. Амнезии по выходе нет. Возможны нарушения в виде бессонницы, психомоторного возбуждения или заторможенности, слуховых или зрительных галлюцинаций, параноидного бреда. Отмечается преобладание зрительных и слуховых, реже — тактильных галлюцинаций. Преобладает наркотическая тематика: пациент «видит» рассыпанный порошок, «реагент» или «курительные смеси». При психозе по типу острого параноида относительная ориентировка в месте и времени сохраняется. Чаще всего бред преследования, который соответствует характеру обманов восприятия. Его содержание — преследование, уничтожение, страх физического наказания.

При формировании зависимости от СК у подростков абстинентный синдром возникает через пять–шесть месяцев с момента начала употребления (из них приблизительно два месяца приходится на эпизодическое употребление). Длительность абстинентного синдрома — от семи–девяти дней до двух–четырех недель. Начало синдрома постепенное, через три дня появляются нарушения сна, раздражительность, подавленное настроение,

снижение аппетита, потливость, перемежающееся чувство жара и холода, головная боль, тошнота, рвота, тахикардия, повышение систолического давления, боли в мышцах. Растет тревога (до паники), выраженная эмоциональная лабильность, ночные кошмары, суицидальные мысли, neodолжимая тяга к СК.

Синтетические психостимуляторы (катиноны). В отличие от СК, большинство форм «солей для ванн» (СП) содержат комбинацию синтетических катинонов: метилона, мефедрона и метилendioксипировалерона (МДПВ). Психофармакологическое действие метилона сходно с действием экстази (МДМА), в то время как мефедрон обладает действием, сходным с действием метамфетамина, а МДВП — кокаина. В настоящее время на нелегальном рынке Европы насчитывается более 40 наименований синтетических аналогов катинона, обладающих ярко выраженным психоактивным действием.

СП чаще употребляются перорально и интраназально, также могут употребляться путем курения, внутривенными и внутримышечными инъекциями. Психотропный эффект СП связан с дисрегуляцией в центральной и периферической моноаминовой системе. При интраназальном употреблении действие наркотика на организм начинается через пять, максимум через 20 минут. Спустя 15–30 минут действие наркотического вещества достигает пика, после чего переходит в фазу плато, а максимальная длительность составляет около двух часов. После фазы плато действие наркотического вещества ослабевает, этот период длится от 30 до 60 минут. Суммарная длительность всех эффектов после употребления находится в пределах 2–3,5 часа, реже — до 7 часов. Состояние опьянения характеризуется эйфорией, повышенной энергией и эмпатией, открытостью, «тягой двигаться» и повышенным либидо. Те же потребители СП сообщают о возможных негативных эффектах: сжатие челюсти, снижение аппетита, повышенная температура тела и потоотделение, сердцебиение и проблемы с памятью. К наиболее распространенным соматическим нарушениям периода острой интоксикации СП можно отнести гипертермию, артериальную гипертензию, тахикардию, гипонатриемию, тошноту, рвоту, боли в грудной клетке.

СП вызывают шизофреноподобные проявления, такие как параноидные реакции с недоверчиво-тревожным настроением либо гипоманиакальными состояниями, бредовые идеи отношения, ущерба и преследования, специфические нарушения мыслительной деятельности в виде явлений соскальзывания, непоследовательности и пустых рассуждений. Характерны и соматоневрологические нарушения в виде резкого стремительного развития общесистемного физического истощения и полиорганной недостаточности, нейротрофических нарушений. Многие пациенты госпитализируются в остром психотическом состоянии через несколько

дней после последнего употребления СП; психотические нарушения сохраняются в течение нескольких дней, даже на фоне проводимой антипсихотической терапии.

У лиц, злоупотребляющих СП, рано обнаруживаются признаки психоорганического синдрома. Зависимость формируется в течение одного-трех месяцев при регулярном употреблении. Абстинентный период у потребителей СП можно условно разделить на две фазы. Первая — острая, в которой стержневыми являются расстройства аффективного спектра. Чаще всего это тревожная депрессия, стойкие инсомнические нарушения, флэшбэки, снижение аппетита, неусидчивость, транзиторные эпизоды простейших слуховых галлюцинаций. Отмечаются усталость, бессонница, заложенность носа и нарушение концентрации внимания. Во второй фазе абстиненции — подострой — имеют место аффективные нарушения с адинамическим компонентом, снижение аппетита, моторная заторможенность, поверхностный сон с частыми пробуждениями. Общая длительность абстинентного периода составляет от 15 до 25 дней, в зависимости от вида наркотического вещества, стажа потребления, возраста пациента и сопутствующих соматических нарушений. Существует точка зрения, что синдром отмены при длительном употреблении СП напоминает аналогичное состояние, развивающееся при употреблении других стимуляторов (включая кокаин), когда физические симптомы (ломка) отсутствуют, но возникает сильнейшая тяга к продолжению употребления.

Опиоидная наркомания — зависимость от ПАВ из группы опиатов: героина, морфия, дезоморфина, метадона, омнопона; фентанила и его производных; промедола, кодеина и препаратов, изготовленных кустарным способом из опия-сырца. Препараты опия используются путем курения и вдыхания (интраназально), их принимают внутрь, инъекционным путем — чаще всего внутривенно, реже внутримышечно. Распространенность опиоидной наркомании снизилась в разы по сравнению с началом 2000-х годов и у подростков встречается крайне редко.

А. В. Надеждин (2002) отмечает факт иного переживания состояния героиновой (опийной) интоксикации у несовершеннолетних, подчеркивая, что субъективное восприятие наркотизации у подростков менее дифференцировано, чем у взрослых, причем тенденция усиливается от старшего пубертатного возраста к младшему. В абстиненции у подростка редуцированы алгические проявления, а соматовегетативные симптомы менее выражены. Для него характерны психопатоподобные, аффективные реакции. А. В. Надеждин сообщает о большей выраженности астении, нежели эксплозивности, которая чаще проявляется в демонстративном поведении. Больные подростки в абстиненции утрированно жалуются на «непереносимость» состояния, стремятся вызвать жалость, заявляют, что

«назло всем» продолжают наркотизацию после выписки. Иногда отмечаются демонстративные суицидальные попытки. После исчезновения острых явлений абстиненции в течение одного-полутора месяцев наблюдаются остаточные явления, которые получили название постабстинентного синдрома (состояния). Волнообразно возникает непреодолимое влечение к наркотику. Отмечается сниженное настроение, вялость, нарушения сна, чувство психического дискомфорта, могут быть суицидные тенденции. В ряде случаев больные становятся злобными, раздражительными, отказываются от лечения. На третьей-четвертой неделе абстиненции может возникнуть так называемая сухая ломка — соматические и вегетативные симптомы, имитирующие картины абстинентного синдрома на период обрыва приема наркотиков. В период постабстинентного синдрома часто возникают спонтанные рецидивы заболевания.

Метадоновая зависимость развивается на фоне злоупотребления метадон, в большинстве стран применяющимся в качестве заместительной терапии при лечении опиийных наркоманий, поэтому в среде наркоманов существует мнение о безопасности этого препарата. Некоторые подростки и молодые люди изначально выбирают метадон, надеясь получить удовольствие от приема наркотика, избежав тяжелых последствий наркотической зависимости. Срок формирования психической зависимости определяется частотой употребления. Абстинентный синдром при метадоновой зависимости возникает спустя полтора-два месяца ежедневного приема и является самым длительным при опиоидных наркоманиях — его проявления отмечаются до трех-четырех недель. Постабстинентное состояние при метадоновой зависимости может длиться до трех месяцев.

Психотерапия аддиктивного поведения у подростков

Известно, что если аддиктивное поведение начинается с подросткового возраста, то риск формирования химической зависимости в будущем оказывается высоким.

Современная теория гештальт-терапии рассматривает развитие аддикции как два типа травматического опыта. Первый тип представляет собой ответ на острую травму — это способ совладать с ней. Именно данный тип аддикции, по нашему мнению, чаще всего встречается у подростков и является более «благоприятным» в плане лечения. Второй тип травмы Дж. Пинтус (2011) рассматривает «как аддикцию раннего возраста, при

которой стремление к интенсивным чувствам вознаграждения является доминирующим, другие способы испытания удовольствия отходят на задний план, а навыки отношений являются проблемными». Этот вид аддикции более часто ассоциирован с личностными расстройствами взрослых или с тем, что ранее носило название «патохарактерологического развития» у подростков. Данное представление перекликается с нашим мнением о дефиците питающих отношений в семье и микросоциуме подростков, а также о десенсибилизации, свойственной современным детям и подросткам, как защите от чрезмерной внешней стимуляции.

Исходя из представления об аддикции как о травматическом опыте, мы рассматриваем два направления, или подхода, в его терапии. Следует подчеркнуть, что они не исключают, а дополняют друг друга.

Итак, если аддиктивное поведение — ответ на острую травму, встает вопрос, что может быть острой травмой в подростковом возрасте? Ответ кроется в возрастных особенностях и задачах развития данного периода. Основным и специфическим новообразованием этого возраста Л. С. Выготский считал чувство взрослости, под которым понимал возникающее представление о себе «как уже не ребенку». Подросток не только начинает чувствовать себя взрослым, но стремится быть им, что проявляется во взглядах, оценках, поведении и отношениях с другими. Он также нуждается в том, чтобы его признавало взрослым окружение. Нередко понятие взрослости у подростков ассоциируется с возможностью нарушать запреты, которые предъявляются к детям. А это, как правило, возможность распоряжаться собой: своим временем, пространством, телом. Быть там, где он хочет; приходить, когда захочет; быть с тем, с кем хочет; принимать то, что захочет; делать то, что считает нужным. Самым простым и доступным в этом представлении о взрослости оказывается рискованное поведение, секс, пробы алкоголя и других психоактивных веществ. Если вдруг при этом подросток испытывает удовольствие, которое значительно превышает удовольствие от иного общения и деятельности, создаются условия для формирования аддикции. Особенно это опасно при пробах веществ с высоким аддиктивным потенциалом.

Взрослость не наступает одномоментно, ее становление происходит посредством решения задач развития, каждая из которых требует напряженного труда подростка и поддержки со стороны окружения. Сложности могут привести к «творческому приспособлению» — симптому аддиктивного опыта. Именно поэтому помощь подростку в разрешении сложных ситуаций на пути становления взрослости есть профилактика и лечение аддиктивного поведения.

В своей практической работе мы опираемся на следующие задачи развития в юности, выделенные в 1991 году американским психологом Робертом Хэвигхерстом:

1. Принятие своей внешности и умение эффективно владеть телом. Проблемы внешнего вида, телесной привлекательности, косметические дефекты и т. д. становятся важными, а порой и травматичными событиями в жизни молодого человека.

2. Формирование новых, зрелых отношений со сверстниками обоего пола. Проблемы общения и принятия группой сверстников часто лежат в основе подростковых переживаний и драм.

3. Принятие мужской или женской роли. Современные гендерные проблемы нередко усугубляют решение данной задачи. Деликатность и честность в этом вопросе помогут подростку обрести полоролевую идентичность.

4. Достижение эмоциональной независимости от родителей и других взрослых. Решение этой задачи — не только эмоциональное отдаление от родителей, но и выстраивание эмоционально насыщенных отношений со сверстниками и другими взрослыми, поиск новой привязанности, а также обретение способности самостоятельно контейнировать свои интенсивные переживания.

5. Подготовка к трудовой деятельности. Это шаг в самостоятельность и независимость, к самодостаточности и самоуважению. Возможность применить свои силы, заработать карманные деньги и потратить их по своему усмотрению — важная составляющая жизни подростка. Конфликты в этой области нередко служат травмирующим событием.

6. Подготовка к вступлению в брак и семейной жизни. Выбор партнера, становление отношений, разрывы и неудачи — все это приобретение часто болезненного опыта, подготавливающего подростка к стабильным отношениям в паре.

7. Появление желания нести ответственность за себя и общество. Данная задача решается подростками путем участия в общественных движениях и политических партиях, выбора активной гражданской позиции. Использование этой нормальной возрастной протестной реакции лежит в основе вовлечения подростков в разные «группы насилия» и терроризма, таких, например, как ИГИЛ*.

8. Обретение системы ценностей и этических принципов, которыми можно руководствоваться в жизни. Становление норм и правил, которых следует придерживаться, — важная задача взросления, невозможность их

* Запрещенная в России террористическая организация.

выбора или способность их придерживаться может стать острой травмой для подростка.

Все названные темы (болевые точки взросления) должны рассматриваться в диагностике и лечении аддиктивного поведения подростка, поскольку в каждой из них могут скрываться неразрешимые трудности, определяя травмирующее событие перехода во взрослую жизнь.

Таким образом, лечебно-реабилитационные мероприятия для подростков в большей мере должны строиться в виде помощи им при разрешении задач подросткового периода, а не совладании с потреблением ПАВ, и носить преимущественно воспитательный, обучающий характер, включая деятельность, свойственную подросткам и способствующую решению возрастных задач. Следует активно использовать современные компьютерные технологии и понятный молодым людям язык общения. При этом позиция взрослого должна быть принимающей: подросток должен почувствовать, что его потребности и способы их достижения восприняли без осуждения и нравоучений. Необходимо поддержать стремление подростка стать взрослым, в то же время самым взрослым следует оставаться в своих границах. Это «другая» сторона медали: нормы, порядок и правила так же необходимы подростку, как допустимая степень его свободы и ответственности за нее. Поэтому работа с семьей подростка и микросоциальным окружением (прежде всего обучающей средой) должна быть составной частью реабилитации.

Работа с родителями должна строиться в двух направлениях — повышение родительской компетенции и восстановление/поддержание гармоничного функционирования семьи. Кроме того, следует работать с обучающей средой, создавая условия принятия и поддержки на основе развития эмпатических способностей ее участников. В этом мы видим противодействие ослаблению привязанности, стабильности и поддержки, свойственным обществу текущей современности.

Для превенции аддиктивного поведения считаем необходимым проводить обучающие тренинги в рамках школьного и дополнительного образования, работу с подростками из группы риска, имеющими болевые точки взросления. При этом включать подростков, имеющих опыт употребления ПАВ, в группу условно здоровых сверстников. Рекомендуются избегать объединения таких подростков в единую группу и привнести инклюзивный подход в превентивную работу с ними.

Живое, наполненное разными переживаниями общение, приносящее удовольствие всем участникам, — лучшая профилактика ухода от реальности. Ключевые слова — «всем участникам», а это значит, что взрослые, как и дети, нуждаются в радости от взаимного общения, наполненного интересом и создающего новизну. Построение реальности,

в которой комфортно находиться, — взаимный процесс, но большая ответственность за его качество лежит на взрослых: родителях, воспитателях, педагогах.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение аддикции.
2. Охарактеризуйте эпидемиологическую ситуацию по распространенности потребления психоактивных веществ в детской и подростковой среде.
3. Что характерно для химической зависимости в подростковом возрасте?
4. Какие основные причины лежат в основе формирования аддиктивного поведения?
5. Охарактеризуйте представление об аддикции как об остром травматическом опыте.

Рекомендуемая литература

1. *Бауман З.* Текучая современность / Пер. С. А. Комарова; Под ред. Ю. В. Асочакова. — СПб.: Питер, 2008. — 240 с.
2. *Гречаный С. В., Микиртумов Б. Е.* Основы клинической наркологии. Учебное пособие для педиатрических факультетов медицинских вузов. — СПб.: СПбГПМА, 2008. — 140 с.
3. *Егоров А. Ю., Игумнов С. А.* Клиника и психология девиантного поведения. — СПб.: Речь, 2010.
4. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., Шпикс Т. А.* Психодинамические механизмы аддикций: Монография. — Издательство: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co.KG Heinrich-Bocking-Str. 6–8. 66121 Saarbrücken, Germany, 2011. — 188 с.
5. *Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г.* Подростковая наркология. — М.: Медицина, 2002. — 256 с.

Глава 16

Психосоматические расстройства у детей и подростков

Э. Г. Эйдемиллер, А. Э. Тарабанов

Психосоматические расстройства предполагают наличие соматических симптомов, включая боль, вегетативные симптомы и др., которые не имеют соответствующего медицинского объяснения. Кроме того, если мы посмотрим на лежащий в основе психосоматических расстройств процесс соматизации с психодинамической точки зрения, то увидим, что соматизация вызвана подавлением субъективно невыносимых эмоций, конфликтов и воспоминаний. Нейробиологическим коррелятом процесса соматизации является измененная функция областей мозга, участвующих в обработке автобиографической памяти. Искажение и усиление восприятия боли является ведущим симптомом психосоматических расстройств у детей. Однако клиницисту следует обратить внимание и на субъективно переживаемое состояние социальной изоляции, которое часто может быть рассмотрено как запускающий, триггерный механизм психосоматических расстройств — и у детей, и у подростков, и у взрослых. Важно, что с нейробиологической точки зрения переживание социальной изоляции коррелирует с теми же структурами мозга, что и обработка болевых стимулов в мозге. Соматизация или появление соматических симптомов, которые не имеют релевантного медицинского объяснения, являлись объектом как медицинской теории, так и клинической практики на протяжении более 2000 лет, со времен Галена до Й. Брейера и З. Фрейда.

Текущие версии Диагностических руководств (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM-5) и Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-11)) с учетом серьезных изменений, внесенных в классификацию психосоматических и связанных с соматизацией расстройств, демонстрируют нам, что концепция соматизации все еще подвержена существенным изменениям, основанным на изучении важных психологических и нейробиологических механизмов, лежащих в ее основе.

Российский психиатр А. Б. Смулевич предложил термин «психические расстройства, реализующиеся в соматопсихической сфере», в частности соматизированные психические расстройства конституционального, невротического и аффективного регистров. Ведущую роль в их формировании он отводит «аномалиям соматопсихической сферы или соматоперцептивной конституции». Смулевич соотносит их с расстройствами личности в МКБ-10 (F60–F69). То есть соматоперцептивная конституция имеет «ключевое значение в генезе психосоматических расстройств».

А. Б. Смулевич выделяет четыре типа аномалий соматопсихической сферы (публикуем сокращенный вариант):

1. Невропатия на основе невропатической конституции. Гиперсенестезия в сфере телесной перцепции (гиперпатии, алгии, псевдомигрени). Вегетативная дисфункциональность: сосудистые кризы, головокружения, ортостатические обмороки, сердцебиения, гипергидроз, астения.
2. Соматотония — гипертрофированное сознание соматического «Я». Гедонистическое отношение к повышенному телесному тону, физической активности и толерантность к высоким нагрузкам.
3. Проприоцептивный диатез — парадоксальность телесной перцепции: сочетание соматизированных и/или соматоформных расстройств. Гипестезия общего чувства тела, сочетающаяся с телесными фантазиями, сенестезиями и сенестоалгиями.
4. Сегментарная деперсонализация — дефицитарность сознания телесного «Я» с нивелировкой проблем физического здоровья.

Смулевич выделяет следующие виды патологии невротического характера, проявляющиеся через соматические симптомы без медицинского объяснения. Это конверсионные, соматизированные и соматоформные расстройства:

- конверсионное (диссоциативное) расстройство включает в себя патологические телесные ощущения: *clavus hystericus* (острая боль, которая обычно локализуется в темени) и *globus hystericus* (субъективное ощущение комка или инородного тела в горле), онемение или гиперестезия отдельных участков кожи, а также функциональные расстройства в сфере произвольной иннервации, сопровождающиеся нарушениями моторики (психогенная афония, парезы, параличи и др.). Имеет место нарочитость и демонстративность клинических проявлений. Выражение типичной болезненной симптоматики обычно инициируется стрессом. Течение характеризуется кратковременными манифестациями, но в течение длительного периода;
- соматизированное расстройство сопровождается множественными жалобами на разнообразные болезненные ощущения и проявления психалгии, психогенный кашель, тахикардию, дискинезию желчных

путей и прочее. Возникновение характерных клинических проявлений определяется психогенными факторами — это избыточное реагирование. Длительность эпизода обычно не превышает шести месяцев;

- соматоформное расстройство характеризуется болевыми ощущениями непонятного происхождения (идиопатические алгии), часто коморбидно с тревожными и депрессивными расстройствами, сверхценными образованиями, зависимостью от психоактивных веществ. Характеризуется стойкими мономорфными алгиями, которые имеют свойства «овладевающих ощущений», которые могут определять содержание мыслей и поведение. Не сопровождаются ни ипохондрическими, ни вегетативными проявлениями. Возможно самоповреждающее поведение со стремлением «избавиться» от болезненных участков тела или попросить об этом врача. Характерные клинические проявления чаще спонтанны и редко обусловлены внешними соматическими или психологическими факторами. Длительность — от полугода до нескольких лет. В большинстве случаев алгический синдром полностью исчезает.

Основные проявления (подавленность, тоска, идеи виновности и др.) **маскированных депрессий** — соматизированных, скрытых, ларвированных, алекситимических — стерты, часть из них отсутствует. Главное место среди клинических проявлений занимают фасадные соматизированные и соматоформные расстройства, препятствующие непосредственному распознаванию депрессии. Характерно, что в странах Дальнего Востока (Корея, Япония и другие), где открытые проявления горя и негативных эмоций культурно и социально ограничены, депрессия проявляется преимущественно в соматизированной форме. А. Б. Смулевич пишет об органическом, агрипническом (гиперсомническом) и аноректическом (гиперректическом), а также алгическом и депрессивно-болевым типам таких состояний.

Органные неврозы проявляются как тревожно-фобические расстройства, сопровождающиеся вегетативными симптомокомплексами. Они сопоставимы с релевантными синдромами соматической патологии. Среди них — кардионевроз (синдром Да Косты), синдром гипервентиляции, ахалазия (кардиоспазм); синдромы раздраженного желудка, раздраженной толстой кишки, раздраженного мочевого пузыря и др. Проявления органических неврозов могут как усиливать, так и дублировать симптоматику соответствующих соматических заболеваний (среди них — гипертонический криз, приступ стенокардии, инфаркт миокарда). Чтобы установить диагноз органического невроза, нужно исключить соответствующую патологию внутренних органов.

Гипервентиляционный синдром характеризуют приступы одышки с чувством нехватки воздуха. Здесь имеют место нарушения ритма и дыхательных циклов (тахипноэ, аэрофагия). Проявления гипервентиляционного

синдрома часто сопровождаются безоъектной тревогой и паническими атаками, иногда сочетаются с кардионеврозом. Могут иметь место функциональные нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта (дисфагия, гастралгии, изжога, тошнота, рвота, отрыжка, диарея) и синдром раздраженного кишечника. Сочетаются с разными фобиями.

Кардионевроз характеризуется вегетативными дисфункциями, болями в области сердца, неустойчивостью сердечного ритма и артериального давления, ортостатизмом, обмороками, головокружением. Обычно он манифестирует в структуре панических приступов, сопряжен со страхом смерти, инсульто- и кардиофобией. Иногда сопровождается избегающим поведением (агорафобия).

Кожный органный невроз, или соматоформный зуд, протекает с неприятными ощущениями жжения, жара и прочего в пределах кожного покрова, а также с комплексом характерных соматовегетативных проявлений (отечность, гипертермия, эритема, сыпь) и тревожно-фобическими расстройствами. Протекает волнообразно, с нарастанием и снижением симптоматики.

Невроз мочевого пузыря протекает со страхом недержания мочи, который сопровождается явлениями агорафобии, боязнью оказаться в таком месте, где невозможно воспользоваться туалетом.

Синдром хронической усталости — состояние астении, не подтвержденное наличием соматической патологии или объективно значительным объемом физических и/или умственных нагрузок. Проявляется как чувство усталости, которое не исчезает после отдыха. Сопровождается раздражительностью, инсомнией (либо гиперсомнией), жалобами на ухудшение памяти и внимания. Присутствуют и «соматические» симптомы: миалгии, артралгии и другие виды алгий. Возможны головокружения, лихорадка, диспепсия и т. п. Коморбидными здесь являются депрессивные, соматизированные и тревожные расстройства.

Психотические расстройства, реализующиеся в соматической сфере (по А. Б. Смулевичу)

Соматопсихоз — неорганический психоз неуточненный. Представляет собой совокупность висцеральных сенсопатий психотического регистра (множественные алгии, телесные фантазии, фантастические сенестопатии, телесные галлюцинации). Присутствуют тяжелые функциональные нарушения (дизэстетические кризы и др.).

Дерматозойный бред (синдром Экбома / зоопатический бред). Центральное место в клинической картине занимает тактильный галлюциноз с феноменом «анимации». Сенсопатии обладают предметностью и подвижностью, чувством «вгрызания» в кожу. Бредовые расстройства вторичны по отношению к тактильному галлюцинозу — бреду одержимости паразитами. Возможно сочетание бреда и самоповреждающего поведения, попытка извлечь «инородные объекты» с помощью острых предметов.

Ипохондрический бред не имеет корреляций с соматической патологией пациента, который убежден в наличии соматического диагноза и может требовать незамедлительной терапии. Еще он способен прибегнуть к самолечению или самоповреждающим действиям. Это может сопровождаться аномальными телесными ощущениями, телесными и обонятельными галлюцинациями и расстройствами схемы тела.

Дисморфический бред. Пациент убежден в наличии у него физического недостатка, уродства, аномалий строения или деформации тела. Может сопровождаться социофобией и сенситивным бредом. Бредовое поведение пациента иногда строится на попытках скрыть мнимые дефекты внешности, на социальной изоляции, требованиях к врачам изменить его внешность с вероятной сутяжной активностью; принесение себе физического вреда.

Особенности психосоматических нарушений у детей и подростков

Соматические симптомы проявляются у детей и подростков в повседневной жизни, и скорее как «функциональные», а не «органические». Они отражают возрастные физиологические или анатомические непатологические изменения. В отличие от соматоформных расстройств, большинство функциональных соматических симптомов у детей не являются ни стойкими, ни ухудшающимися. Как правило, они связаны с временными биологическими изменениями или психологическим стрессом и не приводят к обращению за медицинской помощью.

История психосоматического подхода

Первые представления о психосоматических симптомах, то есть о соматических симптомах без адекватного медицинского объяснения, легко обнаружить в Античности. В частности, термины «истерия» и «ипохондрия» восходят к тем временам. Термин «истерия» в переводе с греческого озна-

чает «матка», «гистеря». Это связано с мифологическими представлениями о том, что необъяснимые соматические симптомы у женщин вызывает «блуждающая матка».

Диагноз «истерия» в ту эпоху ставили исключительно женщинам, а у мужчин, страдающих соматическими симптомами без адекватного медицинского объяснения, диагностировали ипохондрию. Термин «ипохондрия» тоже заимствован из греческого языка: происходит от слов «гипо» и «хондро», что значит «под» и «хрящ». Выражение «ипохондрия» относится к жалобам, которые связывали с болезненными ощущениями под реберными хрящами (*cartilago costalis*). По словам греческого врача Галена, они часто сопровождалась страхом и грустью. В Европе медицинские представления об истерии и ипохондрии сохраняли значимость до XIII века, когда началась борьба с ведьмами и колдовством. Типичные психосоматические симптомы, такие как судороги, трансы или потеря чувствительности, отныне интерпретировались как признак того, что страдающий ими пациент одержим злыми духами или имел сексуальный контакт с дьяволом.

С конца XVIII века и в течение всего XIX столетия мировым центром развития медицинской науки являлся Париж, и французские врачи внесли значительный вклад в расшифровку ранее необъяснимых соматических симптомов. Поль Брике (1796–1881) положил конец патогенетической ассоциации симптомов, необъяснимых с медицинской точки зрения, и матки. Будучи главным терапевтом Парижской больницы де ла Шарите с 1846 года, он столкнулся с множеством пациентов, которым диагностировали «истерию». Собрав 430 примеров из практики, П. Брике проследил влияние стресса и тяжелых жизненных ситуаций на ее развитие. Спустя какое-то время необъяснимые с медицинской точки зрения соматические симптомы получили название «синдром Брике».

Несколько позднее Жан-Мартен Шарко (1825–1893) использовал гипноз, чтобы спровоцировать и искоренить соматические (истерические) симптомы, и уже связывал такие симптомы с психотравмирующими событиями. С 1862 года он был главным врачом парижской больницы Сальпетриер, которая в то время располагала самым большим психиатрическим отделением в Европе: Шарко отвечал более чем за 6000 стационарных больных.

Пьер Жане (1859–1947) был учеником Шарко в Сальпетриере. Он тоже исследовал пациентов с «истерией» и даже описал роль подсознания и диссоциации в развитии истерических симптомов. Его работы можно рассматривать как эмпирическую основу, которую Брейер и Фрейд в дальнейшем использовали для разработки психоанализа. В 1883 году в Вене Йозеф Брейер (1842–1925) в качестве врача общей практики лечил пациентку Анну О., страдавшую от множества необъяснимых с медицинской точки

зрения симптомов, таких как афазия, паралич и нарушение зрительного восприятия. Сегодня большую часть симптомов Анны О. отнесли бы к категории конверсионных расстройств. Однако ее невралгическая боль могла соответствовать критериям расстройства, связанного с соматизацией. Терапия пациентки включала в себя эксперименты с разными методами, которые среди прочих предполагали систематический разговор о ситуациях, в которых возник тот или иной симптом. Именно эта разговорная техника привела, пусть временно, к уменьшению выраженности симптомов. Зигмунд Фрейд (1856–1939), присутствовавший на лекциях Шарко в Париже в 1885 году, вместе с Брейером опубликовал отчет о случае Анны О. в 1894 году. Сейчас мы берем данное событие за точку отсчета истории психоанализа. Таким образом, можно утверждать, что изучение психосоматических симптомов сыграло иницирующую роль в развитии психоанализа, а следовательно, и в развитии психотерапии в целом.

Следующей важной вехой в развитии психосоматического подхода стала концепция «десоматизация и ресоматизации» Макса Шура (1897–1969) — лечащего врача З. Фрейда. Он был не только психоаналитиком, но и другом отца психоанализа. «Десоматизация и ресоматизация» — механизмы, лежащие в основе необъяснимых с медицинской точки зрения соматических симптомов. Во время нормального психомоторного развития совершенствование эмоционального регулирования приводит к уменьшению количества соматических реакций, вовлеченных в эмоциональное регулирование, например случаев вегетативных реакций и учащения сердцебиения в период тревоги. Это происходит благодаря растущей способности человека контролировать аффект через психические процессы («вторичное мышление»). М. Шур назвал этот процесс «десоматизацией». Однако «вторичное мышление» может искажаться под влиянием внутриличностных конфликтов. Так, из-за воздействия реактивированных подавленных травматических воспоминаний соматические реакции могут появиться снова и привести к соматическим симптомам — процессу, определяемому как «ресоматизация». Поскольку травматические воспоминания — действительные причины соматических симптомов — остаются подавленными (не осознаются), пациент не может объяснить их возникновение. М. Шур описал эти симптомы как «сопутствующие» подавленные аффекты. Он отличал их от «эквивалентов» аффекта, в частности тревоги, которые рассматривал в качестве воспоминания об эмоциональных состояниях на довербальной стадии развития.

Концепция М. Шура рассматривает довербальный этап развития психики ребенка, как и более поздняя концепция алекситимии. Последняя относится к снижению способности к вербализации аффекта и тенденции развивать фантазии в качестве эквивалента эмоций (Тейлор, 1984). Как показали многочисленные исследования, у психосоматических пациентов

наблюдаются алекситимические проявления. Эти особенности согласуются с представлением Шура о подавленных эмоциях как основной причине психосоматических расстройств.

Венгерско-американский психоаналитик Франц Александер (1891–1964) подчеркивал разницу между конверсионными расстройствами и «вегетативными неврозами», которые сегодня можно отнести к категории соматоформных расстройств. Ему удалось продемонстрировать, что конверсия обусловлена бессознательно вызванными дисфункциями восприятия или моторики, которые ранее помогли пациенту решить эмоциональный конфликт. Вегетативные неврозы, то есть соматоформные расстройства, напротив, развивались как следствие длительных эмоциональных состояний, которые не могли быть разрешены или разряжены. Вегетативные неврозы развиваются как следствие необходимости нервной системы поддерживать гомеостаз. Соматический отдел нервной системы занимается поддержанием успешного контакта с внешним миром, а вегетативный отвечает за «внутреннее регулирование». В чрезвычайных ситуациях симпатическая нервная система подготавливает организм к реакции «бей или беги», например, увеличивая частоту сердечных сокращений либо дыхания. Однако в ситуациях покоя парасимпатическая нервная система запускает процессы восстановления и ассимиляции (например, пищеварение). Согласно Ф. Александеру, вегетативные неврозы могут развиваться двумя способами:

1. Если организм готовится к чрезвычайной ситуации, активируя симпатическую нервную систему, а затем подавляет соответствующее действие («бой» или «бегство»). Это может привести к развитию таких состояний, как артериальная гипертензия. Организм находится в состоянии постоянной подготовки с длительной активацией симпатической нервной системы.

2. Если организм реагирует на стресс активацией не симпатической нервной системы, а скорее парасимпатической, могут развиваться такие заболевания, как вызванная стрессом язва желудка. Парасимпатическая регуляция функционирует парадоксальным образом, поскольку вместо того, чтобы активно противостоять ситуации, вызывающей стресс (как в случае повышенной симпатической активации), организм реактивирует инфантильные поведенческие паттерны иммобилизации.

По Ф. Александеру, организм бессознательно ищет защитный материнский объект и ожидает кормления, что приводит к повышенной парасимпатической активации. Он находится в состоянии длительного приготовления, поскольку фактически не получает бессознательно ожидаемого питания. Ф. Александер сравнивает эти «вегетативные неврозы» с «психоневрозами». Каждый невроз подразумевает отступление от действия и бегство к аутопластическому процессу. При психоневрозах двигательная активность

сменяется психологической, действующей в фантазии. Вегетативные неврозы, напротив, развиваются, поскольку длительное эмоциональное напряжение приводит к вегетативным изменениям. Кроме того, Ф. Александер отличает вегетативные неврозы от конверсионных расстройств: в то время как конверсионные расстройства, подобно психоневрозам, опосредуются соматической нервной системой, вегетативные неврозы развиваются на основе дисфункциональной вегетативной нервной системы.

Психосоматическая патология и психическое развитие ребенка

Ключевые компоненты соматоформных расстройств плохо выражены у маленьких детей и дошкольников, поскольку у них нет достаточного жизненного опыта и знаний, чтобы описать симптомы болезни. Тем не менее, по сообщениям родителей, симптоматическая соматизация наблюдается у детей в возрасте 5–7 лет. Связанные с соматизацией расстройства маленьких детей хотя и основаны на их собственных жалобах, в первую очередь проявляются через заботу и поведение родителей. Чрезмерная необоснованная обеспокоенность пап и мам по поводу детских жалоб может вызвать у ребенка чувство вины за болезнь, а повторное обращение за медицинской помощью сопровождаться негативным отношением родителей в связи с вероятностью нанести вред физическому и психическому здоровью ребенка, поставить его под угрозу. Это можно назвать «соматизация родителей» и поставить вопрос о том, не нуждаются ли они сами в консультации специалиста по психическому здоровью. Хороший пример здесь — синдром Мюнхгаузена прокси, то есть фабрикация родителями «искусственной болезни» у ребенка.

Клинические проявления, оценка и диагностика

Типичные психосоматические проявления у детей — боли. Чаще всего это рецидивирующие эпизоды сильных болей в животе, головные боли или другие, возникающие по крайней мере ежемесячно или чаще (еженедельно или ежедневно). Может иметь место утомляемость либо истощение, вплоть до тяжелого состояния и иммобилизации продолжительностью не менее трех–шести месяцев. Возможна утрата моторных функций, потеря сенсорного восприятия и/или наличие псевдоприпадков. Характерно, что функциональная боль в животе проявляется как интенсивная, рецидивирующая, диффузная; сильнее беспокоящая днем, менее заметная ночью

или в школьные каникулы. Такое состояние может сопровождаться рвотой и головной болью. Ребенок может выглядеть бледным и нездоровым, что способно укрепить семейные представления об органической патологии. Головные боли с большей вероятностью можно охарактеризовать как головные боли от напряжения (частые, двусторонние, обычно лобные, «как полоса»), но иногда они сосуществуют с приступами мигрени (периодическая, сильная односторонняя боль с сопровождающей аурой, тошнотой). Зачастую коррелируются с какими-то событиями внутри семьи. Как правило, имеются дополнительные жалобы на другие, менее заметные физические симптомы — мультисимптомные проявления, выявляемые уже в клинических условиях, а также на изменение настроения и выраженное ухудшение состояния со снижением социальных контактов со сверстниками в школе.

Гастроэнтерологи предприняли попытки разделить группу детей с необъяснимыми с медицинской точки зрения желудочно-кишечными симптомами на специфические паттерны симптомов, такие как рвота, дефекация и боль, в соответствии с Римскими критериями синдрома раздраженного кишечника (Rasquin-Weber et al., 1999). Тем не менее достоверность и надежность этих подгрупп не установлены (Chogle et al., 2010), лишь часть жалоб детей, сообщивших о боли в животе, соответствовали Римским критериям «функциональных желудочно-кишечных расстройств, связанных с болью в животе» (Saps et al., 2012).

Ювенильная фибромиалгия является функциональным медицинским расстройством, по описанию близким к соматоформным болевым расстройствам. Она определяется как хроническое болевое состояние неизвестной этиологии, в первую очередь отличающееся широко распространенными скелетно-мышечными болями, сложностью со сном, депрессией и усталостью (Anthony & Schanberg, 2001) при отсутствии объективных признаков артрита в лабораторных исследованиях.

Основные проявления синдрома хронической усталости — чрезмерная физическая и умственная усталость и истощение после незначительных усилий, отсутствие восстановления сил после отдыха — продолжительностью минимум шесть месяцев, хотя срок три месяца считается более подходящим для диагностики синдрома хронической усталости у детей. Он сопровождается выраженными функциональными нарушениями, частыми головными болями и нарушениями сна, мышечными и другими болями, изменением настроения. Обычно все начинается с острого гриппоподобного заболевания или железистой лихорадки, однако начало может быть и постепенным или флуктуирующим. Многие дети жалуются на боль в горле, которая может сопровождаться болезненностью лимфатических узлов, анорексией, тошнотой и головокружением (Garraida & Chalder, 2005).

Конверсионные/диссоциативные расстройства включают в себя частичную или полную потерю телесных ощущений либо движений. Наиболее распространены у детей потеря или нарушение двигательной функции или псевдоприпадки, другие проявления — потеря зрения, слуха, чувствительности, сознания; фуги и мутизм. Симптомы часто возникают из-за травматического спускового механизма и исчезают через несколько недель или месяцев (Ani et al., 2013).

Ипохондрия или беспокойство о здоровье/болезни предполагает постоянную озабоченность страхами заболевания, основанную на неправильной интерпретации телесных ощущений. Пациент думает, что они указывают на серьезное заболевание. Ранее считалось, что ипохондрия — «взрослое» заболевание, но в настоящее время появляются свидетельства того, что когнитивные и поведенческие особенности, подобные описанным у взрослых при ипохондрии, также присутствуют у детей и подростков (Wright & Asmundson, 2003; Rask et al., 2012).

Связанное с соматическим симптомом нарушение является ключевой характеристикой соматоформных расстройств и мультисимптомных жалоб и наблюдается в группах детей в возрасте от 5 до 7 лет, а также у подростков (Rask et al., 2009; Vila et al., 2009). Нарушения могут включать длительные периоды отказа от социальных отношений и отсутствия в школе, продолжающиеся несколько месяцев или лет, что потенциально ограничивает возможности для развития социальных навыков и академического прогресса (Rangel et al., 2000). Дети могут оказаться прикованы к инвалидной коляске или кровати, не способны общаться и заботиться о своих главных потребностях (McNicholas et al., 2013).

Диагностика, дифференциальный диагноз и психиатрическая коморбидность

В соответствии с критериями для других психических расстройств диагностика определяется по тяжести, характеру дистресса и нарушениям, вызванным симптомами, в частности поведенческим сопровождением болезни, опасениями или убеждениями в ее отсутствии. Диагноз соматоформного или связанного с ним расстройства следует рассматривать, когда существует временная связь между психосоциальным стрессором и соматическими симптомами (то есть когда стрессоры тесно связаны во времени или предшествуют появлению физических симптомов), а также когда характер и степень тяжести симптомов и связанных с ними нарушений не соответствуют патофизиологии. Характер соматических

симптомов является важным руководством для постановки диагноза и принятия решения о проведении медицинского обследования. При рецидивирующих болях в животе и отсутствии органических показателей некоторые авторы рекомендуют скрининг на целиакию в качестве единственного исследования, заслуживающего внимания (Wright et al., 2013). Соматоформные и конверсионные расстройства иногда развиваются в контексте органической медицинской проблемы. У ребенка с воспалительным заболеванием кишечника могут проявляться симптомы, дистресс и нарушение, не соответствующие или значительно превышающие аналогичные проявления у других детей и подростков с сопоставимыми уровнями заболевания (Garralda, 1992).

Соматоформные расстройства следует отличать от симуляции или преднамеренной демонстрации ребенком ложных либо сильно преувеличенных симптомов для получения определенных привилегий. Болезнь в детстве может иметь явно желательные последствия — в том числе повышенное внимание и заботу родителей, законный уход от трудных ситуаций. Поэтому вероятная «преднамеренность» при соматоформных расстройствах подлежит внимательной оценке. Тем не менее фокусироваться на «преднамеренности» нецелесообразно, если только она не грубая и не преследует явно демонстративные цели. Соматические симптомы обычно описываются как часть тревожных и депрессивных расстройств, но, в отличие от соматоформных расстройств, не являются преимущественным объектом тревоги. Однако психические расстройства — обычно тревожные и депрессивные — являются частой сопутствующей патологией. В ходе исследования детей с рецидивирующими болями в животе, посещающими детские поликлиники, выяснилось, что три четверти имели коморбидное тревожное расстройство (Campo et al., 2004). Коморбидная психопатология регистрируется у 25–50 % детей, получающих лечение от соматических болезней в США (Pehlivanurk & Unal, 2000; Ani et al., 2013).

Эпидемиология

В общей человеческой популяции показатели распространенности полного спектра психосоматических расстройств и связанных с ними нарушений затрагивают 4–10 % детей. Более высокие показатели — среди детей старшего возраста и подростков. В целом симптомы чаще встречаются у девочек. Жалобы приводят к медицинской консультации примерно в трети случаев, вероятно, в зависимости от тяжести симптомов и неблагоприятных последствий (Huang et al., 2000; Perquin et al., 2000; Rask et

al., 2013). Функциональная или рецидивирующая боль в животе — самый изученный единичный соматический симптом. Он затрагивает 7–25 % детей школьного возраста и составляет более 50 % консультаций по детской гастроэнтерологии (2–4 % всех общих посещений педиатрических отделений), часто связанных с высокими медицинскими расходами (Dhroove et al., 2010). Уровни распространенности диссоциативных/конверсионных расстройств изучали педиатры и детские психиатры в Австралии и Соединенном Королевстве. В результате получены низкие ежегодные показатели заболеваемости: 1,30 и от 2,3 до 4,2 на 100 000 человек соответственно (Ani et al. 2013; Kozłowska et al., 2007).

Конверсионное расстройство редко идентифицируется у детей младше 7 лет, заболеваемость увеличивается с возрастом и преобладает у девочек.

Соматизация как защитный механизм

Многие авторы концептуализировали соматизацию как защитный механизм, реализуемый человеком для разрешения непереносимого конфликта. Желание отгородиться от внешнего мира и концентрация на мире внутреннем играют важную роль применительно к соматизации в роли защиты. Таким образом, соматизированные пациенты отворачиваются от внешней реальности, которая кажется невыносимой, и вместо этого сосредотачиваются на телесных процессах и явлениях (Witthöft and Hiller, 2010). Это позволяет пациенту в краткосрочной перспективе легче справляться с эмоционально обременительными ситуациями и конфликтами. Но в конечном итоге эти конфликты остаются неразрешенными. В то же время пациент приобретает повышенную чувствительность к соматическим проявлениям и в результате отступает от решения важных конфликтов, фокусируясь на соматических нарушениях, что приводит к дальнейшим проблемам, например более активным посещениям врачей. Психодинамически соматизация классифицирована как довольно незрелый защитный механизм (Bond et al., 1983). Американский психоаналитик Джордж Вайян (1977) определил ипохондрию как защитный механизм. Ведь ипохондрия может поддержать веру в разочаровывающий родительский объект. Вместо того чтобы злиться на фрустрирующий родительский объект, который может привести к непереносимой тревоге, пациент направляет агрессию на себя и тревожится по поводу своих соматических жалоб. Нередко в ходе лечения и терапевт становится мишенью для гнева пациента, поскольку тоже испытывает разочарование и не способен помочь пациенту.

Нейробиологическая основа соматизации и восприятие боли

Боль — сложное субъективное переживание. Ее восприятию предшествует ожидаемое или реальное повреждение ткани. Нервные волокна (ноцицепторы) обнаруживают это повреждение и реагируют путем увеличения их нейронной активности (ноцицептивная боль). Ноцицепторы реагируют на ряд угроз, таких как высокая температура, механическая стимуляция или химическое воздействие. Нейроны этих ноцицепторов расположены в спинномозговых ганглиях. Нейронная активация передается через дорсальный корень в дорсальный рог спинного мозга. Здесь активность переносится с первичных нейронов на последующие. Аксоны вторых нейронов ведут по спиноталамическому тракту к таламусу. Внутри таламуса активизация захватывает следующие нейроны. Их аксоны транслируют нейронную активизацию к постцентральной извилине, передней поясной извилине и островковой коре (Craig, 2003). Соматосенсорная кора, которая необходима для обработки внешнего восприятия, расположена внутри постцентральной извилины. Передняя поясная извилина коры играет важную роль в обработке аффективных и мотивационных компонентов боли (таких, как инициирование реакции гнева после восприятия боли). Островковая кора играет решающую роль в обработке интероцептивных представлений о внутреннем состоянии тела. Она обрабатывает не только боль, но и другие параметры, такие как температура. Передача нейронной активности от первого нейрона ко второму может быть ингибирована посредством нисходящих путей, которые происходят из ретикулярной формации ствола головного мозга (Trepel, 2012). Этот механизм может объяснить, почему, например, настроение и аффект оказывают сильное влияние на обработку боли. Кроме того, обезболивающее действие некоторых антидепрессантов можно объяснить действием данного механизма.

Обработка эмоциональной боли. Кроме простого соматического восприятия боли, важную роль в ее обработке играют эмоциональные компоненты. Как правило, боль является неприятным субъективным переживанием, вызывающим эмоцию гнева или беспокойство (в зависимости от степени боли и угрозы, испытываемой в конкретной ситуации). По мнению Крэйга (2003), боль — это гомеостатическая эмоция, подобная другим гомеостатическим эмоциям, таким как температура, жажда или голод. Система боли направлена на восстановление внутреннего равновесия и побуждает организм избавиться от болезненного раздражителя. Исследования нейровизуализации показали, что восприятие боли приводит к активности внутри соматосенсорной коры, передней поясной извилины, островковой коры, таламуса, премоторной коры и червя мозжечка (Casey, 1999; Coghill et al.

1999; Svensson et al., 1997). Роль соматосенсорной коры видна в локализации боли и оценке ее интенсивности (Bushnell et al., 1999). Передняя поясная извилина коры необходима для аффективной оценки причиняющего боль события как угрозы. Она направляет внимание и контролирует вегетативные процессы (Martin, 2003; Rainville, 2002). Островковая кора тоже участвует в соматосенсорной обработке болевых раздражителей. Она играет важную роль в аффективной оценке ингибирующих боль событий и контроле вегетативных процессов. Деятельность премоторной коры и мозжечка связана с процессами моторной активизации.

Боль и социальная изоляция. Мы можем наблюдать тесную связь физической боли с болью «социальной», вызванной отделением от объекта привязанности. Оба типа боли имеют общую или реальную угрозу: в то время как при физической боли существует опасность физического повреждения, при боли социального характера существует опасность быть отделенным от группы близких людей. Поскольку люди живут в социальных группах, а выживание одного человека, исключенного из группы, подвергается значительной опасности, с точки зрения эволюционной целесообразности эти две ситуации одинаково опасны и репрезентируются схожими проявлениями нейронной активности в схожих нейронных сетях. Макдональд и Лири (2005) утверждают: с эволюционной точки зрения имеет смысл то, что социальные виды обладают нейробиологической системой, наказывающей тех членов, которые не предотвращают социальную изоляцию или не пытаются реагировать на надвигающуюся социальную изоляцию так быстро и хорошо, как могут. Соответственно, социальная изоляция приводит к нейронной активности в тех же областях мозга, что и вовлеченные в эмоциональную обработку физической боли.

Нейробиологические корреляты измененной эмоциональной обработки в соматизации

Психодинамические модели предполагают, что вытеснение или подавление эмоций играет важную роль в развитии соматизации. В исследовании функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) могут быть определены нейробиологические корреляты данного психологического процесса. Соматизированных пациентов просили поделиться эмоциональными состояниями лиц, показывающих разные эмоциональные выражения. При этом у соматизированных пациентов наблюдалась сниженная нервная активность в двусторонней парагиппокампальной извилине (и других регионах) по сравнению со здоровыми контрольными субъектами (de Greck et al. 2012). Известно, что парагиппокампальная извилина участвует в процессах

автобиографической памяти (Gardini et al., 2006). Она показывает повышенную активность при обработке противоречивого автобиографического содержания (Loughead et al., 2010). Таким образом, снижение активности парагиппокампальной извилины интерпретировалось как возможный нейробиологический коррелят подавленных эмоциональных воспоминаний. Это согласуется с исследованием Шминга и др. (Schmeing, 2013), который обнаружил снижение нервной активности парагиппокампальной извилины у здоровых людей, когда их попросили свободно общаться на противоречивые темы. Интересно, что пациенты, участвовавшие в группе психодинамической психотерапии (которая включала подходы, ориентированные на улучшение понимания бессознательных психодинамических конфликтов), показали нормализацию активности парагиппокампальной извилины, когда пытались дифференцировать эмоциональные состояния вовлеченных лиц (de Greck et al., 2013).

Соматизация подразумевает уменьшение внимания, направленного на внешний мир, и концентрацию внимания на процессах внутреннего телесного мира. Этот сдвиг внимания экспериментально подтвержден с помощью фМРТ у пациентов с соматизацией (Greck et al., 2011). Постцентральная извилина и вентрально-задний таламус (как и другие области) показали сниженную активность у соматизированных пациентов, так как постцентральная извилина и вентрально-задняя часть таламуса играют важную роль в обработке внешних раздражителей.

Психотерапия

Большинство детей с рецидивирующими соматическими жалобами становятся известны местным врачам общей практики или семейным врачам, могут быть направлены в местную педиатрическую клинику. Для многих из них выполненная оценка состояния будет достаточной для выяснения характера проблемы и ее медицинского решения. Психиатрическое же заключение важно для дифференциальной диагностики, чтобы подтвердить или исключить наличие соматоформного либо сопутствующего расстройства и сопутствующих психических расстройств, поддающихся психиатрическому вмешательству. Кроме того, это должно помочь в выявлении биопсихосоциальных факторов, которые могут играть роль в поддержании симптомов и в реализации программы последующей психосоциальной реабилитации.

Оценка психического здоровья требует определенных навыков в области медицинской/психиатрической дифференциальной диагностики, взаимодействия с педиатрическими службами, определения особенностей участия семьи в терапевтическом процессе.

Терапия должна следовать пошаговому режиму лечения в соответствии с типом специализации, требуемой для каждого пациента. Большинство детей с психосоматическими жалобами обращаются к врачам первичной медико-санитарной помощи и педиатрам. Часто их состояние улучшается благодаря медицинскому обследованию, объяснениям и советам, основанным на принципах психологического самообразования. Более конкретные рекомендации могут включать:

1. Управление болью с использованием — в зависимости от обстоятельств — методик релаксации (особенно при головных болях) и отвлечения внимания. Это должно сочетаться со снижением избегающего поведения и бездеятельности, постепенным возвращением в школу (если возможно).

2. Устранение травмирующих факторов, таких как стрессы в школе или общение со сверстниками, нормализация отношения родителей к симптомам.

3. Коморбидные депрессивные расстройства требуют дополнительного, скоординированного с основным заболеванием лечения.

4. Специализированная психиатрическая помощь. Чтобы принять участие в психиатрическом лечении, детям и родителям нужно осознать, что соматические симптомы и их предубеждения противодействуют клиницистам, что интересы не отвергаются как «все в уме» или «все в семье» и что реабилитационный подход будет совместным и осуществляться такими темпами, которыми ребенок и семья могут управлять, для них это окажется приемлемо.

5. В координации с семьей могут применяться рандомизированные контролируемые методы лечения (РКИ) с использованием релаксации для ограниченного количества проблем, таких как головные боли и когнитивно-поведенческая терапия на уровне семьи (КПТ). Дополнительные методы лечения вроде гипнотерапии тоже эффективны. Специфические когнитивно-поведенческие методы включают в себя самоконтроль основных симптомов с помощью дневников, обучение детей наблюдению за колебаниями симптомов с изменениями интенсивности и тяжести; ограничение внимания, уделяемого симптому другими, расслабление; поощрение участия в повседневной активности путем постепенного воздействия на ребенка и его социальную среду, с подтверждением, что ребенок не симулирует симптом.

6. Психофармакологические вмешательства могут оказаться полезными при лечении рецидивирующих болей, необъяснимых с медицинской точки зрения, желудочно-кишечного расстройства и хронической усталости у детей и подростков. Было показано, что антидепрессанты и анксиолитики уменьшают соматические симптомы при интернализации психических

расстройств у взрослых (Simon et al., 1998), а также позволяют справляться с ипохондрическими убеждениями и установками. Основная задача психофармакологической терапии в данном случае — поддержать пациента и его семью эмоционально, обеспечить их готовность к дальнейшему психотерапевтическому лечению и реабилитации.

Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте нейробиологический коррелят процесса соматизации.
2. Охарактеризуйте ювенильную фибромиалгию и соматоформные болевые расстройства.
3. Как функционируют нейробиологические корреляты измененной эмоциональной обработки при соматизации?
4. Охарактеризуйте соматизацию как психологический защитный механизм.
5. Какие психофармакологические вмешательства могут применяться при лечении рецидивирующих болей, необъяснимых с медицинской точки зрения, ЖКТ и хронической усталости у детей и подростков?

Рекомендуемая литература

1. Лекции по психосоматике / Под ред. академика РАН А. Б. Смулевича. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. — 352 с.
2. Morschitzky H. Somatoforme Störungen. Wien: Springer; 2007.
3. Stora J. B. (2007). When the Body Displaces the Mind (Trans. S. Leighton). London: Karnac.

Глава 17. Расстройства пищевого поведения

Н. В. Александрова, А. Э. Тарабанов

В истории психиатрии, насчитывающей более 300 лет, можно выделить последовательную смену соматического и собственно психиатрического приоритета в этиопатогенезе пищевых расстройств, в том числе для нервной анорексии. Сегодня при лечении расстройств пищевого поведения у детей особое значение придается дифференциальному диагнозу.

Современный специалист сталкивается с целым спектром расстройств пищевого поведения (приводим русский перевод сложившейся мировой терминологии), включая нервную анорексию, нервную булимию, расстройство переедания, избегающее/ограничительное расстройство приема пищи, пикацизм и расстройство руминации.

Пикацизм. Характеризуется употреблением в пищу веществ, не имеющих пищевой ценности, которые могут быть непищевыми продуктами или сырыми пищевыми ингредиентами, употребляемыми в больших количествах. Диагноз пикацизма ставится, когда такое пищевое поведение является постоянным или доставляет серьезный дискомфорт, оправдывающий клиническое вмешательство. Пикацизм обычно не диагностируется там, где прием несъедобных предметов является частью традиционной культурной практики, например употребление в пищу почвы во многих африканских общинах (Geissler et al., 1997), или когда возраст ребенка составляет меньше двух лет, так как ротовая полость в этом периоде связана не только с питанием. Пикацизм может привести к серьезным медицинским последствиям, включая отравление и обструкцию или перфорацию в желудочно-кишечном тракте. В некоторых случаях он проявляется как потеря аппетита, снижение потребления пищи и потеря веса, в крайних случаях может привести к летальному исходу.

В DSM-5 пикацизм — диагноз, применимый как к детям, так и ко взрослым. В МКБ-10 он классифицируется как расстройство младенческого и детского периода, но рассматривается и как расстройство, встречающееся в пожилом возрасте.

Расстройство руминации. Характеризуется повторяющейся регургитацией пищи, которая была проглочена. Регургитат затем повторно разогревается (срыгивание) и снова проглатывается или выплевывается. Возвращение пищи происходит без чрезмерных усилий и не связано с тошнотой. Регургитацию следует дифференцировать от рвоты и гастроэзофагеального рефлюкса. Такое поведение должно быть частым, устойчивым в течение определенного времени и не должно в первую очередь объясняться соматическим состоянием. Повторная регургитация способна привести к значительным медицинскими проблемами, включая недоедание, низкий вес, стоматологическую патологию, неприятный запах изо рта и эзофагит. В крайних случаях расстройство регургитации может привести к летальному исходу. Данное расстройство встречается у и взрослых, и у детей (как с нарушениями интеллекта, так и у нормально развивающихся). Сами руминации часто выполняют успокаивающую функцию, снижая тревожность и так или иначе участвуют в регуляции эмоций. Часто это расстройство имеет скрытую причину, которая может быть связана со значительными нарушениями в развитии и социальной адаптации, например с уменьшением потребления и потерей веса.

В DSM-5 расстройство руминации — диагноз с критериями, применимыми к младенцам, детям и взрослым. В МКБ-10 оно включено как вариант расстройства питания у младенцев и детей, но не идентифицируется в качестве специфического расстройства у пожилых людей. Тем не менее предложения по МКБ-11 включают в себя установление новой диагностической категории — расстройство руминации с критериями, применимыми как для детей, так и для взрослых (Uher & Rutter, 2012), и предполагают отдельные критерии данного синдрома у младенцев, подростков и взрослых.

Избегающее/ограничительное расстройство приема пищи (в англоязычной литературе используется аббревиатура ARFID). Специфическое ограничение потребления пищи, которое может характеризоваться специфической диетой, общим количеством съеденных продуктов или иметь оба этих субъективных ограничения. То есть это стойкая неспособность удовлетворить потребности человека в питании и поддержании должной ежедневной активности. Нарушение питания или приема пищи может быть связано с отсутствием интереса к еде, избеганием на основе сенсорных характеристик пищи (например, текстуры и внешнего вида) или страхом перед последствиями ее приема (например, удушье и рвота); иногда — комбинация одного или нескольких из названных проявлений. Пациенты с ARFID могут иметь как недостаточный вес, так и нормальный, реже — избыточный. У молодых пациентов значительный дефицит питания препятствует нормальному соматическому развитию, в экстремальных случаях может увеличить риск смертности. Критерии ARFID учитывают тот факт, что клинические

проявления постоянного отказа от пищи могут быть частично компенсированы употреблением особых вкусовых и пищевых добавок. Критерии также предполагают ухудшение психосоциального функционирования как непосредственно связанное с избеганием или ограничением потребления пищи. Обеспокоенность по поводу увеличения веса и непривлекательности фигуры должны быть исключены, поскольку это означает, что анорексия в данном случае может стать более подходящим диагнозом.

В DSM-5 расстройство ARFID — новый диагноз (Американская психиатрическая ассоциация, 2013) с критериями, применимыми к младенцам, детям и взрослым, а в МКБ-11 его только планируется включить (Uher & Rutter, 2012). Этот диагноз более эффективно интегрирует спектр расстройств питания в младенчестве или раннем детстве (DSM-IV; Американская психиатрическая ассоциация, 1994). В частности, хорошо описаны нарушения у детей старшего возраста, такие как эмоциональное расстройство, связанное с избеганием пищи; избирательное питание, фобии пищи и функциональная дисфагия (Nicholls & Bryant-Waugh, 2009). Таким образом, ARFID как новая диагностическая категория интегрировала пищевые нарушения, четко отделяемые от нарушений, связанных с измененным образом тела (*anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*). Поскольку диагноз новый, эпидемиологические данные ограничены, но клинический опыт показывает, что ARFID имеет сравнительно равномерное гендерное распределение.

Расстройство «приступообразного переедания» (BED). Характеризуется повторяющимися эпизодами употребления большого количества пищи, сопровождающимися ощущением потери контроля, подобного при булимии, но с отсутствием соответствующего компенсаторного поведения. Переедание связано с выраженным дистрессом и рядом специфических особенностей, таких как продолжение приема пищи после наступления сытости или питание при отсутствии чувства голода, быстрая еда; отказ от совместного питания, сопровождаемый чувством отвращения или вины. Люди с BED, как правило, имеют избыточный вес или ожирение, что связано с повышенным риском для здоровья. BED не имеет точного диагноза в категориях МКБ-10, но включен в DSM-5 на основе анализа валидности и клинической применимости (Wonderlich et al., 2009), а кроме того, является новой категорией, предложенной для МКБ-11 (Uher & Rutter, 2012).

Другие расстройства и нарушения питания. Помимо вышеназванных нарушений, выделяют два других, которые были достаточно подробно описаны и исследованы. Это **«расстройство чистки»** и **синдром ночной еды**. Расстройства, связанные с чисткой кишечника, характеризуются тем, что пациенты с нормальным весом регулярно используют ненадлежащее «компенсаторное» поведение по очищению кишечника после употребления

нормального или небольшого количества пищи. Средний возраст начала заболевания — около 20 лет, хотя отдельные случаи отмечались у более старших подростков (Keel & Striegel, 2009).

Синдром ночной еды менее четко определен, но большинство описаний включают в себя три главные особенности (Striegel Moore et al., 2009):

- 1) потребление значительного количества пищи вечером или ночью;
- 2) нарушения сна, связанные с потреблением пищи при пробуждении ночью;
- 3) отсутствие аппетита по утрам.

Как и в случае расстройства, связанного с «чисткой кишечника», большинство исследований свидетельствуют о более частых случаях этих расстройств у взрослых, чем в детской или подростковой клинике.

Стили пищевого поведения в семье и их влияние на формирование расстройств питания у детей и подростков

Пищевое поведение людей формируется под влиянием разнообразных факторов, среди которых имеют место факторы общечеловеческого значения (климат, ареал обитания, традиции, национальные особенности) и индивидуальные (психологические, складывающиеся в конкретной семье).

В пищевом поведении, как в зеркале, отражаются тесно переплетенные все вышеобозначенные и многие другие факторы, создавая разные формы.

Под адекватным (гармоничным) стилем пищевого поведения подразумевается стиль, при котором происходит удовлетворение возрастных индивидуальных физических потребностей человеческого организма. Питанию не придается несвойственная ему функция (например, поощрения, наказания, социальной престижности и т. д.). В то же время приходится иметь дело с так называемыми клиническими формами нарушения пищевого поведения (анорексия, булимия и др.) и субклиническими (переедание, патологический голод, частые перекусывания, синдром «ночной еды», самоограничения в питании; стратегии, компенсирующие переедание; ограничение в употреблении или полный отказ от каких-либо продуктов).

Варианты нарушения пищевого поведения в семьях, способствующие формированию расстройств питания у детей и подростков, таковы:

1. Ограничительный стиль пищевого поведения.

Такой стиль может быть присущ семье в целом, прежде всего родителям (матерям), и навязываем детям либо самостоятельно обретаем ребенком/

подростком. Он заключается в преднамеренном ограничении в питании с целью достичь желаемого веса.

Основными характеристиками семей, где родители так или иначе вводят ограничения для себя и детей, имеют социально направленную мотивацию на престиж и достижения, увязываемые ими, в первую очередь, с физическим «Я» субъекта. Неслучайно велик процент девушек с признаками нервной анорексии в модельном бизнесе, балете/танцах, масс-медиа и т. п. — сферах, где внешность в ряде случаев играет первостепенную роль для достижения известности. В таких семьях родители (чаще матери) связывают успешность/неуспешность с внешними (в том числе весовыми) характеристиками дочерей, реже — сыновей. Поэтому с раннего возраста вводимые ограничения в питании (своем и/или дочернем) декларируются как значимые для социальных достижений.

Есть другой вариант, когда данный стиль питания родители декларируют ребенку как здоровый. В ряде случаев это может быть связано с реальными для ребенка опасностями употребления того или иного продукта, например, в связи с наличием аллергии. Однако в настоящее время есть семьи, в которых детям с раннего возраста и без наличия особых медицинских показаний предписываются те или иные ограничения, вплоть до раннего вегетарианства или даже веганства. В таких семьях значимость социальных достижений коррелирует с высоким уровнем семейной тревоги и перфекционизмом, в дальнейшем ассоциируемым у ребенка с завышенными требованиями к себе, постоянным ощущением несоответствия и стремлением во что бы то ни стало достичь совершенства. Кроме того, у таких детей выражен контроль желаний, подозрительность, что вместе с остальными характеристиками предрасполагает к формированию расстройств личности по параноидному типу. Такие люди/дети испытывают постоянное чувство неудовлетворенности собой и своими достижениями, предъявляют высокие требования к окружающим.

2. Эмоциональный стиль пищевого поведения.

Данный стиль пищевого поведения в семье характеризуется тем, что культивируется употребление еды в ответ на отрицательные эмоции. При этом членам семьи (родителям в первую очередь, далее — ребенку/подростку) свойствен «социальный перфекционизм» (необходимость соответствовать социальным требованиям), гипотимия (снижение настроения) в сочетании с импульсивностью, даже мечтательностью. Высокий уровень семейной тревоги, семейной вины (а значит, низкая самооценка).

У детей и подростков в таких семьях формируется желание поесть в ответ на негативную эмоцию. Высокий уровень вины, неуверенность,

ведомость, желание соответствовать стандартам значимых людей и одновременно импульсивность приводят к тому, что они откладывают начало работы из желания сделать ее безупречно, «лишь бы одобрили» значимые люди (родители, учителя, начальники), но неуверенность (низкая самооценка) и ведомость препятствуют — тревога и вина повышаются — идет «заедание» — снова тревога и чувство вины — «не все зависит от моих усилий». Так формируется «порочный круг» как база для ожирения.

Этот стиль питания чаще преобладает у женщин, девочек, особенно в тех семьях, где в нескольких поколениях сложился вышеописанный «культ еды» как способность успокаивать себя. В таких семьях отказ от предлагаемой «любимой бабушкой» лишней порции расценивается как «неуважение, нелюбовь», демонстрируется обида «заботящегося, любящего старшего», усиливая чувство вины у «младшего» и толкая его на формирование вышеобозначенного «порочного круга».

3. Стиль питания — экстремальный.

Данный стиль характеризуется тем, что желание поесть стимулируется не реальным чувством голода, а внешними стимулами (образом, запахом, видом жующих людей и т. д.). Как правило, такие люди имеют слабую волю и низкий уровень самоконтроля, особенно над своими «хочу», а также импульсивны. Среди таких детей/подростков легко обнаружить так называемых резидуально-органических.

Необходимо отметить, что во многих семьях, особенно третьего типа, еда часто имеет не присущие ей функции поощрения и наказания. Естественно, постоянное использование разных видов еды в воспитательных целях не повышает самооценку, а усиливает переживания чувства вины, тревоги, отсылая к формированию порочного круга.

Стили питания в семье могут способствовать формированию и закреплению следующие психологические характеристики:

- 1) алекситимия;
- 2) высокая тревожность;
- 3) низкая самооценка;
- 4) варианты перфекционизма;
- 5) чувство вины;
- 6) эмоциональная депривация, выражающаяся в дистимии.

Сочетания описанных выше характеристик при разных стилях семейного пищевого поведения могут приводить к расстройствам питания у детей и подростков.

Нейропсиходинамический подход к расстройствам пищевого поведения

Этот подход объединяет психодинамические модели расстройств пищевого поведения с соматическими проявлениями. В частности, на нейронном уровне дисбаланс между репрезентацией селф (самости) и сенсорной репрезентацией собственного образа тела приводит к образованию психологической защитной конструкции, связанной с процессом пищеварения. Происходит дефизикализация и десоматизация селф. Нейропсиходинамическая концепция (Нортхофф, 2018) состоит из следующих последовательных этапов.

1. В семье обнаруживается склонность к психическим заболеваниям: «патологизирующее семейное наследование» (Э. Г. Эйдемиллер, 2019).
2. В пубертатный период у пациентов возникают конфликты личностной автономии. В результате происходит патологическое изменение селф, сопровождаемое дисбалансом между нейронной репрезентацией селф и сенсомоторной обработкой образа тела.
3. Данный психический и нейронный дисбаланс приводит к самоизоляции своего тела, сопровождающейся характерным чрезмерно контролирующим поведением и серьезными проблемами с питанием.
4. В редких случаях наблюдается переход к шизофрении (патокинез) и потеря пространственно-временной структуры личности.

В общем, нейропсиходинамический подход продолжает психодинамическое понимание расстройств пищевого поведения на нейробиологическом уровне.

Основные концептуальные положения психодинамического подхода к пищевым расстройствам:

1. Отчаянная попытка пациентки/пациента быть особенным, уникальным.
2. Протест против ложного селф, спродуцированного родительскими ожиданиями.
3. Утверждение зарождающегося истинного селф (самости).
4. Атака на враждебный материнский интроект, рассматриваемый как эквивалент собственного тела.
5. Защита от собственной «жадности» и желания «поглощать».
6. Попытка заставить других, а не пациента чувствовать себя «жадными» и беспомощными,
7. Попытка предотвратить попадание неметаболизированных (неусвоенных) проекций от родителей к пациенту.
8. Усиливающийся крик о помощи, обращенный к родителям, чтобы они прекратили «поглощать» своими селф селф ребенка и ощутили его страдания.

9. В некоторых случаях диссоциативная защита для регулирования интенсивности аффекта искажает когнитивные особенности, связанные с восприятием собственного тела, и добавляет соответствующие обсессивно-компульсивные мысли и ритуалы (Габбард, 2014).

Нервная анорексия. Исторический экскурс

Нервная анорексия имеет наиболее высокий уровень смертности среди всех психических расстройств (Аркелус и др., 2011) и даже выше, чем у нервной булимии. Первое описание данного расстройства можно найти у Simone Portio в 1551 году (Эггерс, 1980). Однако в Англии Мортон (1689) под названием «нервный туберкулез» объединил группу соматических симптомов: кахексия, анорексия, аменорея и запор. Галл (1874) предложил термин «нервная анорексия». Он же дал подробное клиническое описание и расценил упорный отказ от пищи как психологически обусловленный. Во Франции Ласег (1873) и Аксенфельд, позднее — Ушар (1883) предложили название «истерическая анорексия», затем — «психическая анорексия». В немецкоязычном мире Зигмунд Фрейд (1904–1905) пользовался термином «истерическая анорексия», с осторожностью говоря о возможности психоаналитической терапии пациентов с таким диагнозом. Шарко (1886), который первоначально видел в анорексии форму истерии, изменил свое мнение после нескольких смертей пациентов с диагнозом «нервная анорексия». Симмондс (1916) выдвинул органическую гипотезу анорексии, в качестве ее причины предлагавшую кахексию гипофиза из-за разрушения передней доли гипофиза.

Вследствие внешнего сходства клинической картины первое время эта причина нервной анорексии сомнений не вызывала. Гормональные нарушения также рассматривал Зутт (1948) — в качестве этиопатогенетической версии. А Фэй и Хаузеру (1970) удалось с помощью точных исследований гормонального функционирования отклонить гипотезу о частичной недостаточности гипофиза. В настоящее время ряд авторов (Amianto, 2016) понимают нервную анорексию и булимию как расстройства личностного функционирования. Они указывают на исследования пациентов с нервной анорексией, которые выявили функциональные и структурные изменения в широкой сети областей головного мозга, включая прекунеус, поясную извилину, инсулу, таламус, гипоталамус, хвостатое ядро (Amianto et al., 2013; Cowdrey et al., 2014) и комплекс «гиппокамп — миндалина» (Уитман и др., 2010). Эти результаты не вызваны влиянием голода и недоедания

на мозг, потому что они встречаются на ранней стадии нервной анорексии и могут быть также объяснены изменениями в цепях мозга, которые связаны с функциями детско-родительской привязанности и последующего развития личности (Riem et al., 2012).

Психодинамические гипотезы булимии

Диагноз «булимия» был дифференцирован от диагноза «нервная анорексия» (Russel, 1979). В данном случае пациенты переедают и используют неуместные компенсаторные методы, чтобы предотвратить увеличение веса. В отношении психопатологии здесь имеет место депрессивное настроение и повышенная сексуальная активность. С точки зрения психодинамики наблюдается слабость Эго и трудности сепарации с родителями. Многие психодинамические аспекты, упоминаемые в литературе о булимии, совпадают с аспектами нервной анорексии. Крюгер (2010) указывает на то, что у женщин, страдающих булимией, заболевание часто упускается из виду в течение многих лет, поскольку скрывается от близких и родственников при сохранении почти нормального веса. В качестве психодинамической основы булимии Райх (2010) описывает расстройство идентичности, которое «воплощается соматически» и при котором больные булимией воспринимают свое тело или его отдельные части как дефектные. Они испытывают стыд, близкий к нарциссическим переживаниям, и сталкиваются с тревогой, контролируемой и регулируемой булимическими симптомами.

Психодинамические гипотезы нервной анорексии

Важным моментом современного психодинамического подхода является рассмотрение симптомов расстройств пищевого поведения как особых психологических конструкций, способных удержать пациента от психотической самофрагментации (Becker, 2018). Ранее Тома (1961) сформулировал психодинамическую концепцию, в которой страх перед собственными физическими побуждениями, включая сексуальные, вызывает психологический регресс и изменения пищевого поведения. Брух (1973, 1978) тоже утверждает, что развитие нервной анорексии сочетается с нарушением отношений между матерью и ребенком, в частности его автономного развития. По Минухину и др. (Minuchin et al., 1978), это приводит к неспособности ребенка отделить себя от матери и создать персональный образ собственного тела. Шарфеттер (1980) формулирует гипотезу о том, что нервная анорексия — отказ от роли девушки как сексуально зрелой женщины; взрослая

женщина является негативной моделью, которой следует избегать. В рамках этого стремления осуществляется регрессивное поведение с болезненной защитой от доминирующих оральных импульсов и незрелой сексуальности, которые девушка воспринимает как угрозу. Ставрос Менцос (Mentzos, 2011) описывает тело анорексичного пациента в структуре объектных отношений в рамках процессов экстернализации и интернализации. Кроме того, он говорит об определенном сходстве расстройств пищевого поведения с аддикциями в смысле патологического компромиссного решения — как способа адаптации к конфликтам и травмам.

Факторы, предрасполагающие к формированию расстройств пищевого поведения:

1. Наследственность: особенности нейроэндокринного функционирования обмена веществ, передаваемые из поколения в поколение; личностные характеристики, объединяющие прародителей, родителей и детей и т. д.
2. Резидуально-органические (перинатальные) повреждения ЦНС, которые могут играть роль в формировании личностных и физических качеств, значимых при формировании расстройств пищевого поведения.
3. Семейный контекст: наличие супружеского конфликта, результатом которого является искажающее формирование личности, воспитание по типу «критикующей гиперопеки» («хорошо, но могло быть и лучше...»); проекции на ребенка/подростка собственных нереализованных желаний, невзирая на его истинные способности; безразличие или критика матерями либо отцами физического облика дочерей/сыновей.
4. Стиль пищевого поведения в семье, отражающий особенности семейного контекста.
5. Личностные особенности ребенка/подростка, которые представляют собой преневротические радикалы или акцентуации личности.
6. Социальный контекст: социальный перфекционизм, связывающий социальные достижения с определенным внешним имиджем, пропагандируемым СМИ и в подростковой среде. Стимулируется в ряде групп тренерами, педагогами и находит отражение в повышенном процентном соотношении, по среднестатистическим данным, количества пациентов с нервной анорексией среди подростков, занимающихся балетом, танцами и т. п. (15 % против 5% в общеподростковой популяции).
7. Особенности подросткового возраста в норме и патологии.

Нервная анорексия (НА) — синдром, представляющий собой симптомокомплекс аффективно-идеаторных расстройств, приводящих к нарушению пищевого поведения с направленностью на уменьшение веса.

Именно аффективно-идеаторные нарушения, их глубина и содержание определяют нозологическую принадлежность синдрома НА.

При невротическом уровне заболевания идея (*снижения веса*) носит навязчивый характер. Ребенку/подростку свойственны личностные черты преневротического характера, формирующиеся в условиях длительно существующего семейного (супружеского) конфликта, наличие которого и приводит к «искажающему» типу воспитания («критикующая гиперопека»), как со стороны матери, так и со стороны отца или отчима в самый важный период созревания личности ребенка/подростка, когда принятие родителем противоположного пола является главенствующим для формирования собственной полоролевой идентичности. В результате у ребенка/подростка присутствует длительная дистимия, недовольство собой и своим физическим «Я», неуверенность, тревожность.

Перфекционизм (семейный, социальный)

«Разрешающим» фактором для формирования синдрома НА может стать неудача в отношениях со сверстниками (особенно противоположного пола), отрицательная оценка ими или значимыми взрослыми (родители, педагоги) физического «Я» ребенка/подростка. Настроение становится стойко сниженным, формируется навязчивая идея похудеть, за которой скрывается бессознательное «я хочу, чтобы меня любили», прежде всего в семье.

При формирующемся расстройстве личности у ребенка/подростка, кроме семейных факторов, например переоценки значимости физических качеств для социальных достижений, важную роль играют собственные формирующиеся качества, такие как высокий уровень социальных притязаний без достаточного учета собственных возможностей, ригидность когнитивных стилей («все или ничего»), катастрофизация неудач, узкий коридор реагирования на всех уровнях, чувство вины за свою «социальную несостоятельность». Все это, вместе взятое, предрасполагает к формированию сверхценных моноидей. Неудача в учебе, во внеклассном занятии приводит к снижению настроения, формированию сверхценной идеи «я хочу стать более совершенным».

Следующий уровень нозологической принадлежности синдрома — бредовый. У подростка развивается развернутый дисморфоманический синдром с бредовой идеей «я уродлив, поэтому ко мне плохо относятся» (то есть плюс идеи отношений), формируются определенные симптомы «ограничительного» поведения (сидение дома, симптом «капюшона» и т. д.), вплоть до появления суицидных мыслей. Значимую роль в формировании такого синдрома, кроме наследственных факторов, играют такие преморбидные черты, как замкнутость, необщительность, ригидность всех уровней реагирования.

Вне зависимости от нозологической природы синдрома, основное симптоматическое развитие происходит следующим образом:

- а) длительный период дистимии, в ряде случаев достигающий до двух лет;
- б) появление идеи о необходимости похудеть;
- в) изменение пищевого поведения, направленное на снижение веса (уменьшение объема и качества пищи, повышение двигательных нагрузок, вызывание рвоты после «переедания» и т. п.).

Критерии для установления диагноза НА:

1. Устойчивое снижение веса (15 % и более от необходимого) или снижение индекса массы тела (17,5 и более).
2. Искажение образа тела, которое воспринимается как более толстое, нежели в реальности, что подкрепляет основную идею.
3. Наличие идеи о необходимости похудеть (навязчивой, сверхценной, бредовой), которая приводит к изменению пищевого поведения.
4. Соматоэндокринные нарушения, приводящие к дисфории/кахексии.
5. Олигоменорея, отставание/замедление полового метаморфоза.

Синдром нервной анорексии чаще встречается у девочек в период полового метаморфоза. Однако за последние годы отмечается не только его «омоложение» в женской среде, но и появление у мальчиков. Достаточно часто этому синдрому предшествует ожирение 1–2-й степени и булимия, которые тоже сопровождаются дистимией, переживаниями по поводу своего физического «Я» и неприятия сверстниками, значимыми взрослыми.

Психотерапия

Так как основой возникновения синдрома НА являются аффективно-идеаторные нарушения, лекарственная терапия основана на антидепрессантах и нейролептиках (в случае сверхценных и бредовых идей). Но поскольку обращение к специалистам идет чаще всего на этапе выраженной дистрофии, в качестве критерия улучшения/выздоровления используется набор веса до приемлемого уровня. При этом достижение эмоционально-идеаторного расстройства может не происходить (не меняется семейный контекст и отношение пациента к своему физическому «Я», остается низкая самооценка и неприятие своего полового «Я»). Если пациент лечился в стационаре, выписка происходит по критерию веса. Однако более значимым критерием аффективного «выздоровления» является восстановление месячного цикла и изменение (позитивное) в семейной группе. Поэтому психотерапия — такой же важный метод терапии, как и фармакотерапия.

1. **Индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия** направлена на изменение образа «Я», повышение самооценки, принятие своей половой принадлежности, снижение тревоги и чувства вины, расширение диапазона реагирования на всех уровнях.
2. **Групповая психотерапия** направлена на расширение сферы установления контактов, принятия чужих точек зрения, получения удовольствия от общения, снижения требований к окружающим.
3. **Семейное консультирование и семейная психотерапия** ставят целью коррекцию воспитательных приемов, снижение уровня претензий к ребенку/подростку, использование поощрений как важнейшего рычага воспитания для повышения его самооценки, а также снижение чувства вины у родителей. При согласии и мотивации возможна супружеская психотерапия.

В процессе терапии важно работать в команде специалистов, каждый из которых, помогая семье решать конкретные задачи в соответствии со своей специализацией, позитивно влияет на весь терапевтический процесс.

В такую команду необходимо включать следующих специалистов:

- 1) психиатр (верификация нозологии, фармакотерапия);
- 2) психотерапевт (проведение психотерапии);
- 3) психолог (консультирование и проведение психотерапии вместе с психотерапевтом, психологическое обследование);
- 4) гинеколог (оценка гинекологического статуса);
- 5) терапевт, диетолог (оценка и коррекция физического статуса и питания).

Для предотвращения рецидивов требуется диспансерное (психотерапевтическое) наблюдение — вплоть до момента, когда у специалистов появится уверенность в закреплении позитивных личностных и межличностных изменений у пациента.

Контрольные вопросы

1. Коротко охарактеризуйте спектр расстройств пищевого поведения.
2. Каковы факторы, предрасполагающие к формированию расстройств пищевого поведения?
3. Каковы основные концептуальные положения психодинамического подхода к пищевым расстройствам?
4. Охарактеризуйте нейробиодинамический подход к расстройствам пищевого поведения.
5. Каковы стили пищевого поведения в семье и их влияние на формирование расстройств питания у детей и подростков?

Рекомендуемая литература

1. *Грачев В. В.* Особенности клинических проявлений, течения и исходов нервной булимии, развивающейся у девушек подросткового возраста // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2017 (7). № 3. — С. 4–12.
2. *Грачев В. В., Шевченко Ю. С.* Особенности нейрокогнитивного дефицита у больных нервной анорексией (критический обзор) // Неврологический вестник. — 2016. Т. XLVIII. Вып. 1.
3. *Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е.* Психиатрия: Учебник. — М.: Медицина, 1995. — 608 с.
4. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия. 2-е изд. — М.: Медицина, 1985. — 416 с.

Глава 18. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей

Фесенко Е. В., Фесенко Ю. А.

«Непоседа Фил», «плохой хороший ребенок», «сорвиголова», «чужой среди своих», «егоза», «шалун», «с моторчиком» — это все о них, детях с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) (attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), англ.). И это о них: «вполуха слушает, но все запоминает», «на лету схватывает», «сверхспособный, но...», «талантливый». Так что же это за дети? Наверное, выражение «плохой хороший ребенок» (именно без запятой!), которое стало названием нашей первой книги о синдроме дефицита внимания и гиперактивности, вышедшей в 2003 году и дважды переизданной (в 2005 и 2008 годах), а также книги «Нестандартный или плохой хороший ребенок», вышедшей в 2011 году, лучше всего подходит для характеристики таких ребят.

СДВГ относится к пограничным психическим (резидуально-неврологическим) расстройствам детского возраста, которые являются самыми распространенными видами заболеваний: по данным разных источников, ими страдает более 20 % детей в возрасте от 3 до 11 лет.

Еще в середине XIX века (1845 год) немецкий врач-психоневролог Генрих Хоффман первым описал чрезмерно подвижного ребенка и дал ему прозвище «непоседа Фил». Позднее, ближе к концу века, психолог Уильям Джеймс (1880 год) подробно описал чрезмерное проявление импульсивности у обращающихся к нему детей и взрослых, а также чрезмерную склонность к раздражительности и агрессивным поступкам, названные им эксплозивностью (англ. *explosive* — вспыльчивый). С начала XX века врачи стали выделять данное состояние как патологическое, и в 1902 году английский врач Джордж Стилл выступил с описанием таких пациентов перед публикой в Королевской академии. Он впервые сделал акцент на биологических механизмах развития заболевания, а не на «издержках воспитания», как было принято в то время. Из его уст впервые прозвучали и основные причины страдания — родовые травмы и наследственный

фактор. Врач обратил внимание аудитории на то, что такие пациенты весьма склонны к алкоголизации, криминальным действиям и депрессиям. С 1960-х годов это состояние стали называть «минимальными мозговыми дисфункциями» — ММД (сейчас — минимальная дисфункция мозга — МДМ). С точки зрения неврологии под МДМ подразумеваются все мелкие повреждения мозга, возникшие по тем же причинам, что и ДЦП (детский церебральный паралич), и служащие базой для развития основных заболеваний центральной нервной системы, проявляющихся в разной форме. Такие резидуальные (остаточные) повреждения часто становятся своего рода переходным этапом между острым и хроническим поражением мозга, классифицируются у детей как энцефалопатии.

По нашему мнению, МДМ — «базовая» патология развития мозга ребенка, являющаяся «патологической почвой» для разветвления многих форм нервно-психических расстройств, в том числе СДВГ. С 1980-х годов состояние чрезмерной двигательной активности (гиперактивность) стали выделять как самостоятельное заболевание и занесли в Международную классификацию болезней (МКБ) под названием «Синдром нарушения (или дефицита) внимания с гиперактивностью» (СНВГ или СДВГ), механистически подменив диагноз МДМ наиболее распространенным в его структуре синдромом. Считалось, что оно обусловлено нарушением функций центральной нервной системы (ЦНС) ребенка и проявляется в том, что малышу трудно концентрировать и удерживать внимание, у него возникают проблемы с обучением и памятью. Сегодня большинство авторов считают, что это вызвано в первую очередь тем, что мозгу такого ребенка сложно обрабатывать внешнюю и внутреннюю информацию и стимулы.

Одной из главных закономерностей работы человеческого мозга является межполушарное взаимодействие. В основе принятого в отечественной психологии подхода к мозговой организации психических функций (П. К. Анохин, 1980; Л. С. Выготский, 1983; А. Н. Шеповальников, 1992) лежит развитый А. Р. Лурией (А. Р. Лурия, 1969, 1998) принцип системно-динамической локализации функций. Согласно этому принципу материальной основой психических процессов является весь мозг, но как высокодифференцированная система, части которой обеспечивают разные стороны единого целого. Так как в онтогенезе происходят изменения внутренней организации психической функции, мозговые механизмы, обеспечивающие реализацию этой функции, перестраиваются соответствующим образом.

Кросскорреляционный анализ ЭЭГ здоровых детей (Т. П. Хризман, 1978; М. И. Лохов, 1994; М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, 2000, 2005; Ю. А. Фесенко, 2007, 2009) показал, что в фоновой (без нагрузок) активности заметно опережение процессов в височной области левого полушария по сравнению

с теменно-затылочной областью правого полушария, которое увеличивается при восприятии знакомого слова.

В этой связи представляет интерес сравнение результатов анализа ЭЭГ-активности у детей, страдающих пограничными психическими расстройствами, с объективными электрофизиологическими данными по развитию мозговых функций в онтогенезе.

Корреляционный анализ данных ЭЭГ показал, что на первом году жизни нижнетеменные отделы мозга являются своеобразными фокусами активности в межструктурной синхронизации биопотенциалов, особенно между затылочными, височными и моторными областями коры. В разном возрасте межцентральные взаимодействия формируются на разной полосе частот. Динамика связей нижнетеменных структур с другими областями коры по данным авто- и кросскорреляционного анализа имеет два пика в онтогенезе: *в конце первого года жизни и между 4–5 годами* (Т. П. Хризман, 1978). Если учесть стадии развития, на которые указывал Ж. Пиаже (Ж. Пиаже, 1997), то первый из указанных сроков совпадает со стадией начала *практического интеллекта*, а второй — со стадией начала *интуитивного мышления*, опирающегося на вычленение результатов восприятия, хранящихся в долгосрочной памяти. Таким образом, увеличение возможностей мозга за счет использования механизмов записи и хранения информации в каждом полушарии приводит к новым качественным скачкам в развитии *интеллекта*.

С позиций системного подхода к организации психических функций проблема аномалии функциональной асимметрии должна рассматриваться как вопрос об адекватности функционального вклада или функциональной роли полушарий головного мозга в процессе их совместной деятельности, обеспечивающей реализацию той или иной психической функции. В своих исследованиях мы использовали корреляционный анализ ЭЭГ, основное внимание уделяя рассмотрению взаимодействия лобных, височных и нижнетеменных областей коры головного мозга как структурам, непосредственно причастным к развитию памяти, внимания и речи, нарушение которых в явном виде наблюдается при развитии разнообразных психических расстройств у ребенка. В качестве так называемого фокуса взаимодействия мы выбрали теменно-затылочную область правого полушария головного мозга, в которой, по данным многочисленных исследований, происходит первичный анализ параметров всех поступивших в головной мозг сигналов.

Для представления полученных результатов в наглядной форме мы использовали метод проекции графов, отражающий динамику перемещения фокусов максимальной активности и сопряженного угнетения разных областей левого и правого полушарий головного мозга. На языке теории графов такие области обозначаются как точки *истока* и *стока* соответ-

ственно. Мы изучали наличие «источков» и «стоков» в теменно-затылочной или нижнетеменной зоне правого полушария головного мозга.

У практически здорового ребенка уже с двухлетнего возраста теменно-затылочная область правого полушария является центром истоков, то есть большинство стрелок графов исходят из нее в другие структуры мозга (эта область опережает в работе остальные). Тем самым наглядно подтверждаются косвенные данные других исследователей о том, что она является зоной первичной обработки информации. Представленные на рис. 18.1 результаты компьютерного анализа ЭЭГ свидетельствуют, что исходная теменно-затылочная зона анализа становится центром «истока», что характерно для здоровых испытуемых 3–7 и более лет.

Совершенно иная картина наблюдается при анализе ЭЭГ у больных детей того же возраста с СДВГ. На рис. 18.2 представлены статистически усредненные результаты по более чем 200 пациентам в возрасте 3–11 лет, страдающим этой патологией. Как видно из приведенных данных, характер нарушения взаимодействий между структурами по сравнению с приведенной на рис. 18.1 нормой существенно зависит от возраста больных.

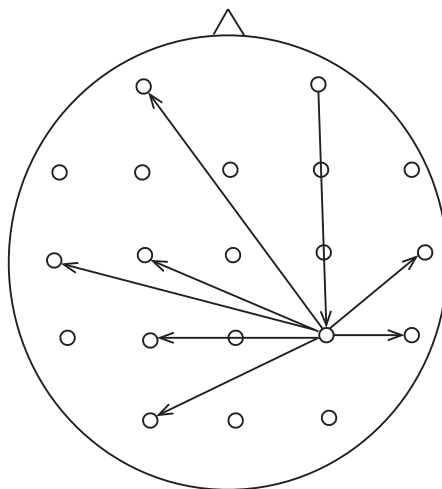


Рис. 18.1. ЭЭГ здоровых испытуемых детей 3–11 лет

Полученные данные кросскорреляционного анализа связей между структурами головного мозга у детей с СДВГ отличаются от нормы по нескольким параметрам.

Во-первых, и это характерно для большинства резидуально-неврологических (пограничных) расстройств, практически отсутствуют связи теменно-затылочной области правого полушария головного мозга с передними (лобными) структурами.

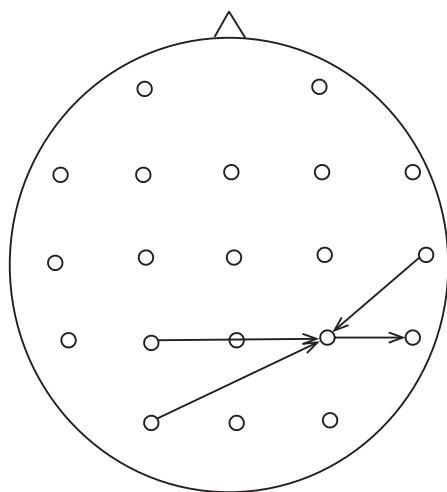


Рис. 18.2. Усредненные данные кросскорреляционного анализа ЭЭГ детей 3–11 лет, страдающих синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Во-вторых, количество значимых связей (с коэффициентом корреляции более 0,3) теменно-затылочной области с другими структурами резко уменьшается.

В-третьих, меняется направление связей: из центра «истока», в норме, теменно-затылочная зона правого полушария превращается в центр «стока». Таким образом, налицо присутствие сопряженного торможения теменно-затылочной зоны правого полушария головного мозга и ограничение связей данной зоны с другими структурами, способными снять или уменьшить такое торможение.

При анализе ЭЭГ с компьютерной обработкой детей с СДВГ не обнаруживаются фрагменты полноценных взаимоотношений между структурами, большая часть кадров имеет явное сходство с таковыми при речевых нарушениях. Особенностью межструктурных отношений в данном случае является меньшая активность теменно-затылочной области правого полушария. Количество «истоков» из этой области не превышает значений, полученных для других резидуально-неврологических синдромов (заикания, тиков и энуреза), хотя такие связи характеризовались более высокими коэффициентами корреляции. Кросскорреляционный анализ фоновой записи показал, что в межполушарных отношениях наблюдается доминирование левого полушария, особенно в центральных и височных отведениях, и эти отношения соответствуют норме (для правшей). Появляются фрагменты полноценных взаимоотношений между структурами, хотя большая часть кадров имеет явное сходство с взаимоотношениями, выявляемыми при

речевых нарушениях. Заметно резкое нарушение взаимодействия между лобными отделами и другими структурами головного мозга, общее уменьшение значимых связей с коэффициентом кросскорреляции больше 0,3 по сравнению с нормой и нарушение межполушарных взаимоотношений между теменно-затылочными и затылочными областями.

Характер нарушения взаимодействий между структурами по сравнению с нормой существенно зависит от возраста больных. В раннем возрасте наблюдается резкое уменьшение общего количества межструктурных связей, что характерно для задержки развития мозга вообще, а не только при СДВГ. В более позднем возрасте восстановление межструктурных связей в ходе развития мозга происходит в извращенном (обратном) порядке. В результате теменно-затылочная зона правого полушария из генетически запрограммированного центра «источка» превращается в центр «стока», то есть затормаживается, со всеми вытекающими для речевых нарушений последствиями. Тормозится первичный анализ и синтез сенсорных, в том числе речевых, сигналов, вследствие чего перегружаются исполнительные речевые области левого полушария и возникают речевые задержки, МДМ. Ослабевают тормозные влияния на лобные области левого полушария, в результате чего возникает эмоциональное напряжение, непрерывно подпитываемое речевыми нарушениями, что, в свою очередь, усиливает гиперкинетические проявления.

Вместе с этим мы обнаружили удивительное на первый взгляд свойство в работе головного мозга гиперактивных детей: практически все результаты обработки фоновой записи, то есть записи ЭЭГ в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами, подтверждают наличие сопряженного торможения теменно-затылочной зоны правого полушария головного мозга и ограничение связей этой зоны с другими структурами, способными снять или уменьшить такое торможение. Различия заключаются лишь в измененном в некоторых фрагментах направлением взаимодействия между структурами мозга. *Поразительные изменения* этих взаимоотношений наблюдаются во время гипервентиляции (нагрузочной пробы) — усиленной дыхательной активности, которая в обычных условиях эквивалентна усиленному дыханию при энергичной двигательной активности ребенка. В ответ на гипервентиляцию (ребенка просят глубоко дышать в течение 1–3 минут) на ЭЭГ по прошествии первой минуты возникают генерализованные всплески тета- и дельта-ритмической активности (пароксизмальная активность, или судорожная готовность), что сопровождается *временным восстановлением полноценных корреляционных связей теменно-затылочной зоны правого полушария с другими областями головного мозга!*

Другими словами, в фоне наблюдается нарушение межструктурных связей по сравнению с нормой (связи полные, но обратные —

фокусный центр правого полушария является здесь центром «стока»), а *при гипервентиляции — их восстановление* (он становится центром «источа»).

Если провести параллели между гипервентиляцией и работой мозга при интенсивной двигательной активности, окажется, что такая активность является *приспособительной защитной реакцией организма*, направленной на *восстановление и поддержание генетически запрограммированных связей между структурами головного мозга* и тем самым сохраняющей *нормальное развитие головного мозга* ребенка. Интенсивное восстановление таких связей не только предотвращает отставание в развитии интеллекта ребенка, но и в ряде случаев способствует временному опережающему возрастному развитию.

Указанные изменения не характерны для других моносимптоматических пограничных нервно-психических расстройств детского возраста (заикания, тиков и энуреза).

Полученные в наших исследованиях данные позволяют предположить, что генерируемая неспецифической таламической системой медленноволновая активность мозга необходима для синхронизации работы его разных структур в процессах памяти на стадии обработки, сравнения и изменения как вновь полученной информации, так и хранящейся в долгосрочной памяти (Г. А. Вартамян, М. И. Лохов, 1987; М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, 2003; Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко, 2010; Ю. А. Фесенко, 2010). Также можно говорить о более слабом контроле со стороны ретикулярной формации ствола мозга за неспецифическими таламическими структурами и об их ведущей роли в синхронизации взаимодействия между различными образованиями головного мозга, участвующими в процессах памяти и обеспечивающими интеллектуальную сохранность больного СДВГ.

Классификации СДВГ и критерии диагностики

В Диагностическом и статистическом руководстве по психическим заболеваниям Американской ассоциации психиатров DSM-IV (1994) СДВГ разделен на три типа: с преобладанием невнимательности, с преобладанием импульсивности и гиперактивности, комбинированный. В Международной классификации болезней (МКБ-10) данная патология входит в состав рубрики F90. «Гиперкинетические расстройства» как «нарушение активности и внимания». В практических целях комбинированный тип ADHD по DSM-IV рассматривают как эквивалент гиперкинетического расстройства по МКБ-10 (И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова, 2002).

В МКБ-10 и DSM-IV клинические проявления синдрома определяются тремя симптомокомплексами:

1. Нарушения внимания (невнимательность и/или патологическая отвлекаемость).

2. Импульсивность, выражающаяся в неспособности подавить и затормозить ответную реакцию.

3. Гиперактивность (общая двигательная и/или речевая активность, чрезмерная для данного возраста и интеллекта ребенка).

Каждый симптомокомплекс состоит из кардинальных диагностических признаков, необходимых для постановки диагноза (Л. Уэндер, К. Шнейдер, 1998):

Невнимательность

1. Ребенок часто не способен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности.

2. Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр.

3. Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.

4. Часто ребенок не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и до конца справиться с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что никак не связано с негативным или вызывающим поведением либо с неспособностью понять задание).

5. Как правило, ребенок испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и осуществлении других видов деятельности.

6. При необходимости выполнения заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения (например, школьных заданий, домашней работы), обычно их избегает, высказывает недовольство или сопротивляется.

7. Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты).

8. Легко отвлекается на посторонние стимулы.

9. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

Гиперактивность

1. У ребенка часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.

2. Часто встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.

3. Нередко проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, крутится, пытается куда-то залезть, причем когда это неприемлемо.

4. Обычно не может тихо и спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.

5. Часто находится в постоянном движении и ведет себя так, «будто к нему прикрепили мотор».

6. Как правило, болтлив.

Импульсивность

1. Как правило, отвечает на вопросы не задумываясь и не выслушав их до конца.

2. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.

3. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).

Согласно МКБ-10 и DSM-IV, диагностическими критериями, необходимыми для обоснования диагноза, считаются:

- Наличие у ребенка шести и более признаков из 18 вышеперечисленных в течение не менее полугода.
- Первые симптомы заболевания появляются в начальные годы развития ребенка, в первые пять лет (до 7 лет).
- Обнаруживаются по меньшей мере в двух сферах деятельности (дома, в играх, в школе, в труде).
- Не обусловлены психотическими, тревожными, аффективными, диссоциативными расстройствами или психопатиями.
- Вызывают значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию.

Согласно классификации DSM-IV, в случаях полного соответствия наблюдаемой за последние шесть месяцев клинической картины одновременно всем перечисленным критериям ставится диагноз «сочетанная (комбинированная) форма СДВГ» (СДВГ-К). Если за последние шесть месяцев отмечалось полное соответствие симптомов критериям признака «невнимательность» при частичном соответствии критериям признаков «гиперактивность» и «импульсивность», используется диагностическая формулировка «СДВГ с преимущественными нарушениями внимания» (СДВГ-Н). Если за последние шесть месяцев имело место полное соответствие симптомов критериям признаков «гиперактивность» и «импульсивность» при их частичном соответствии критериям признака «невнимательность», то в формулировке диагноза указывается «СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности» (СДВГ-ГИ).

Таким образом, к ведущим типам СДВГ (на основе поведенческих характеристик) по DSM-IV и МКБ-10 относят:

- СДВГ — преимущественно гиперактивный тип;
- СДВГ — тип с преимущественным дефицитом внимания;
- СДВГ — комбинированный тип.

Дефиниции триады симптомов:

- *Гиперактивность*: неспособность сосредоточиться на предъявляемом задании и спокойно сидеть на месте — в сочетании с видимым присутствием двигательной активности (то есть двигательным беспокойством).
- *Импульсивность*: трудности в определении и выделении приоритетов, а также в подавлении немедленных реакций на факторы окружения, конкурирующие в привлечении внимания детей.
- *Нарушение внимания*: неспособность в полной мере подавлять поведенческое реагирование на менее значимые раздражители в разных условиях — семейных, учебных, других социально обусловленных ситуациях.

Формы СДВГ («чистые» и сочетанные): чистые формы СДВГ (simplex) и сочетанные (комбинированные) формы СДВГ (complex). Последние сопровождаются дополнительными нарушениями: обучения (дислексия, дискалькулия, дисграфия/дисортография и т. п.), моторики (нарушения моторного умения), общения (коммуникативные) — нарушения экспрессивной и рецептивно-экспрессивной речи, фонации, логоневрозы и т. п.).

Выявление клинических признаков СДВГ проводится также по нескольким классификациям и опросникам:

1. Структурированный диагностический опросник П. Уэндера (1998) для родителей, который включает оценку 14 клинических признаков синдрома. Согласно DSM-IV, диагностическим критерием, необходимым для обоснования диагноза, считают наличие у ребенка восьми признаков в течение не менее полугода.
2. Структурированный опросник родителей больного ребенка (Л. О. Бадалян, Н. Н. Заваденко, Т. Ю. Успенская, 1993; Н. Н. Заваденко, 2000), позволяющий подробно оценить его состояние и поведение. Опросник содержит перечень вопросов по 72 симптомам, которые могут наблюдаться при МДМ. Анкеты, заполненные родителями пациента, оцениваются в баллах (0 — симптом отсутствует, 1 — выражен мало, 2 — выражен значительно, 3 — выражен очень сильно). Вопросы сгруппированы по шкалам: церебрастенические симптомы; психосоматические нарушения; тревожность; страхи и навязчивости; двигательные нарушения; нарушения устной речи; внимание; эмоционально-волевые нарушения; нарушение поведения; агрессивность и реакции оппозиции; трудности школьного обучения и нарушения чтения и письма (для детей старше 7 лет). Оценки характеристик поведения ребенка по этим шкалам суммируются, а затем делятся на количество вопросов в каждой группе.
3. Оценку выраженности симптомов СДВГ проводят по шкале SNAP-IV (Г. Свенссон, 1992). Это тоже опросник для родителей, содержащий

43 вопроса. Получив ответы, исследователи вычисляют баллы невнимательности, гиперактивности и импульсивности, которые в дальнейшем сравнивают с нормативными показателями.

Считается, что часть гиперактивных детей «перерастают» свое заболевание — в подростковом возрасте симптомы заболевания у них исчезают. Но у 30–70 % детей проявления СДВГ переходят и в подростковый, и во взрослый возраст (особенно если не заниматься лечением данной патологии).

Результаты нашего клинического обследования детей с СДВГ не отличаются от таковых для детей с другими формами пограничных психических расстройств, о чем мы писали неоднократно (М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, 2003; Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко, 2010; Ю. А. Фесенко, 2010; М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, Е. В. Фесенко, 2011). Обобщая, можно констатировать, что у 90 % больных (от общего числа обследованных) были выявлены какие-либо эксцессы в перинатальном периоде развития; та или иная неврологическая патология также обнаружена у 90 % детей с СДВГ. Почвой, на которой развиваются эти расстройства, как правило, является минимальная дисфункция мозга.

Наиболее частые жалобы — на чрезмерную возбудимость и импульсивность (в 67 % случаев), повышенную раздражительность и частую смену настроения (42 %), невозможность сосредоточиться в течение длительного периода времени (41 %), непереносимость духоты и шума (15 %). Родители пациентов часто отмечали у них нарушения поведения: слабый контроль за эмоциями, «неуправляемое» поведение, агрессивность при общении со сверстниками и взрослыми, «детское» поведение — инфантильность.

У большинства больных детей были выявлены нарушения координации в той или иной степени (неуклюжесть, трудности в выполнении точных движений), плохое чувство ритма и дизритмия, общая моторная неловкость (признаки статико-локомоторной недостаточности обнаруживаются более чем у 80 % пациентов, отмечено значительное количество ошибок при проведении проб, чрезмерное использование вспомогательных установок рук, тенденция к падению при выполнении заданий на ходьбу и равновесие). Выявлено большое количество синкинезий в виде зеркальных движений мышц лица, головы, шеи, туловища, конечностей, медленный темп выполнения последовательных движений, а также повышенная двигательная возбудимость и утомляемость, капризность, лабильность настроения, эмоционально-волевые нарушения, тревожность, страхи и навязчивости, нарушение поведения; агрессивность и реакции оппозиции, трудности школьного обучения, нарушения чтения и письма.

В психофизиологических исследованиях обнаружены нарушения опосредствованного запоминания (50 %), нарушения краткосрочного запоминания (60 %) и неустойчивость внимания (75 %). Время выполнения задания и количество ошибок у пациентов превышали аналогичные показатели контроля, что говорит о более низкой способности контролировать внимание и о снижении у них быстроты реакции.

Исследование интеллекта детей, страдающих СДВГ, по методике Векслера, адаптированной А. Ю. Панасюком (А. Ю. Панасюк, 1973), показало, что средний балл общего интеллектуального показателя статистически значимо не отличался от контроля, но имела место неравномерность развития: цифры вербальной (ВИ) и невербальной (НИ) части разнятся — у детей с речевыми нарушениями и гиперактивностью ВИ в среднем на 12–25 единиц ниже НИ. Оценки за выполнение отдельных субтестов оказались ниже нормы. Снижение уровня направленного внимания и работоспособности привело к низким оценкам и при выполнении субтеста «Кодирование».

Одним из главных признаков СДВГ наряду с нарушениями внимания является импульсивность — недостаток контроля поведения в ответ на конкретные требования. Клинически эти дети часто характеризуются как быстро реагирующие на ситуации, не дожидаясь указаний и инструкций, позволяющих выполнять задание, а также неадекватно оценивающие требования задания. В результате они очень небрежны, невнимательны, беспечны и легкомысленны. Такие дети зачастую не могут рассмотреть потенциально негативные, вредные или разрушительные (даже опасные) последствия, которые могут быть связаны с определенными ситуациями или их поступками.

По данным опросника Паркера, у 55 % обследованных пациентов отмечены выраженные нарушения взаимоотношений с родителями. У них был достоверно выше уровень психосоциального стресса и достоверно ниже нормы уровень эмоционально-социальной поддержки. Выявлены особенности воспитания детей: матерям пациентов, как правило, не хватает эмоциональной отзывчивости и теплоты в отношениях с ними; оба родителя либо потворствуют желаниям ребенка, либо резко ограничивают его во всем (постоянные замечания, запреты, осуждение, предостережения). Патологизирующее значение для формирования личности такого ребенка имеет воспитание по типу эмоционального отвержения; в этой ситуации он может ощущать себя помехой в жизни родителей, которые невольно устанавливают в отношении с ним большую дистанцию.

Комплексный способ лечения СДВГ

Повторим: пограничные психические расстройства выделяются как пограничные потому, что они находятся на границе между нормальной и патологической работой мозга. Поэтому лечение всех подобных расстройств должно иметь общую стратегию, общие подходы и *не должно заключаться только в борьбе напрямую с проявляемой симптоматикой* заболевания (гиперактивностью, речевыми нарушениями, энурезом и т. д.), так как симптоматика часто *является полезной приспособительной реакцией* организма и показывает, что процесс еще не вышел из-под контроля чрезвычайных регулирующих механизмов мозга. Лечение должно быть системным, то есть включать в себя не только внешние воздействия, но использовать и ставить под контроль включенные мозгом защитные регулирующие механизмы.

В существующей лечебной практике в основном используются три вида воздействий на изменение активности мозговых структур. Первое и самое распространенное — психофармакологическое воздействие, которое проводится без какого-либо контроля за состоянием мозга и направлено на прямое подавление чрезмерной патологической активности структур-генераторов. К нему относится применение для лечения пограничных психических расстройств больших доз транквилизаторов, антидепрессантов и т. п. Результат — временное снижение симптоматики с неизбежным рецидивом после отмены препаратов, а в случае их длительного применения — неизбежное нарушение работы других структур мозга с последствиями, в ряде случаев более тяжелыми, чем первичное заболевание (зависимость от препарата, развитие паркинсонизма и т. д.). Путь, где, к сожалению, не используются даже те минимальные знания о взаимодействии структур мозга и его нарушениях при разного рода заболеваниях, которые уже имеются в психофизиологии.

Второй вид воздействий использует активацию возможностей мозга в отношении включения его резервов. Зачастую и здесь без должного контроля за состоянием мозга проводится стимуляция его резервов ноотропами, гомеопатическими средствами или слабым воздействием электромагнитных полей (постоянным или импульсным током). Последний, как считается, может быть локальным, направленным на избирательную активацию тех или иных структур коры головного мозга.

Активация резервов мозга необходима практически при всех патологиях, в основе которых лежит первичное поражение мозговых структур. Даже если такое поражение не проявляется непосредственно, оно влияет на взаимодействие между структурами мозга, что фактически состав-

ляет патологическую базу многих психоневрологических заболеваний и, в частности, резидуально-неврологических (пограничных психических) расстройств. Однако тотальная, ненаправленная активация в ряде случаев может усугубить и даже закрепить существующие нарушения во взаимодействии между структурами. Поэтому всякое такое воздействие, строго говоря, должно проводиться под тщательным объективным контролем за работой мозга, а не только на основании интуиции и практических знаний лечащего врача.

Наконец, третий и самый перспективный вид воздействий на мозг — моделирование его собственных защитных механизмов. Такого рода воздействия интенсивно развиваются в последние десятилетия и получили название «адаптивное биоуправление». К ним, например, относится использование внешней обратной связи для усиления собственной альфа-ритмической активности мозга больного, которое применяется для компенсации задержки развития мозга у детей и лечения пограничных психических расстройств у взрослых (В. Н. Трушина, 2009; Tansey M. A., 1993), а также усиление собственной бета-ритмической активности для компенсации СДВГ.

Разработанная нами новая методика лечения резидуально-неврологических расстройств, применяемая у детей с СДВГ, а также другими пограничными расстройствами (заиканием, тиками и энурезом), опирается в основном на использование резервов мозга, его нереализованных гибких связей с целью создания новой доминантной структуры в противовес существующей — патологической. Следует отметить, что все воздействия проводятся под строгим объективным контролем компьютерного ЭЭГ-анализа для каждого больного.

Она является первым этапом лечения любых пограничных расстройств. Здесь мы активно используем как биохимические, так и нейрофизиологические воздействия. Как показывает клиническая практика, два этих подхода взаимосвязаны, их раздельное применение не оказывает долгосрочного влияния и поэтому малоэффективно.

В психофармакологической коррекции мы активно применяем препараты, которые включают резервные нейроны и избирательно подавляют активность патологических генераторов. Для активизации резервов мозга используем как классические ноотропы — препараты, являющиеся нейрометаболическими стимуляторами, так и вещества с ноотропным действием. Стимуляция резервов головного мозга ноотропами заключается в вовлечении нейронов (резервных или находящихся ранее под действием медленно-волновых процессов) в формирование процессов альфа- и бета-ритмической активности. Кроме того, напомним: ЭЭГ-профиль многих ноотропов близок к профилю психостимуляторов, что важно при лечении СДВГ (см. главу 20 «Психофармакотерапия в детской психиатрической практике»).

Классический препарат данной группы — ноотропил (как и пирацетам, луцетам, фенотропил) — в терапии детей мы практически не применяли, поскольку в некоторых случаях он усиливает пароксизмальную активность в разных зонах коры головного мозга и стволовых структурах. Это неудивительно, ведь тотальное повышение энергетического обмена в клетках головного мозга захватывает и клетки патологических генераторов, вероятно, даже в большей степени, чем другие клеточные структуры.

В нашей работе мы широко применяем пантогам (гопантенная кислота, пантокальцин) — кальциевую соль Д-гомпантеиновой кислоты, по свойствам имеющую сходство с ГАМК и пантотеновой кислотой (о его эффектах подробно рассказано в главе 20 «Психофармакотерапия в детской психиатрической практике»). При разовом применении в рекомендуемых терапевтических дозах он не вызывает заметного изменения ЭЭГ-профиля, а при многодневном (в течение шести и более недель) вызывает увеличение мощности альфа- и бета-ритмической активности, то есть соответствует действию психостимуляторов. Понятно, что указанные процессы занимают много времени. Назначается пантогам курсами длительностью два–четыре месяца (допустимо полугодовое применение) в возрастных дозах. Повторные курсы — через три–шесть месяцев.

Сходным действием с ноотропами обладают пикамилон, фенибут, глицин, кортексин, нооклерил, глиатилин и фосфатидилхолин (лецитин).

Кроме ноотропов, мы широко применяли фитотерапию. Назначался «Ново-Пассит» (сироп или таблетки из девяти трав), успокаивающие травяные сборы (валериана, пустырник, хмель, мята и т. п.), комплекс пустырника с душицей и витаминными препаратами, разработанный НИИ биологии РАН. Использовались травяные адаптогены — элеутерококк, лимонник, аралия, экстракт алоэ и естественные природные вещества того же класса — апилак, прополис. Фитотерапия применялась длительное время после интенсивного курса лечения наряду с витаминотерапией.

Несмотря на последние успехи фармакотерапии в лечении резидуально-неврологических (пограничных психических) расстройств и понимание их природы, нам кажется, что будущее психофармакологии за нейропептидами направленного полушарного действия, особенно для больных с СДВГ. Это разновидность пептидов, которые синтезируются в нервных клетках (например, эндорфины, энкефалины) и в организме выполняют роль регуляторов физических функций. Нейропептиды осуществляют контроль за экспрессией вторичных клеточных мессенджеров («вестников», «курьеров» — англ.), цитокинов (небольшие пептидные информационные молекулы) и других сигнальных молекул, а также за запуском генетических программ апоптоза (запрограммированной гибели клетки в ответ на внешние или внутренние сигналы), антиапоптозной защиты, усиления

нейротрофического обеспечения. Такие регуляторные (модуляторные) влияния устраняют общую дезинтеграцию при взаимодействии сложных и часто разнонаправленных молекулярно-биохимических механизмов, восстанавливая их нормальный баланс. Особенно важную роль играют эндогенные регуляторы функций ЦНС — нейропептиды. Их молекулы, представляющие собой короткие аминокислотные цепи, «нарезаются» из более крупных белковых молекул. И хотя они существуют всего несколько секунд, длительность их действия может измеряться часами.

Адаптивное биоуправление. Используемые нами фармакологические виды воздействий, по сути, являются подготовительными. Включая резервы мозга и подавляя пароксизмальную активность, они создают необходимый фон в работе мозга для наиболее эффективного использования механизмов саморегуляции — адаптивного биоуправления. В качестве обратной связи используются звуковые и световые сигналы на частотах, кратных основной активности мозга, которая определяется на основании кросскорреляционного и спектрального анализа ЭЭГ больного. Звуковые сигналы навязываются непрерывно с помощью портативного карманного метронома; они могут подаваться как через портативные наушники, так и через малогабаритный динамик, встроенный в метроном. Световые сигналы используются кратковременно (не более 30–40 минут) на сеансах психотерапии. Для их генерации используется вспышка от серийного электроэнцефалографа (длительность — не более 50 мс, мощность — 0,3 кДж). На групповых сеансах используется усредненная по всей группе частота обратной связи (Н. В. Черниговская и др., 1982; Л. З. Андропова, М. И. Лохов, 1983; Lubar J. F., 1998).

Анализ кросскоррелограмм и результаты лечения показывают, что в результате использования обратной связи меняется межполушарная направленность взаимодействия теменно-височных, теменно-затылочных и лобных зон головного мозга. Закрепление полученного изменения, скорее всего, происходит путем образования новых связей, подключающих активированные резервные клетки мозга. Такие изменения происходят относительно долго. Поэтому излечение считается полным не только после устранения основного патологического проявления (гиперактивности, нарушений внимания и др.), но и на основании результатов ЭЭГ-анализа.

В коррекции нарушений у детей с СДВГ в большинстве методов адаптивной саморегуляции применяются стратегии биоуправления, которые ограничиваются заданием на подавление или увеличение интенсивности того или иного ритма ЭЭГ. Сигнал обратной связи представлен в виде музыки или синтезированного звука, модулированного параметрами ЭЭГ пациента. Лечебные сеансы адаптивной саморегуляции при синдроме нарушения внимания обычно направлены на увеличение

быстрой активности ЭЭГ в бета-диапазоне при одновременном подавлении тета- и электромиографической (ЭМГ) активности. Другая широко применяемая методика — тренинг альфа-ритма. Он приводит к значительному снижению импульсивности и гиперактивности, уменьшению показателей тревожности у детей с СДВГ.

В применяемом нами методе биоакустической коррекции (БАК) на основе компьютерного преобразования осуществляется отображение параметров биоэлектрической активности головного мозга в параметрах звуковых стимулов. Особенность данного преобразования в том, что сигнал ЭЭГ представлен в виде комплексного звукового образа, где сохраняются отношения основных параметров физиологически значимого диапазона частот биоэлектрической активности головного мозга. В отличие от известных методов ЭЭГ-зависимой обратной связи, в методе БАК не выделяются узкие частотные диапазоны, а одновременно отображается все разнообразие ритмики ЭЭГ. В данном случае звуковой образ ЭЭГ приобретает полифонический характер и имеет выраженные эмоциогенные свойства. Принципиальным отличием метода БАК от методов биоуправления является отсутствие когнитивно-волевого задания больному на трансформацию собственной биоэлектрической активности (В. Н. Трушина и др., 2012).

После курса биоакустической коррекции происходит достоверное снижение индекса тета-ритма и повышение индекса бета-ритма у 87 % детей. При этом реорганизация ритмов идет в сторону нормализации структуры ЭЭГ.

Применение выбранных нами ноотропных препаратов, как и применение обратной связи, приводит к изменению параметров функционирования коры головного мозга и изменению взаимоотношений между его структурами в направлении восстановления их нормального взаимодействия. Восстановление нормальной цикличности ритмической активности мозга приводит к ликвидации многочисленных синдромов ее нарушений, а именно: устраняет нарушения сна (снижает гиперактивность, повышает концентрацию внимания, улучшает память, патологическую двигательную активность во сне, энурез, астму, бруксизм, сноговорение, расстройства засыпания и т. д.), что является необходимой базой для успешного применения частных дедуктивных и психологических методик, связанных с устранением конкретной симптоматики (гиперактивности, дисграфии, заикания, недержания мочи и т. д.).

Психотерапия

Очень актуальна применяемая нами в рамках комплексной терапии семейная системная психотерапия, подразумевающая комплекс психотерапевтических методов и приемов, направленных на лечение пациента в семье и с ее

помощью (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий, 1990, 1999; Э. Г. Эйдемиллер, 2006, 2007). Цель этого вида психотерапии — оптимизация семейных взаимоотношений, чья роль в улучшении исходов СДВГ не вызывает сомнений.

Игровая психотерапия

Дети, страдающие СДВГ, сильно зависят от собственных эмоций и не умеют их правильно проявлять или сдерживать. Они часто не отдают себе отчета в том, что делают, так как не могут предвидеть сложную жизненную ситуацию, обнаружить совершенную ошибку, разрядить внутреннее отрицательное напряжение социально приемлемым способом, выбрать адекватную конкретной ситуации роль. И как ни парадоксально это звучит, такие дети крайне мало играют. Причин, объясняющих данный парадокс, много, но выделить нужно основные: их игры (как правило, шумные и наносящие ущерб всему вокруг) «уже до чертиков надоели», поэтому, с тревогой ожидая недовольства окружающих, они просто боятся играть и из-за страха «навредить» быстро разучиваются играть. Сверстники сторонятся таких детей, интуитивно или по указке взрослых избегая возможной опасности. В итоге дети с СДВГ заменяют присущие их возрасту игры более «взрослыми делами» — времяпровождением в «разухабистых» компаниях старших, многочасовыми просиживанием за компьютером, случайно подвернувшимся заработком на улице; легко увлекаются алкоголем, табаком и т. п.

Таким образом, задачи групповой игровой психотерапии вытекают из запутанного клубка проблем, буквально обволакивающих гиперактивного ребенка. Вся работа в группе преследует цель воздействовать на основные составляющие отношений личности: познавательную, эмоциональную, поведенческую. Сразу оговоримся, что в работе с группой детей, страдающих синдромом гиперактивности, мы применяли директивную, регламентированную психотерапию, во время которой пациент активен и идет к познанию себя, других и жизни, смотрясь в психотерапевта и участников группы, как в зеркало, безжалостно отражающее суть его проблем (основы методики заложил В. И. Гарбузов, они представлены в книге «Практическая психотерапия» (В. И. Гарбузов, 1994)).

С помощью групповой игры удастся весьма успешно укрепить уверенность ребенка в своих силах, создать непринужденность в контактах и выработать адекватные навыки общения через конструирование игрой взаимодействия со сверстниками. В игре используется драматизация негативных переживаний ребенка, жизненных конфликтных ситуаций (в школе, во дворе, дома); поступков, из-за которых его наказывали и отвергали. Каждое «событие» отражается в виде отдельных фантастических (сказочных) или реальных историй. Истории сочиняются дома (при участии родителей,

которые присутствуют, как мы уже сказали, и на групповых занятиях), где по желанию ребенка они могут быть проиграны, причем роли в этих историях он распределяет сам.

Игровая драма в группе проводится в виде либо кукольного спектакля, либо сценок-импровизаций, маленьких пьес, в которых не запрещается участие взрослых (по желанию пациента). Нами применяется методика перемены ролей, позволяющая ребенку оказаться в роли то боящегося, то успешно защищающегося, то агрессивно или недружелюбно настроенного, то миролюбивого, то сильного и благородного. Выступление перед сверстниками и взрослыми оставляет яркий эмоциональный след в душе маленького человека, что само по себе уже является важным положительным моментом в его борьбе с неуверенностью. По мере привыкания детей к правилам работы в группе все реже используются игровые реквизиты, а игра приобретает вид драматического спектакля.

Групповые сеансы психотерапии для детей самого младшего возраста (3–5 лет) желательно проводить вместе с родителями (или одним из родителей). Для детей более старшего возраста сеанс может быть смешанным: работа в течение часа — отдельно с больными, затем — с родителями. Участие родителей в каждой сессии групповой психотерапии приносит двойную пользу: они лучше видят успехи и неудачи своих отпрысков в достижении промежуточных целей психотерапии, а заодно сами подвергаются психотерапии, что многим приносит большую пользу.

Знание основных этиологических (причины возникновения) и патогенетических (механизмы развития) звеньев заболевания, исповедование главного принципа деятельности врача «Не навреди!», умение донести до близких пациента суть его страдания, привлечь их к совместной борьбе с патологическими проявлениями — залог успеха в лечении любого заболевания, особенно такого сложного, как СДВГ, когда излишняя активность и чрезмерная невнимательность, рассеянность не позволяют талантливому человеку полностью раскрыться. «Нестандартность» такого ребенка не должна стать причиной его непринятия обществом, оставаясь просто индивидуальной особенностью.

Контрольные вопросы

1. К какому классу заболеваний относится синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)?
2. Каковы основные причины возникновения СДВГ?
3. Какие методы диагностики этого заболевания используются?

4. Как классифицируется синдром дефицита внимания и гиперактивности?
5. Какие существуют основные способы лечения пациентов с СДВГ?

Рекомендуемая литература

1. *Грин Р.* Взрывной ребенок. Новый подход к пониманию и воспитанию легко раздражимых, хронически неговорящих детей. — М.: Теревинф, 2016. — 264 с.
2. *Лохов М. И., Фесенко Е. В., Фесенко Ю. А.* «Нестандартный или плохой хороший ребенок». — СПб.: КАРО, 2011. — 328 с.
3. *Сиротюк А. Л.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. — М.: ТЦ «Сфера», 2015. — 128 с.
4. *Фесенко Е. В., Фесенко Ю. А.* Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. — СПб.: Наука и техника, 2010. — 384 с.
5. *Эйдемиллер Э. Г.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. — СПб.: Речь, 2006. — 342 с.

Глава 19. Деструктивное поведение: рискованное и самоповреждающее поведение

И. Ю. Маргошина

Деструктивное поведение

В системе характеристики суицидального, рискованного поведения детей и подростков важно подчеркнуть, что данный феномен можно отнести к понятию деструктивного (разрушающего, от *лат. destructio* — «разрушаю») поведения. Оно является специфическим видом девиантного поведения, имеет ряд схожих черт и феноменологических характеристик (Я. И. Гилинский, Ю. А. Клейберг, Е. В. Змановская, А. Ю. Егоров, В. Д. Менделевич, И. А. Фурманов и др.).

В МКБ-10 деструктивное поведение в основном включено в рубрики F00-F99 «Психические расстройства и расстройства поведения», а также X60-X84 «Преднамеренное самоповреждение».

Характерные черты деструктивного поведения:

- 1) неадекватные поведенческие реакции (часто агрессивные) в ответ на внутренние и внешние раздражители;
- 2) превалирование отрицательных мотивов, связанных с разрушительными действиями, хотя и не всегда осознаваемых индивидом;
- 3) дестабилизация межличностных отношений;
- 4) склонность к импульсивным поступкам, стремление к доминированию, замкнутость, эмоциональная неустойчивость, отсутствие самоконтроля, неразвитая рефлексия.

Динамические характеристики реализации деструктивного поведения предполагают его дифференциацию на *внешние* (направлены вовне) или *внутренние деструкции, или аутодеструкции* (направлены на самого себя). Деструктивные действия могут представлять собой импульсивный, рефлексорный, неосознаваемый, или, наоборот, расчетливый, осознанный порыв.

Если говорить о мотивационно-потребностном аспекте деструктивного поведения, то это совокупность осознанных и неосознанных потребностей. Ю. А. Клейберг (2008) характеризует деструктивное поведение как стремление достичь какой-то цели, снять психологическое напряжение, удовлетворить суррогатным путем насущную потребность (например, подростки часто используют деструктивное поведение как способ самоутверждения).

И. В. Лысак (1999) указывает, что целями внешне деструктивного поведения могут являться:

- 1) уничтожение другого человека: убийство (индивидуальное или массовое, которое может осуществляться в ходе войны), каннибализм;
- 2) разрушение социума или определенных общественных отношений: террористический акт, революция, государственный переворот;
- 3) разрушение неодушевленных предметов, архитектурных памятников и других произведений искусства (вандализм), а также природной среды.

В исследованиях В. Аллена и Д. Гринберга (1980) деструктивное поведение определяется как попытка индивида символически компенсировать слабый внутренний контроль за счет перевода деструктивных (агрессивных) импульсов вовне.

Рискованное поведение

Деструктивное поведение определяется и как рискованное поведение. В общем контексте психологическая характеристика понятия «риск» включает в себя следующие элементы (Ю. А. Клейберг, 2008).

1. Мера ожидаемого неблагополучия при неуспехе в деятельности. Определяется как сочетание вероятности неуспеха и степени неблагоприятных последствий в этом случае.

2. Действие, грозящее субъекту поведения потерей, проигрышем, травмой, ущербом. Различают риск мотивированный и немотивированный. Соотношение ожидаемого выигрыша и проигрыша характеризует рисковое действие как риск оправданный и риск неоправданный.

3. Выбор между двумя возможными вариантами действия, исход которого проблематичен и связан с возможными неблагоприятными последствиями: менее привлекателен, но более надежен; более привлекателен, но менее надежен.

Рисковое поведение — одна из индивидуальных особенностей личности человека. Склонность к нему рассматривается как общее свойство личности человека.

Рисковое поведение — поведение, связанное с риском, то есть с опасностью, угрозой потери, утраты того, что запланировано получить за счет благоприятного стечения обстоятельств.

Как рисковое поведение оценивается неоднозначно и, по крайней мере, с двух сторон — субъекта и наблюдателя (оценщика, эксперта, поручителя, члена комиссии и т. п.). Одно и то же поведение может оцениваться наблюдателем как чересчур осторожное (например, когда имеет место медленное пешеходное движение по скользкой дороге), а субъектом — как слишком рисковое (можно не идти по этой дороге) (Т. П. Авдулова, Л. А. Мотылева, 2015).

Обзор исследований рискового поведения подростков показывает его связь с депрессивными симптомами (согласно DSM-IV). Кроме того, оно значимо связано с такими проявлениями депрессии, как снижение настроения, ухудшение саморегуляции, зависимость от среды, виктимизация. Депрессия может стать и реакцией на рисковое поведение, и причиной, его запускающей.

Склонность к риску является как личностным, так и возрастным и социальным феноменом, который проявляется в связи с определенными типологическими особенностями, но неизбежно нарастает в подростковом возрасте и юности, а также трансформируется в зависимости от социальной среды и обстоятельств социализации личности. Данные исследований М. Цукермана (2006) показывают, что в период с 9 до 14 лет склонность к риску стремительно возрастает и достигает максимальных значений к 18–20 годам, после чего неизбежно снижается (М. Цукерман, 2006).

Многие авторы отмечают естественность риска для подросткового возраста, его условную нормативность, различая две направленности рискового поведения — социально допустимую и деструктивную (К. Ланг, М. Бонд, 2004). Одновременно риск становится для подростков формой самораскрытия через внешнее поведение и острые телесные ощущения, так как подлинное самораскрытие для незрелой личности невозможно и субъективно оказывается еще большим риском, чем опасность для здоровья или жизни.

Происходит своеобразная подмена: неготовность рисковать личностью (познавать себя, актуализировать и реализовывать собственное «Я», взрослеть) ведет к усилению физического риска ощущения границ «Я» и его внешних возможностей. Все чаще молодые люди выбирают риск как альтернативную возможность ощутить «вкус жизни», испытать себя и показать, что риск — триггер, позволяющий выйти за ограничительные возможности реальности.

Рисковое поведение — своеобразное отражение процесса формирования социальной идентичности, декларация самости, выражающая стремление

показать свою уникальность, подняться над средним, обезличенным уровнем самопрезентации (Т. П. Авдулова, 2011).

Фактором рискованного поведения для подростков также становятся сверстники, общение с которыми нередко само по себе провоцирует рискованное поведение. При этом принадлежность к группе ровесников обеспечивает удовлетворение потребностей в безопасности, защищенности, аффилиации и достижениях, которые подросток с ней разделяет. К социальным факторам рискованного поведения, кроме прочего, относятся негативные характеристики социальной среды (чуждое и делинквентное окружение, распространенность насилия в среде).

Важным личностным качеством, сопряженным со склонностью к риску, является профиль временной перспективы, в частности доминирование настоящего и несформированность перспективы будущего.

В исследованиях Дж. Бойда и Ф. Зимбардо (Ф. Зимбардо, Дж. Бойд, 1999) показано, что склонность к риску коррелирует с профилем временной перспективы настоящего, а различия особенно ощутимы при сравнении с профилем личностей, ориентированных на будущее.

Применительно к подростковому возрасту эта зависимость объясняет как рост поведения риска, так и его снижение в юности. Если для младших подростков закономерной временной ориентацией является сосредоточенность в настоящем и неспособность просчитать последствия риска как на личностном, так и на эмоциональном уровнях, то по мере взросления нормативная картина развития открывает подростку будущее. Ориентация на будущее и эмоциональная включенность в построение новой временной перспективы — достаточно объективный показатель взросления подростка, отражающий преодоление негативной фазы кризиса развития.

Рискованное поведение проявляется в тесной связи с социальными условиями и культурой общества. В зависимости от социальной реальности рискованное поведение обретает новые формы и новую поведенческую направленность. Склонность к нему накладывает отпечаток на социальные связи и отношения подростков, влияет на их социальные представления и моральные ориентиры.

При характеристике факторов риска деструктивного поведения в целом отмечают трудности развития личности, особенно в подростковом возрасте. Этот критический период оказывается в прямом смысле переломным для многих подростков и юношей, вынужденных делать жизненно важный выбор в ситуации чрезмерного давления, пренебрежения или завышенных ожиданий общества (Грэхэм, Пауэр, 2004).

Такие социальные компоненты, как поддержка семьи, отношения со сверстниками, школьная среда и среда проживания (микрорайон), могут выступать в качестве как позитивных, так и негативных факторов, оказы-

вающих непосредственное влияние на поведение детей школьного возраста в отношении своего здоровья (Н. А. Польшкая, Н. В. Власова, 2012).

Усугубляют тяжесть деструктивного поведения социально-экономическая нестабильность, стремительное развитие новых технологий и их неконтролируемое использование во всех важных сферах жизни общества; процессы социальной трансформации, связанные с возникновением новых социальных угроз, и опосредованные ими социальные страхи и тревоги (Н. А. Польшкая, Н. В. Власова, 2015).

Деструктивные тенденции современной культуры и жизни общества оказываются почвой, на которой происходит формирование высокой готовности к саморазрушению, что психологически закрепляется в таких структурах, как личностные черты (например, тревожность, депрессивность, дисфоричность и т. п.), ценности (например, ценность новизны, риска, пренебрежения опасностью, морфологической трансформации, то есть радикального изменения своего тела) и ценностные суждения («все бессмысленно», «не вижу смысла к чему-то стремиться», «моя жизнь ничего не стоит», «жизнь людей ничего не стоит»).

Свойственные детскому и подростковому возрасту трудности саморегуляции находят свое выражение в импульсивности, тревожности, проблемах самооценки и управления эмоциями (Н. А. Польшкая, 2010, 2014). Нарушения саморегуляции отражают диспозициональную предрасположенность к саморазрушению и выступают в качестве медиатора отношений между склонностью к аутодеструктивным действиям и различными ситуативными факторами (например, внешней стрессовой ситуации, приведшей к психотравме).

Среди социально-психологических особенностей детей и подростков, провоцирующих деструктивное поведение, обычно выделяют:

- а) недостаточное развитие интеллекта;
- б) сниженную самооценку;
- в) низкий уровень самоконтроля;
- г) неразвитость коммуникативных навыков;
- д) повышенную возбудимость нервной системы (разные болезни, динамика психофизиологических изменений во время пубертатного периода).

Ю. А. Клейберг (2008) выделяет три группы деструктивного поведения.

1. Внешнедеструктивное (антисоциальное) поведение, противоречащее нравственным и правовым нормам, нарушающее и разрушающее их; угрожающее социальному порядку и благополучию окружающих (алкоголизм, проституция, наркомания, аддикции, а также любые действия или бездействия, запрещенные законодательством).

2. Косвенно-деструктивное (асоциальное) поведение, нарушающее и разрушающее морально-нравственные нормы и межличностные связи

и отношения (агрессия, насилие, открытое хамство, конфликт, бродяжничество и пр.).

3. Аутодеструктивное (диссоциальное) поведение, нарушающее и разрушающее медицинские и психологические нормы, угрожающее целостности и развитию самой личности и, как итог, приводящее к ее распаду (суицид, злоупотребление психоактивными веществами, пищевые аддикции, конформизм, нарциссизм, фанатизм, аутизм).

Деструктивная модель поведения обладает рядом особенностей:

- вызывает у большинства людей негативную, отрицательную оценку;
- не соответствует социальным нормам;
- приносит ущерб как личности, так и окружающим;
- выступает в качестве ответа на нестандартную ситуацию;
- связана с отрицательной направленностью личности;
- развивается в результате отсутствия социальной адаптации;
- имеет свои собственные индивидуальные черты.

Основу модели разрушительного поведения составляют:

- отсутствие мотивации;
- неадекватность;
- дезадаптивность;
- аутичность;
- отсутствие результативности.

Деструктивное поведение может принимать разные формы в контексте взаимоотношения с социумом и адаптации к нему:

1. Радикальная адаптация (попытка изменить не устраивающий человека мир).

2. Гиперадаптация (постановка недостижимых целей).

3. Конформистская адаптация (подстройка под общепринятые нормы, с которыми индивид не согласен).

4. Девиантная адаптация (мотивированное деструктивное поведение, выход за рамки нормы).

5. Социально-психологическая дезадаптация (открытое отрицание необходимости в адаптации к социуму; приложение усилий, чтобы этого избежать).

Также деструктивное поведение может выражаться в виде следующих симптомов:

- агрессивное поведение по отношению к людям;
- враждебность при общении;
- склонность к поломке вещей;
- желание расстроить уклад жизни близких;
- отсутствие возможности испытывать эмоции;
- угроза чужой и собственной жизни.

Аутодеструктивное поведение

Аутодеструктивное (самоповреждающее) поведение связано с разными формами саморазрушения: от высокорискованных действий, нацеленных на поиск новых ощущений, до самоповреждений и суицидальных актов. В его основе лежит реализация агрессивных импульсов, направленных индивидом на себя. Аутодеструкция проявляется в самообвинении, самоунижении, нанесении себе телесных повреждений. Чаще всего под этим подразумевают суицидальное и самоповреждающее поведение, алкогольную и наркотическую зависимость, расстройства пищевого поведения (Ван дер Колк, Перри, Герман, 1991), рискованное сексуальное поведение, экстремальный спорт, провоцирующее поведение (А. Реан, 1996; Н. А. Польская, 2015).

В отличие от широкого понятия самодеструктивного, аутодеструктивного, аутоагрессивного и саморазрушительного поведения (*self-destructive behaviour*) для обозначения преднамеренного ущерба, причиняемого человеком собственному телу, используются понятия *self-injury* — самоущерб; *self-harm* — самовред; *self-inflicted violence* — причиненное себе насилие; *self-mutilation* — членовредительство, самоистязание, самоуродование; *self-injurious behavior* — самоповреждающее поведение (Е. А. Галкина, А. В. Дегтярев, 2015).

В модели аутоагрессии самоповреждающее поведение рассматривается как:

- а) обусловленная стрессовой ситуацией агрессия, направленная на собственное тело (Лоу и др., 2000; Шиа, 1993);
- б) реализация бессознательного мотива наказать себя или другого, «полунамеренное самоуничтожение», в основе которого лежит бессознательное намерение замаскировать угрожающую жизни опасность «под видом случайного несчастья» (Фрейд, 1990).

В настоящее время имеется большой объем клинических и экспериментальных данных, указывающих на самоповреждение как симптом или следствие аномалий развития (Н. А. Польская, 2015, 2017). Умственная отсталость, аутизм и шизофрения, генетические синдромы, сопровождающиеся нарушениями интеллекта и расстройствами поведения, — там, где речь идет о несформированности или *низком уровне интеллекта и значительном когнитивном дефиците*, самоповреждения — распространенная поведенческая практика.

Н. А. Польская выделила четыре стратегии аутодеструктивного (самоповреждающего) поведения:

- 1) восстановление контроля над эмоциями — аутодеструктивное поведение направлено на совладание с сильными эмоциями;

2) избавление от напряжения — аутодеструктивное поведение направлено на снижение интенсивности, силы эмоций;

3) воздействие на других — аутодеструктивное поведение направлено на привлечение внимания и получение поддержки от окружающих;

4) изменение себя, поиск нового опыта — аутодеструктивное поведение направлено на изменение идентичности, самовыражение, получение новых ощущений.

Н. А. Польская (2017) выделяет следующие типы аутодеструктивного (самоповреждающего) поведения.

- Реактивный тип — включает импульсивные и волевые акты самоповреждения. Самоповреждения ситуативно обусловлены, единичные или редко повторяющиеся, наиболее часто совершаются в состоянии острого стресса, фрустрации или аффекта.
- Дисфункциональный тип — связан с хроническими нарушениями саморегуляции, что находит выражение в трудностях идентификации эмоций и собственных психологических состояний, малоадаптивных копингах, искажении временной перспективы, нарушениях «Я»-концепции и т. п. Самоповреждения возникают в феноменологически сходных ситуациях, переживаемых как эмоционально нестабильные, вызывающие тревогу, в качестве способа совладания с ними или изменения своего эмоционального состояния.
- К идентификационному типу относятся акты самоповреждения, наблюдаемые в социальных группах (например, в примитивных племенах, религиозных, неформальных субкультурных группах) или в поведении отдельных людей в период изменения идентичности. Это самоповреждения, санкционируемые референтной группой.

Одной из наиболее радикальных форм аутодеструктивного поведения является **суицид (самоубийство)**. Это преднамеренный акт убийства самого себя. Согласно МКБ-10, суицидальное поведение входит в рубрику X60-X84 «Преднамеренное самоповреждение».

Суицидальное поведение встречается как в норме (без психопатологии), так и при психопатиях, акцентуациях характера — в последнем случае оно является одной из форм девиантного поведения при острых аффективных или патохарактерологических реакциях.

Суицидент — человек, совершивший попытку суицида либо демонстрирующий суицидальные наклонности.

По данным ВОЗ (2019), ежегодно более 800 000 человек лишают себя жизни и еще больше людей совершают попытки самоубийства. Подростково-юношеский возраст принято считать одним из значимых факторов риска суицидов.

Суицидальное поведение имеет внутренние и внешние проявления (Л. Б. Шнейдер, 2019), классифицируется на внутренние и внешние формы.

Внутренние формы:

- антивитальные представления (то есть размышления об отсутствии ценности жизни);
- пассивные суицидальные мысли (представления на тему своей смерти при отсутствии четкого замысла на самовольное лишение себя жизни: «Хорошо бы умереть» и т. д.);
- суицидальные замыслы (разработка плана самоубийства, продумывание его деталей);
- суицидальные намерения (принятие решения о самоубийстве).

Внешние формы:

- суицидальные высказывания;
- суицидальные попытки (целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью);
- завершённый суицид.

Различают следующие типы суицидального поведения.

Демонстративное поведение — в его основе лежит стремление подростка обратить внимание на себя и свои проблемы, показать, как ему трудно справляться с жизненными ситуациями. Это своего рода просьба о помощи. Как правило, демонстративные суицидальные действия совершаются не с целью причинить себе реальный вред или лишить себя жизни, а чтобы напугать окружающих, заставить их задуматься над проблемами подростка, «осознать» свое несправедливое отношение к нему. При демонстративном поведении способы суицидального поведения чаще всего проявляются в виде порезов вен, отравления неядовитыми лекарствами, изображения повешения.

Аффективное суицидальное поведение. Суицидальные действия, совершённые под влиянием ярких эмоций, относятся к аффективному типу. В таких случаях подросток действует импульсивно, не имея четкого плана действий. Как правило, реальное восприятие действительности затмевают сильные негативные эмоции (обида, гнев), и подросток, руководствуясь ими, совершает суицидальные действия. В случае аффекта чаще прибегают к попыткам повешения, отравлению токсичными и сильнодействующими препаратами.

Истинное суицидальное поведение характеризуется продуманным планом действий: подросток готовится к совершению суицидального действия. В данном случае подростки чаще оставляют записки, адресованные родственникам и друзьям, в которых прощаются со всеми и объясняют причины своего поступка. Поскольку действия продуманные, такие суицидальные

попытки чаще заканчиваются смертью. При истинном суицидальном поведении чаще прибегают к повешению или прыгают с высоты.

Динамика развития суицидального поведения включает две фазы — предсуицидальную и суицидальную.

Предсуицидальная фаза характеризуется пиковым снижением адаптационных способностей. У подростков это может проявляться в снижении успеваемости и уровня интереса, ограничении общения, повышенной раздражительности, эмоциональной неустойчивости и т. п. В этот период формируются собственно суицидальные мысли, которые могут проявляться в виде заявлений типа «надоела такая жизнь», «вот бы уснуть и не проснуться», возникновения интереса к темам жизни и смерти и т. д. На этой стадии у подростка возникают пассивные мысли о лишении себя жизни, самоубийстве. Также она характеризуется представлениями, фантазиями и размышлениями о своей смерти, но не на тему лишения себя жизни. Примером являются высказывания вроде «чем так жить, лучше умереть», «хочется уснуть и не проснуться» и т. п.

На данной стадии работают механизмы психологической защиты, блокирующие суицидальные попытки, индивид пытается как-то справиться с кризисной ситуацией. Но по мере того, как ресурсы преодоления трудностей тают, намечается тенденция укрепления суицидального замысла. Это активная форма проявления желания покончить с собой, которая сопровождается разработкой плана реализации суицидальных замыслов; продумываются способы, время и место совершения самоубийства. У подростков отмечаются высказывания о намерениях.

Собственно суицидальная фаза начинается с реализации суицидальных намерений в виде суицидальной попытки. Происходит присоединение к замыслу о суициде сформированного решения (установки) и волевого компонента, побуждающего к непосредственному осуществлению внешних форм суицидальных поведенческих актов.

Следует учесть, что при острых пресуицидах возможно моментальное проявление суицидальных замыслов и намерений, без предшествующих ступеней.

Структура суицидального поведения (Л. Б. Шнейдер, 2019):

- 1 — социально-ситуационные факторы;
- 2 — личностные факторы;
- 3 — конфликт;
- 4 — социально-психологическая дезадаптация;
- 5 — крах ценностных установок (потеря смысла жизни);
- 6 — провоцирующие факторы;
- 7 — мотивационная готовность;
- 8 — предрасполагающие внешние факторы;

9 — пресуицид;

10 — суицид.

Выделено три основных признака надвигающегося суицида (Л. Б. Шнейдер, 2019):

- скрытый гнев: гнев скрывают, выдавая его за другие чувства; он направлен внутрь себя, похоронен, но его наличие можно заметить;
- тяжелая потеря: положение дел не улучшается, никто не способен помочь, нет никакой надежды;
- человек охвачен ощущением беспомощности.

Т. С. Павлова и Г. С. Банников (2013) предлагают три современные модели, сформулированные за последнее десятилетие, в которых фокусом является подростковый суицид:

1. Модель развития суицидального поведения у подростков Д. Бридж, Т. Голдштейн, Д. Брент.

Развитие суицидального поведения является следствием сочетания двух типов уязвимости — расстройства настроения и тенденции к импульсивной агрессии (склонность агрессивно реагировать на фрустрацию), что, в свою очередь, связано с некоторыми нейробиологическими особенностями.

Здесь авторы делают акцент на ключевой роли семейных факторов в предпубертатном периоде. Наличие аффективных и/или других расстройств у родителей (импульсивная агрессия, депрессия, суицидальные попытки) вносит свой вклад в появление предвестников развития расстройств настроения у детей, таких как нейротизм, чувство безнадежности и высокий уровень тревожности. Также возможные фасилитаторы суицидального поведения — интоксикация и обилие информации о самоубийстве в окружении подростка (информация о суицидах в СМИ, суицид в окружении, подростковое заражение). Доступность летального агента (например, оружия, таблеток; свободный доступ на чердак) делает попытку более летальной.

2. Интерперсональная теория суицида Т. Джойнера.

Желание умереть, согласно Т. Джойнеру, возникает при наличии таких факторов, как брошенность («я один»), восприятия себя как бремени («я мешаю другим»), приобретенной сниженной чувствительности к боли.

Брошенность (фрустрированная принадлежность, одиночество). Социальная изоляция, согласно многочисленным исследованиям, — один из наиболее значимых и надежных предикторов суицидальных намерений, попыток и завершенных суицидов на протяжении жизни. Потребность в принадлежности настолько сильна, говорит Т. Джойнер, что проявляет себя даже на пороге смерти. Другая составляющая чувства фрустрированной принадлежности — отсутствие взаимной поддержки, ощущение, которое

можно выразить словами: «У меня нет людей, на которых я мог бы опереться в тяжелые времена», «Я не могу поддержать близких мне людей».

В *восприятие себя как бремени* включаются два измерения:

1) убеждение в своей ущербности и, в связи с этим, зависимости от других;

2) аффективно нагруженные мысли о ненависти к себе.

Переживание внутреннего состояния восприятия себя как бремени выражается в мыслях и высказываниях: «Я приношу людям только вред», «Я ненавижу себя», «Я бесполезен».

Факторы риска: безработица, тюремное заключение, бездомность, тяжелая физическая болезнь; прямые утверждения, что человек является обузой для своих близких.

Приобретенная сниженная чувствительность к боли. Повышенная толерантность к физической боли и редуцированный страх смерти развиваются в течение жизни под влиянием определенных обстоятельств, таких как практически любой опыт перенесения сильной боли и/или страха (травмы, несчастные случаи, насилие; самоповреждающее, рискованное поведение); сцены насилия и жестокости в СМИ; компьютерные игры, связанные с убийством и насилием; суицидальные мысли, подготовка к суициду, прерванные попытки, суицидальные попытки.

Согласно интерперсональной модели, истинная суицидальная попытка совершается только в том случае, если все три фактора совпадают в одном человеке: желание умереть из-за острого чувства одиночества, восприятие себя как бремени для близких людей, приобретенная толерантность к физической боли и редуцированный страх смерти.

3. Когнитивные теории суицида применительно к подросткам.

Когнитивные теории подросткового суицида базируются на теории Аарона Бека, разработанной в 1960–1980 годах.

Для подростков, склонных к суициду, такие особенности жизни, как неблагополучная ситуация в семье, насилие, пренебрежение родителей либо наличие у них психических заболеваний и/или травля и отвержение со стороны ровесников, способствуют формированию определенного типа мышления. Ему свойствен негативный взгляд на себя, окружающих и свое будущее. Эти глубинные убеждения могут звучать следующим образом: «Я некомпетентен», «Я недостоин любви», «Окружающие люди враждебны», «Будущее беспросветно».

При воздействии стресса активизируется негативная триада взглядов на себя, окружение и будущее, которая вызывает очень сильные негативные эмоции. Как указывают когнитивные терапевты, для девочек стрессорами чаще всего выступают межличностный конфликт (ссора с подругой/другом) и расставание с объектом влюбленности; для мальчиков — проблемы

в учебе или выбранной специальности. Чтобы справиться с зашкаливающим негативным аффектом, подростки начинают применять дезадаптивные способы совладания вследствие описанных выше особенностей мышления. Это может быть злоупотребление алкоголем и/или наркотиками, самоповреждающее поведение (нанесение себе порезов и ожогов), другие виды девиантного поведения. Поскольку применяемые способы лишь усугубляют проблему и снижают накал негативных эмоций временно, появляется острое чувство безнадежности и пассивные суицидальные мысли («Лучше бы я умер»). Подросток может проходить порочный цикл «мысли — эмоции — поведение» много раз, усугубляя свое состояние, пока не настанет суицидальный кризис — безнадежность относительно текущей жизненной ситуации («Эта ситуация невыносима и к лучшему не изменится») и фиксация на мысли, что суицид — единственное решение (туннельное видение, озабоченность идеей, что «выхода нет»). Оба этих состояния усиливают друг друга, а разрешением кризиса выступает попытка суицида (А. Венцель, А. Бек, 2008).

Антисуицидальные факторы личности — это сформированные положительные жизненные установки и позиция, комплекс личностных факторов и психологические особенности человека, а также душевные переживания, препятствующие осуществлению суицидальных намерений. К ним относятся:

- эмоциональная привязанность к значимым родным и близким;
- выраженное чувство долга, обязательность; концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинить себе физический ущерб;
- учет общественного мнения и избегание осуждения окружающих, представления о позорности самоубийства и неприятие (осуждение) суицидальных моделей поведения;
- убеждения о неиспользованных жизненных возможностях;
- наличие жизненных, творческих, семейных и других планов, замыслов;
- наличие духовных, нравственных и эстетических критериев в мышлении;
- психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания, использовать методы снятия психической напряженности;
- наличие актуальных жизненных ценностей, целей; проявление интереса к жизни;
- привязанность к родственникам, близким людям, высокая степень значимости отношений с ними;
- уровень религиозности и боязнь греха самоубийства;
- планирование своего ближайшего будущего и перспектив жизни;
- негативная проекция своего внешнего вида после самоубийства.

Чем большим количеством антисуицидальных, жизнеутверждающих факторов обладает человек, и в частности подросток, чем сильнее его «психологическая защита» и внутренняя уверенность в себе, тем прочнее антисуицидальный барьер.

Модели коррекции деструктивного поведения

Коррекция деструктивного поведения осуществляется в рамках комбинированной терапии, сочетающей медикаментозные и поведенческие методы, с учетом специфики возможных поведенческих, личностных или аффективных расстройств и нарушений психического развития.

Н. А. Польская (2016) представляет следующие модели коррекции деструктивного поведения: когнитивно-бихевиоральные; модели, основанные на психодинамическом подходе, модели семейной психотерапии и многомерную модель вмешательства.

Когнитивно-бихевиоральные модели

В основе когнитивно-бихевиорального подхода к терапии самоповреждающего поведения лежат четыре ключевых аспекта:

- 1) функциональная оценка проблемного поведения, на основе которой составляется план лечения пациента с деструктивным поведением;
- 2) обучение пациента навыкам, отсутствие или недостаточная сформированность которых связаны с деструктивным поведением (например, коммуникативные навыки, навыки решения проблем);
- 3) изменение поведения пациента (в данном случае — устранение положительного подкрепления деструктивного поведения);
- 4) когнитивное реструктурирование — выявление, оценка и изменение иррациональных убеждений, приводящих к деструкции.

В другой модели, обучающей когнитивно-бихевиоральной психотерапии, сочетаются классические когнитивно-бихевиоральные приемы и техники решения проблем (problem-solving therapy) (К. Эванс, 1999). Акцент делается на информировании клиента о продуктивных способах совладания с трудными и стрессогенными жизненными ситуациями. Терапия является краткосрочной: в течение шести встреч клиенты получают информацию о самоповреждении, способах его преодоления и источниках помощи в кризисных ситуациях (К. М. Дэвидсон, 2014).

Диалектическая бихевиоральная терапия также разработана специально для пациентов с пограничным расстройством личности, суицидальным и самоповреждающим поведением и направлена на повышение осознанности в эмоциональной сфере, улучшение межличностных отношений, а также научение адаптивным способам эмоциональной регуляции (М. М. Линехан,

2006). Она не является более успешной в лечении самоповреждающего поведения по сравнению с другими когнитивно-бихевиоральными методами, но более эффективна при суицидальном поведении.

В рамках данной модели выделяют пять направлений оказания психологической помощи:

1. Улучшение поведенческих навыков.
2. Повышение мотивации к применению данных навыков.
3. Перенос отработанных в терапии навыков в повседневную жизнь.
4. Структурирование среды для подкрепления адаптивного поведения.
5. Повышение мотивации и навыков терапевта.

Терапия проводится в четырех формах: индивидуальная психотерапия (час в неделю); групповой тренинг навыков (2,5 часа в неделю); телефонные консультации; еженедельные встречи терапевтов.

Модели, основанные на психодинамическом подходе

В рамках психодинамического подхода рассматривают разные виды терапии: основанная на ментализации, сфокусированная на переносе, психоаналитическая психотерапия и когнитивно-аналитическая терапия.

Современная психодинамическая терапия включает в себя такие приемы, как фокусирование на межличностных отношениях, работа над осознанием и выражением чувств, развитие образа «Я» клиента.

Семейная терапия, основанная на теории привязанности (К. Киссил, 2011)

Семейная терапия, основанная на теории привязанности, исходит из того, что нарушения привязанности в раннем возрасте между ребенком и матерью влекут за собой нарушения эмоциональной саморегуляции, искажение образа «Я» и формирование неадаптивных способов совладания со стрессом в подростковом возрасте. Данная модель психологической помощи предполагает, что ряд факторов (семейные конфликты, отсутствие эмоциональной согласованности членов семьи, насилие) могут разрушить связь между ребенком и родителями, что станет основой для формирования различных форм малоадаптивных или неадаптивных копингов. Целью терапии является разрешение внутрисемейных конфликтов, построение доверительных отношений между подростком и родителями, при которых родители оказываются снова включены в его жизнь.

Многомерная модель вмешательства при повреждающем поведении у подростков

К. Йип (2005) предлагает многомерную модель вмешательства при самоповреждающем поведении у подростков (может выступать и как пе-

речень направлений для профилактики самоповреждающего поведения), состоящую из следующих блоков:

1. Улучшение социальной среды подростка. Сюда относится целый ряд рекомендаций по улучшению и экологизации социальной среды, в которой происходит взросление: предотвращение сексуализации девушек в рекламе и СМИ, уменьшение требований системы образования, более справедливые условия найма на работу и т. п.

2. Психологическая помощь подростку в решении межличностных проблем. Поддержка родителей и сверстников помогает подростку справиться с чувствами фрустрации, гнева, напряжения, пустоты. При нарушениях отношений с родителями и сверстниками, а также в случае семейного конфликта или развода необходима профессиональная психологическая помощь.

3. Избавление от фрустрации и улучшение качества эмоциональной регуляции. Проведение семинаров и тренингов с целью научить подростка приемам адаптивной саморегуляции и выражения гнева. Семинары и тренинги могут проводиться как в качестве превентивных общеобразовательных мероприятий, так и в рамках терапии.

4. Повышение целостности и чувства собственной значимости у подростка (за счет участия в важных мероприятиях, волонтерских организациях, создания групп поддержки и т. п.).

Профилактика суицидального и рискованного поведения

При профилактике суицидального поведения делается акцент на его многофакторности и возможности развития программ профилактики по сложным траекториям. На уровне универсальной профилактики могут использоваться мероприятия по ограничению доступа к ядовитым препаратам, на уровне выборочной профилактики — терапия для больных с зависимостями и личностными расстройствами, а на уровне указывающей профилактики — терапия для больных с суицидальным поведением.

Вредными признаются следующие меры профилактики: терапия восстановления подавленных воспоминаний, повышение осведомленности школьников о суициде, сообщения о суицидах в СМИ и «контракты» (пациент подписывает документ, не имеющий легальной силы, о том, что не совершит суицид в определенный промежуток времени) (Н. А. Польская, 2016).

К наиболее известным превентивным мероприятиям относятся:

- «вторичная» профилактика самоповреждающего поведения, в рамках которой пациентам клиник предоставляют помощь по телефону терапевты-стажеры (Морган, Джонс, Оуэн, 1993);
- когнитивно-ориентированная программа для школ, в рамках которой школьникам предоставляли информацию о копинг-стратегиях и давали домашние задания на преодоление негативных иррациональных убеждений (Клингман, Хохдорф, 1993);
- программа «Знаки самоповреждения», когда учителей учат выявлять признаки того, что студент совершает самоповреждения; кроме того, студентам читают лекции на тему, как помочь сверстникам с самоповреждающим поведением (Джекобс и др., 2009).

В качестве направлений превенции самоповреждающего поведения также выделяют:

- 1) укрепление привязанности в младенческом возрасте;
- 2) укрепление семейных отношений в подростковом возрасте;
- 3) создание позитивных моделей себя и других (работа с самооценкой и оценкой межличностных отношений);
- 4) создание неформальных межличностных связей с другими подростками (Р. Татнел, Л. Келада, 2014).

Требования к программам профилактики:

1. Основаны на теоретической и эмпирической базе.
2. Не только предотвращают нежелательное поведение, но и разрабатывают адаптивные навыки.
3. Работают на нескольких уровнях.
4. Имеют необходимую продолжительность и силу воздействия для оказания эффекта.
5. Усиливают поддержку со стороны значимых других.
6. Максимально задействуют участников программы за счет межгрупповых семинаров, обсуждений и обмена информацией.
7. Включают в себя методики для измерения изменений психологических процессов, на которые направлена программа.
8. Экономически выгодны для длительного проведения.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятию «деструктивное поведение».
2. Назовите основные рубрики классификации деструктивного поведения по МКБ-10.

3. Охарактеризуйте главные свойства рискованного поведения по Ю. А. Клейбергу.
4. Охарактеризуйте понятие «суицид» и динамику развития суицидального поведения.
5. Назовите основные факторы, запускающие рискованное и суицидальное поведение у подростков.
6. Перечислите основные теории феномена суицида.
7. Перечислите основные модели коррекции деструктивного поведения.

Рекомендуемая литература

1. *Авдулова Т. П.* Психология подросткового возраста. — М.: Юрайт, 2019. — 394 с.
2. *Касьянов В. В.* Суицидальное поведение / В. В. Касьянов, В. Н. Нечипуренко. — М.: Юрайт, 2019. — 330 с.
3. *Клейберг Ю. А.* Психология девиантного поведения. — М.: Юрайт, 2019. — 290 с.
4. *Польская Н. А.* Психология самоповреждающего поведения. — М.: ЛЕНАНД, 2017. — 320 с.
5. *Шнейдер Л. Б.* Психология девиантного и аддиктивного поведения детей и подростков. — М.: Юрайт, 2019. — 219 с.

Глава 20. Психофармакотерапия в детской психиатрической практике

Ю. А. Фесенко

Вторую половину XX века в истории психиатрии можно считать психофармакологической эрой. Открытие, интенсивное изучение и широкое применение в практике психотропных средств имело революционное значение для клинической и биологической психиатрии. В настоящее время психофармакотерапия — наиболее распространенный в мире способ лечения душевных расстройств. Благодаря успехам научно обоснованной психофармакотерапии лечение психических заболеваний, включая тяжелые и хронические формы, оказалось возможным во внебольничных условиях, а содержание больных в психиатрических лечебницах стало приближаться к общемедицинским нормам. Медикаментозную терапию получают от 40 до 60 % детей и подростков, которые обращаются за помощью к психиатру.

Значительные трудности при выборе способа терапевтического вмешательства связаны с противоречивостью данных об эффективности и безопасности психотропных препаратов у детей и подростков, особенно при длительном применении и недостаточной идентификации симптомов, которые должны отвечать на медикаментозные или психосоциальные воздействия. Данные о применении препаратов у взрослых невозможно механически переносить на детей с аналогичной патологией, а отсутствие четких и своевременно обновляющихся рекомендаций относительно медикаментозной помощи детям и подросткам, страдающим психическими расстройствами, приводит к тому, что врач и пациент оказываются в этически и юридически неопределенной ситуации, препятствующей оказанию максимально эффективной и безопасной помощи.

Правила назначения и проведения психофармакотерапии у детей и подростков

Перед началом применения психотропного препарата нужно тщательно взвесить возможную пользу и вред от его применения. Началу лечения

должно предшествовать комплексное заключение о состоянии здоровья, состоящее из психиатрического, общемедицинского, неврологического, психофармакологического заключений.

Психиатрическое заключение

1. Ведущий психопатологический синдром, нозологическая принадлежность, длительность и форма течения заболевания.
2. Сведения о приеме психоактивных веществ с немедицинскими целями.
3. Решение вопроса о необходимости психологического или нейропсихологического обследования перед началом применения психотропного препарата.
4. Обозначение места психофармакотерапии среди других методов вмешательства. Лекарственная терапия крайне редко способна (если вообще способна) решить все проблемы пациента. Медикаментозное вмешательство должно являться частью продуманной реабилитационной программы, в которую входят психотерапевтическое, психосоциальное, специализированное педагогическое вмешательство, реабилитационные и обучающие мероприятия.

Общемедицинское заключение

1. Наличие хронических соматических заболеваний и состояний, угрожающих декомпенсацией. Обоснованное заключение об ограничении на применение препаратов, способных вызвать декомпенсацию.
2. Обоснованное заключение о приоритетности психотропной или соматотропной (при необходимости ее проведения) терапии.
3. Обоснованное заключение о целесообразности сочетания психотропной и соматотропной терапии.
4. Уточнение состояния функции печени и почек. Позволяет не только просчитать риск нежелательных явлений, но и скорректировать дозу, так как эти органы могут прямо влиять на изменение плазматической концентрации препаратов.
5. Уточнение состояния системы крови (в случае применения препаратов с риском возникновения соответствующих осложнений).
6. Кардиоваскулярное заключение (контроль АД, ЭКГ при наличии показаний).

Неврологическое заключение

1. Клинический неврологический осмотр.
2. Решение вопроса о необходимости нейрофизиологического обследования (ЭЭГ и др.) и нейровизуализации.
3. Обоснованное заключение о приоритетности психофармакологического или неврологического вмешательства.

4. Обоснованное заключение о целесообразности сочетания психофармакотерапии и неврологического вмешательства.

Психофармакологическое заключение об ответе и побочных эффектах на проводившееся ранее лечение

1. Лекарственный анамнез пациента, оценка эффективности и безопасности предшествующей терапии.
2. Вопрос о том, является ли пациент резистентным к терапии и целесообразно ли обсуждать это после отсутствия ответа на терапию двумя нейрорептиками, назначенными в адекватной дозе в течение адекватного количества времени.
3. У детей предпочтение должно отдаваться препаратам с наилучшим профилем безопасности (до разумного предела и с учетом остроты состояния). Назначение эффективного, но плохо переносимого препарата может привести к отказу от лечения, а следовательно, ухудшить состояние или повысить риск обострения. Следует избегать назначения препаратов, ранее вызывавших побочные эффекты.
4. У детей особенно важно учитывать воздействие на когнитивные функции. Негативное влияние на них, а значит и на способности к обучению, может свести на нет достигнутые успехи.

Общая характеристика препаратов ноотропного ряда

Мы неслучайно начинаем обзор психофармакологических препаратов, использующихся в детской практике, с группы ноотропов. В настоящее время преобладает общий теоретический подход к психонервным заболеваниям как устойчивым патологическим состояниям, определяемым работой так называемых детерминантных структур (Н. П. Бехтерева, 1980; Г. Н. Крыжановский, 1980).

Взаимодействия между структурами во время доминанты складываются в процессе динамики выработки той или иной реакции организма на раздражители — в зависимости от условий его деятельности и генетической программы. Доказано, что каждый «условный рефлекс является доминантой, прежде чем станет условным рефлексом» (В. С. Русинов, 1969). Точно так же всякое устойчивое патологическое состояние, подобно любой его определяющей констелляции детерминантных структур, в своем развитии проходит стадию доминанты. Причем этот процесс динамический: закрепившиеся, так называемые жесткие связи между структурами уже прошли стадию

доминанты; связи, модулирующие работу мозга, так называемые гибкие, еще ее не миновали. Именно на эти связи можно оказать внешнее лечебное воздействие, которое способно перевести работу мозга на качественно иной, не патологический режим работы. Учитывая, что основной причиной психических расстройств является нарушение межструктурного взаимодействия (М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, 2000; М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, М. Ю. Рубин, 2003; Ю. А. Фесенко, 2010), на что указывают результаты кросскорреляционного анализа и наличие патологической пароксизмальной ритмики в определяющих развитие взаимодействия зонах полушарий головного мозга (в теменно-височных и теменно-затылочных областях), упор в психофармакотерапии следует делать на восстановлении межструктурного взаимодействия и борьбе с патологическими проявлениями.

Ноотропные препараты способствуют активации возможностей головного мозга относительно включения его резервов. Активация резервов мозга необходима практически при всех патологиях, в основе которых лежит первичное поражение мозговых структур. Даже если такое поражение не проявляется непосредственно, оно влияет на взаимодействие между структурами мозга, что фактически составляет патологическую базу многих психоневрных заболеваний и, в частности, пограничных психических расстройств. Основным критерий истинных ноотропных средств — избирательная активация энергетического обмена в нервных клетках. Поэтому у них практически не бывает вредных побочных воздействий на организм. В настоящее время их широко используют во всем мире здоровые люди после 40 лет — для сохранения интеллектуальных способностей и памяти от разрушающего действия процессов старения. Кроме того, и это особенно важно для детей, стимуляция резервов головного мозга ноотропами заключается в вовлечении нейронов (резервных или находящихся ранее под действием медленноволновых процессов) в формирование процессов альфа- и бета-ритмической активности, чему способствует наличие большого количества гибких связей в головном мозге ребенка (М. И. Лохов, Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко, 2008, 2011; Ю. А. Фесенко, 2010).

Однако тотальная, ненаправленная активация в ряде случаев может усугубить и даже закрепить существующие нарушения во взаимодействии между структурами. Поэтому всякое подобное воздействие в обязательном порядке должно проводиться под тщательным объективным контролем за работой мозга, а не только на основании интуиции и практических знаний лечащего врача.

Для этих целей применяются современные объективные методы исследования работы мозга, причем совершенно необязательно использовать сразу все имеющиеся в современной медицине способы. На первых этапах вполне достаточно электроэнцефалографии (ЭЭГ) — этот метод

исследования обязателен для любого пациента, попавшего в поле зрения психиатра.

Термин «ноотропы» (от греч. *noos* — разум, мышление и *tropos* — стремление, направление, изменение) предложил известный бельгийский фармаколог румынского происхождения С. Giurgea в 1972 году. Он определил ноотропные средства, говоря современным языком, как вещества, оказывающие специфическое влияние на высшие интегративные функции мозга, облегчающие обучение, улучшающие память и умственную деятельность, повышающие устойчивость мозга к повреждающим факторам, улучшающие кортикально-субкортикальные связи.

К ноотропам относятся многочисленные препараты с разным химическим строением и механизмом действия. Для ряда препаратов улучшение памяти является ведущим фармакологическим эффектом. Их иногда относят к «истинным» ноотропам, как, например, пирацетам (первый ноотропный препарат) и его аналоги. Для большинства средств ноотропное действие — лишь одно из компонентов фармакодинамики, то есть наряду с ноотропным данные препараты обладают широким спектром действия. Ноотропный эффект может быть связан и с улучшением мозгового кровообращения, такие поливалентные препараты иногда называют «нейропротекторами» (табл. 20.1).

Таблица 20.1. Основные группы ноотропных препаратов

Группа	Препараты
Производные пирролидона (рацетамы)	Пирацетам и его аналоги
Препараты, усиливающие холинергические процессы	Амиридин, такрин, глиатилин, деанола ацеглумат, деманол
ГАМК-ергические препараты	Гамма-аминомасляная кислота, пантогам, пикамилон, фенибут, фенотропил, пикамилон, аминалон
Глутаматергические препараты	Глицин, мемантин
Нейропептиды и их аналоги	Семакс, церебролизин, кортексин
Антиоксиданты и мембранопротекторы	Меклофеноксат, мексидол, пиритинол
Препараты гинкго билоба	Билобил, танакан, мемоплант
Блокаторы кальциевых каналов	Нимодипин, циннаризин
Церебральные вазодилататоры	Винпоцетин, ницерголин, инстенон
Комбинированные препараты	Винпотропил, омарон, фезам

Эффект ряда ноотропных средств опосредуется через нейромедиаторные системы головного мозга, среди которых наиважнейшие — моноаминергическая (пирацетам вызывает увеличение содержания в мозге дофамина и норадреналина, некоторые другие ноотропы — серотонина); холинергиче-

ская (увеличение содержания ацетилхолина в синоптических окончаниях, улучшение церебральной холинергической проводимости) и глутаматергическая (воздействие на NMDA-рецепторы).

В детской практике показаниями к назначению ноотропов являются задержка психического, психомоторного и речевого развития, умственная отсталость, нейроциркуляторная дисфункция на резидуально-органическом фоне, последствия перинатальной энцефалопатии, а также различных по генезу энцефалопатий (постгипоксической, посттравматической, соматогенной), детский церебральный паралич, трудности в обучении у детей с минимальной мозговой дисфункцией (рассеянность, умственная утомляемость, синдром гиперактивности с дефицитом внимания, дислексия).

Пирролидоновые производные

В действии препаратов данной группы преобладает мнестический эффект (улучшение памяти, мыслительных процессов). Пирролидоновые ноотропные препараты (рацетамы) представляют собой лекарственные вещества преимущественно метаболитного действия (пирацетам, оксирацетам, анирацетам, прамирацетам, этирацетам, дипирацетам, ролзирацетам, небрацетам, изацетам, нефирацетсил, дитирацетам и др.). Данные препараты, в основе химической формулы которых лежит пирролидоновое кольцо, сходное по строению с гамма-аминомасляной кислотой (ГАМК), оказывают позитивное действие на центральную нервную систему за счет ряда механизмов. Так, прямое воздействие на энергетические процессы в нейроне за счет повышения активности фермента аденилатциклазы нормализует клеточный метаболизм. Кроме того, они стимулируют окислительно-восстановительные процессы, способствуют утилизации глюкозы нейроном и оказывают позитивное действие на регионарный церебральный кровоток благодаря снижению степени агрегации тромбоцитов. Сочетанное влияние на клеточный метаболизм и церебральный кровоток способствует достижению положительного эффекта в отношении когнитивных функций, например улучшению межполушарной передачи информации, что объясняет позитивный эффект этих препаратов при речевых нарушениях. Важным является действие данных препаратов на вестибулярные ядра ствола головного мозга, что необходимо при лечении дисциркуляторной энцефалопатии и состояний, в клинической картине которых основное место занимают стволовые нарушения, например, при черепно-мозговой травме.

В клинической практике препараты данной фармакотерапевтической группы применяются в ходе восстановительного периода после инсульта

и черепно-мозговой травмы, при дисциркуляторной энцефалопатии, постгипоксических состояниях, алкогольной или наркотической интоксикациях, в детской практике — при нервно-психических расстройствах, включая невротические, психосоматические, резидуально-неврологические синдромы. И хотя на сегодняшний день синтезировано более 1500 веществ подобного строения, в лечебной практике используется чуть более 10 препаратов. Из них наиболее известны пирацетам, оксирацетам, анирацетам, этирацетам и прамирацетам. Благодаря общей химической структуре эти ноотропы получили название «рацетамы». Особенность пирацетама — то, что его фармакологическое действие проявляется лишь в условиях длительного повторного введения в достаточно высоких дозах.

ГАМК-ергические препараты

Механизмы ноотропного эффекта, оказываемого ГАМК-ергическими веществами, связаны с усилением энергетических процессов в головном мозге за счет усиления синтеза гамма-аминомасляной кислоты, способствующей утилизации глюкозы клетками мозга и улучшению церебрального кровотока.

ГАМК — биогенное вещество. Содержится в ЦНС и принимает участие в нейромедиаторных и метаболических процессах в мозге. Установлено, что ГАМК является основным медиатором, участвующим в процессах центрального торможения. Под ее влиянием также активируются энергетические процессы мозга и повышается дыхательная активность тканей. Действие ГАМК в ЦНС осуществляется путем ее взаимодействия со специфическими ГАМК-ергическими рецепторами, которые в последнее время подразделяют на ГАМК-А- и ГАМК-Б-рецепторы. Аналогичным механизмом действия обладает и пирацетам, который является циклическим аналогом ГАМК.

Наличие ГАМК в ЦНС обнаружили в середине 1950-х годов, вскоре был осуществлен ее синтез. В конце 1960-х ГАМК под названием «**Гаммалон**» предложили для применения в качестве лекарственного средства за рубежом, затем под названием «**Аминалон**» — в нашей стране.

Препараты данной группы — производные гамма-аминомасляной кислоты: **пантогам, фенибут, фенотропил**. И сама гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) — аминалон. Это и препараты, которые сочетают свойства ГАМК и других веществ. Одним из примеров такого сочетания является пикамилон (ГАМК и никотиновая кислота).

В нашей работе мы широко применяем **пантогам**. Аналоги: **пантокальцин, кислота гопантотеновая** (кальция гопантенат) — кальциевая соль

Д-гомопантеиновой кислоты, по свойствам имеющая сходство с ГАМК и пантотеновой кислотой. Международное наименование: гопантенная кислота. Данное ноотропное средство обладает нейрометаболическими, нейропротекторными и нейротрофическими свойствами. Повышает устойчивость мозга к гипоксии и воздействию токсичных веществ, стимулирует анаболические процессы в нейронах, сочетает умеренное седативное действие с мягким стимулирующим эффектом, обладает противосудорожным действием, уменьшает моторную возбудимость с одновременным упорядочением поведения. Повышает умственную и физическую работоспособность. Проявляет анальгезирующее действие.

Действующее вещество пантогама — гопантенная кислота, которая по своему действию отличается от большинства других ноотропов, таких как пирацетам, ноотропил и др. Наполовину она является витамином (пантотеновая кислота — витамин В₁₅), а наполовину — медиатором головного мозга, отвечающим за такие физиологические процессы, как сон, равновесие процессов возбуждения и торможения (ГАМК). Основное действие этой части молекулы пантогама — успокаивающее, противосудорожное, снотворное. Поэтому он применяется при всех заболеваниях и состояниях, связанных с повышенной возбудимостью, нарушением сна, судорожной готовностью. Эти состояния часто возникают в детской психоневрологии, сопровождая перинатальную энцефалопатию, гидроцефалию, посттравматические повреждения мозга, детский церебральный паралич, пограничные психические заболевания.

Основные ноотропные препараты, являясь эффективными, имеют один важный недостаток: если они применяются у детей, то вызывают эффект повышенной возбудимости, импульсивности, раздражительности и бессонницы, что объясняется усилением обмена веществ в головном мозге, субъективно тяжело переносимым в раннем возрасте. Пантогам, напротив, действует мягко, не нарушая сон и мыслительную деятельность. Поэтому, не требуя дополнительного применения седативных средств, он эффективен при когнитивных расстройствах, нарушениях речи и синдроме гиперактивности — без негативных побочных эффектов. Таким образом, пантогам — один из самых удачных и эффективных препаратов в детской психоневрологии.

При однократном применении он не оказывает заметного влияния на ЭЭГ, но имеет выраженное противосудорожное действие. Кроме того, снижает спонтанную двигательную активность, повышает устойчивость к гипоксии, снижает агрессивность и вызывает пролонгирование действия барбитуратов, не теряя при этом таких важных свойств, как улучшение памяти, повышение работоспособности, увеличение концентрации внимания. Имеются данные, что пантогам увеличивает количество межнейронных

соединений за счет включения дополнительных связей в обход нарушенных, пролонгирует и слегка усиливает действие бензодиазепинов (клоназепам и др.), что позволяет снизить суточную дозу последних при их совместном приеме (М. А. Ковлер, В. М. Авакумов, 1980; Г. В. Ковалев, 1990).

Препараты, усиливающие холинергические процессы (глиатилин, холина альфосцерат)

Механизм действия препаратов этой группы основан на усилении холинергической передачи в головном мозге и накоплении ацетилхолина за счет ингибирования фермента ацетилхолинэстеразы, его разрушающего, либо за счет усиления синтеза самого ацетилхолина.

Холиномиметик центрального действия с преимущественным влиянием на ЦНС. В состав препарата входит 40,5 % метаболически защищенного холина. Метаболическая защита обеспечивает высвобождение холина в головном мозге.

В организме расщепляется под действием ферментов на холин и глицерофосфат: холин участвует в биосинтезе ацетилхолина — одного из основных медиаторов нервного возбуждения; глицерофосфат — предшественник фосфолипидов (фосфатидилхолина) нейронной мембраны. Улучшает передачу нервных импульсов в холинергических нейронах; положительно воздействует на пластичность нейрональных мембран и функцию рецепторов. Улучшает церебральный кровоток, усиливает метаболические процессы в головном мозге, активирует структуры его ретикулярной формации и восстанавливает сознание при травматическом поражении головного мозга.

Лецитин (фосфатидилхолин)

Это один из основных фосфолипидов, входящий в состав практически всех клеточных мембран головного мозга. Относится к биологическим активным добавкам (БАД).

Лецитин является основополагающим химическим веществом для формирования межклеточного пространства, нормального функционирования нервной системы и рабочей деятельности мозговых клеток. Он обеспечивает транспортировку питательных веществ, витаминов и лекарственных веществ к клеткам, благотворно влияет на умственное развитие, улучшает память. Являясь антиоксидантом, предупреждает образование высокотоксичных свободных радикалов в организме. Употребление лецитина способствует

профилактике и терапии болезней, связанных с нарушением деятельности нервной системы.

Применяется при астении различного генеза, компенсации последствий черепно-мозговой травмы, при речевых расстройствах (задержки формирования функции речи, заикание), нарушении чтения и письма, нарушении внимания, памяти и поведения у детей, функциональных нарушениях нервной и психической деятельности, травматических и инфекционных заболеваниях нервной системы.

Глутаматергические препараты

(Глицин (аминоуксусная кислота, аминоэтановая кислота), Мемантин.)

При разных заболеваниях нервной системы, ведущих к нарушениям памяти или возникновению апоптоза (апоптоз, *греч.* *απόπτωσις* — опадание листьев, опадающий) — запрограммированной гибели клетки в ответ на внешние или внутренние сигналы, регулируемого процесса самоликвидации на клеточном уровне, в результате которого клетка фрагментируется на отдельные апоптотические тельца, происходит активация глутамата (так называемой возбуждающей аминокислоты — главного возбуждающего нейротрансмиттера в ЦНС) и стимуляция NMDA-рецепторов (ионотропных рецепторов глутамата), что приводит к нарушению метаболизма ацетилхолина и прогрессированию заболевания. Глутаматергические препараты — антагонисты NMDA-рецепторов. Их действие направлено на увеличение уровня ацетилхолина в головном мозге, что уменьшает выраженность нарушений памяти, речи и внимания. Аминокислота, которая наряду с ГАМК и глутаминовой кислотой является одним из основных тормозных нейромедиаторов головного мозга. Центральный нейромедиатор тормозного типа действия. Улучшает метаболические процессы в тканях мозга, оказывает антидепрессивное и седативное действие. Обладает глицин- и ГАМК-ергическим, альфа1-адреноблокирующим, антиоксидантным и антитоксическим действием, регулирует деятельность глутаматных (NMDA) рецепторов, за счет чего нормализует и активирует процессы защитного торможения в центральной нервной системе; уменьшает психоэмоциональное напряжение, агрессивность и конфликтность; повышает умственную работоспособность и социальную адаптацию; улучшает настроение, облегчает засыпание и нормализует сон; уменьшает выраженность вегетативно-сосудистых нарушений и общемозговых расстройств.

Нейропептиды и их аналоги

Кортексин

Действующее вещество: полипептиды коры головного мозга скота.

Пептидный биорегулятор, обладающий тканеспецифическим действием на кору головного мозга, оказывающий метаболическое, церебропротективное, ноотропное и противосудорожное действие; улучшает мозговой метаболизм. Кортексин представляет собой лиофилизат, полученный путем уксуснокислой экстракции из коры головного мозга крупного рогатого скота или свиней, содержащий низкомолекулярные активные нейропептиды, молекулярный вес которых не превышает 10 000 дальтон, что достаточно для проникновения через гематоэнцефалический барьер.

Препарат снижает токсические эффекты нейротропных веществ, улучшает процессы обучения и памяти, стимулирует репаративные процессы в головном мозге, ускоряет восстановление функций головного мозга после стрессорных воздействий.

Механизм действия кортексина связан с его метаболической активностью: регулирует соотношение тормозных и возбуждающих аминокислот, уровень серотонина и дофамина; оказывает ГАМК-ергическое влияние, обладает антиоксидантной активностью и способностью восстанавливать биоэлектрическую активность головного мозга (А. А. Скоромец, М. М. Дьяконов, 2005).

Церебролизин

Представляет собой комплекс нейропептидов (15 %), свободных аминокислот (85 %) и микроэлементов, полученных из головного мозга молодых свиней. Данный препарат обладает мультимодальным действием — повышает интенсивность энергетического обмена и синтез белков в головном мозге, тормозит высвобождение глутамата, улучшает мозговой кровоток. Необходимо отметить, что данный препарат является одним из немногих высокоэффективных нейропротекторов, которые можно использовать в педиатрии и даже назначать новорожденным.

Низкомолекулярные биологически активные нейропептиды проникают через гематоэнцефалический барьер и непосредственно поступают к нервным клеткам. Препарат обладает органоспецифическим мультимодальным действием на головной мозг, то есть обеспечивает метаболическую регуляцию, нейропротекцию, функциональную нейромодуляцию и нейротрофическую активность.

Антиоксиданты и мембранопротекторы

(Энцефабол, Мексидол)

Действующее вещество: этилметилгидроксипиридина сукцинат.

Препараты данной группы способствуют повышению устойчивости ткани мозга к гипоксии, способны стабилизировать клеточные мембраны и улучшать их функциональное состояние. Как и другие ноотропы, усиливают транспорт глюкозы через гематоэнцефалический барьер, повышают ее утилизацию в условиях, когда снижено потребление кислорода тканями.

Препараты гингко билоба

(Танакан, Мемоплант)

Препараты данной группы содержат экстракт из растения гингко билоба, оказывают антиоксидантный эффект и усиливают энергетический обмен в головном мозге, уменьшая его отек. В отличие от других ноотропов, разрешены к безрецептурному отпуску.

Блокаторы кальциевых каналов

(Циннаризин, Стугерон)

В механизмах нарушения памяти, ишемических повреждений и апоптоза нейронов большую роль играет увеличение внутриклеточной концентрации кальция, который в данных условиях проходит через открытые кальциевые каналы и накапливается в нейронах, что приводит к гибели нервной клетки. В связи с этим блокаторы кальциевых каналов, улучшающие мозговой кровоток и применяемые при церебральной ишемии, обладают ноотропным эффектом, механизм которого не до конца выяснен. Среди многочисленных «антикальциевых» препаратов наибольший ноотропный эффект демонстрируют циннаризин и нимодипин.

Церебральные вазодилататоры

(Инстенон; международное наименование: Гексободин + этамиван + этофиллин)

Препараты данной группы обладают различными механизмами, многогранными нейро- и психофармакологическими эффектами. Их ноотропное действие во многом является следствием улучшения мозгового кровообращения. Наиболее популярный препарат — винпоцетин (кавинтон), получаемый из барвинка малого (многолетнего травянистого растения) и успешно применяемый уже более 30 лет.

Комбинированные ноотропные препараты

(Фезам, Омарон)

В данных препаратах сочетаются ноотропная и вазоактивная субстанции, что расширяет спектр и эффективность их действия.

Общая характеристика группы нейролептиков

Классификация нейролептиков

Наиболее распространена химическая классификация нейролептиков (табл. 20.2). При этом существует известная зависимость спектра психотропного действия от химического строения препарата. Группа производных фенотиазина с алифатическим и пиперидиновым радикалом и группа клозапинов являются препаратами преимущественно седативного действия со слабым антипсихотическим эффектом. Бутирофеноны и пиперазиновые фенотиазины проявляют большую селективную антипсихотическую активность и чаще вызывают экстрапирамидные нарушения (ЭПН). Существует параллелизм между антипсихотическим действием и риском ЭПН. Атипичные нейролептики (нейролептики второго поколения) в целом обладают лучшим профилем переносимости при сопоставимой с типичными антипсихотиками эффективности.

Общие свойства нейролептиков

Нейролептики относятся к группе психолептиков (веществ, угнетающих деятельность ЦНС).

Способность большинства нейролептиков купировать психомоторную ажитацию, ослаблять состояние страха, тревоги и напряжения при психозах и неврозах позволяет использовать их малые дозы в качестве анксиолитиков, что предопределило другое название группы нейролептиков — «большие транквилизаторы», широко использовавшееся прежде.

В обычных дозах нейролептики не обладают специфическим снотворным действием, но могут вызывать дремотное состояние и способствовать наступлению сна.

Они подавляют эффект психостимуляторов, усиливают действие снотворных и других успокаивающих средств, анальгетиков, местных анестетиков, алкоголя и наркотиков.

Активирующее или даже растормаживающее действие части нейролептиков, особенно бутирофенонов и пиперазиновых фенотиазинов, используется при лечении дефицитарных расстройств.

Таблица 20.2. Химическая классификация нейролептиков

<p>Производные фенотиазина Производные фенотиазина с алифатическим радикалом Хлорпромазин* Аминазин. Ларгактил Промазин* Пропазин Алимемазин* Метилпромазин Терален Левомепромазин* Нозинан. Тизерцин Производные фенотиазина с пиперидиновым радикалом Пипотиазин** Пипортил. <u>Пипортил Л4</u> Тиоридазин*. Меллерил. Сонапакс Тиорил. <u>Меллерил-ретард</u> Перициазин* Неулептил Производные фенотиазина с пиперазиновым радикалом Трифлуоперазин** Стелазин. Трифтазин Тиопроперазин** Мажептил. Вонтил Флуфеназин. Модитен. Модитен-депо Перфеназин**. Этаперазин. Трилафон Бутирофеноны Галоперидол** Галоперидол Деканоат Трифлуперидол** Триседил Производные дифенибутилпиперидина Пимозид** ОРАП</p>	<p>Тиоксантены Хлорпротиксен*. Труксал Зуклопентиксол. Клопиксол <u>Клопиксол-акуфаз</u>. Клопиксол-депо Флюпентиксол. Флюанксол. Флюанксол-депо Замещенные бензамиды Сульпирид** Догматил. Эглонил Тиаприд. Эквилиум. Тиапридал Амисульпирид. Солиан Атипичные нейролептики Производные дибензодиазепина Клозапин* Азалептин. Лепонекс Кветиапин. Сероквель Оланзапин. Зипрекса Производные бензизоксазола Рисперидон. Рисполепт. <u>Рисполепт-Конста</u> Зипразидон. Другие атипичные нейролептики Арипипразол</p>
<p>* Преимущественно седативное действие. ** Преимущественно антипсихотическое действие с активирующим компонентом. Пролонгированные препараты для парентерального введения. Пролонгированные препараты для перорального приема. Пролонгированные препараты для купирования острого психотического состояния.</p>	

Антипсихотическое действие, особенно у традиционных нейролептиков, обычно коррелирует со способностью вызывать характерные экстрапиримидные реакции.

Общая особенность психотропных препаратов — высокая липофильность, большой объем распределения (накапливаются в тканях-депо), способность легко проникать через гематоэнцефалический и другие барьеры организма.

Быстрое непосредственное действие (табл. 20.3). Первые фармакологические эффекты, которые проявляются через несколько часов/недель после начала лечения, — седативный (может наступать сразу после введения), тимолептический, стимулирующий и тимостабилизирующий. Результатом быстрых эффектов, наступающих на первой стадии действия нейролептика, является дезингибирующий (антиаутистический) эффект. При остром течении заболевания и массивной терапии может происходить критический выход из психоза.

Таблица 20.3. Клинические эффекты, возникающие при воздействиях психотропными веществами (Фармакотерапия психически больных / Под ред. Р. Я. Вовина, Г.-Е. Кюне. — М., 1989)

Быстрые эффекты	
Непосредственные (прямые)	Опосредованные
1-я стадия Седативный Стимулирующий Тимостабилизирующий	Дезактуализация переживаний Расслоение и фрагментация Распад связи с личностью Коррекция содержания
2-я стадия Дезингибирующий	Исчезновение патологических переживаний
Медленные эффекты	
Изменения в течении Изменения в структуре Латентное течение	

Медленное непосредственное действие. Проявляется в процессе длительного лечения. Выходит за рамки симптоматического эффекта и, воздействуя на патогенетические звенья, может приводить к изменению структуры патологического состояния, а иногда и к изменению формы течения заболевания.

Опосредованные (непрямые) эффекты возникают сразу после прямых эффектов, но особенно рельефно разворачиваются вслед за проявлением дезингибирующего действия. Продуктивная симптоматика теряет актуальность, расслаивается, фрагментируется; появляется разная степень критики к патологическим переживаниям. При благоприятном течении заболевания и адекватной терапии продуктивная симптоматика может исчезать.

Общие особенности традиционных нейролептиков

Механизм их действия связывают в первую очередь с влиянием на дофаминергические нейроны мезолимбической и нигростриарной областей. Традиционные нейролептики эффективны как при купировании острых приступов, так и при длительной поддерживающей терапии, что выражается в снижении количества рецидивов, увеличении времени и качества ремиссии, повышении уровня социальной компетентности. Применение этих препаратов позволило находиться дома многим больным, которые раньше были обречены на длительное, порой многолетнее пребывание в психиатрической больнице (Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува, 1981).

Эффективность связана прежде всего с воздействием на продуктивную симптоматику. Антидефицитарное действие, проявляющееся в снижении вялости и заторможенности, повышении психической активности, опреде-

ляется активирующим и растормаживающим эффектами (В. В. Калинин, 2001).

В то же время лечение типичными нейролептиками связано со значительными трудностями. Высока частота лекарственной резистентности (20–30 % впервые заболевших). Часто непредсказуемый характер терапевтического эффекта заставляет использовать метод «проб и ошибок»: способствуя редукции негативной симптоматики, они способны вызывать негативные изменения, феноменологически мало отличимые от шизофренического дефекта.

Одна из главных проблем во время применения типичных нейролептиков — риск развития экстрапирамидных нарушений, в том числе таких тяжелых, как поздняя дискинезия и злокачественный нейролептический синдром. Гиперпролактинемия, часто встречающаяся в условиях применения традиционных нейролептиков, может приводить к галакторее, гинекомастии, нарушениям менструального цикла, импотенции, остеопорозу и водной интоксикации. Частым побочным эффектом является увеличение массы тела.

Общие особенности атипичных нейролептиков

Своеобразной вехой в истории психофармакотерапии стало внедрение на фармацевтический рынок клозапина (лепонекс, азалептин), который, не вызывая традиционных неврологических побочных эффектов, позволил добиться улучшения у резистентных больных и воздействовал на негативную симптоматику.

Общие свойства:

- эффективное устранение продуктивной симптоматики;
- способность первично воздействовать на негативную симптоматику;
- отсутствие или незначительная выраженность неврологических побочных эффектов.

Особенности фармакологического действия связываются с избирательным сродством к мезолимбической и мезокортикальной дофаминергической системе мозга. Менее выраженное влияние на дофаминовые рецепторы нигростриарной зоны в сочетании со способностью блокировать 5HT₂-серотониновые рецепторы приводит к уменьшению риска возникновения нежелательных явлений и первичному противодефицитарному действию (Д. И. Малин, В. В. Козырев, Р. С. Равилов, 2001). В отличие от традиционных нейролептиков, противодефицитарный эффект атипичных не сводится к повышению активности, а проявляется в улучшении коммуникативных, и, возможно, когнитивных возможностей, хотя сведения о таком эффекте

противоречивы (Нейролептики: современные подходы к лечению шизофрении, 2005).

Являясь сопоставимыми по эффективности с традиционными препаратами, атипичные нейролептики имеют значительно лучший профиль безопасности. Если, например, у галоперидола антипсихотическое действие наступает одновременно с экстрапирамидными нарушениями, то у рисперидона дозы, на которых наступает антипсихотическое действие и экстрапирамидные нарушения, «разведены». Некоторые препараты, например клозапин, считаются практически лишенными риска ЭПН. Анализ контролируемых исследований рисперидона, оланзапина, кветиапина, амисульпирида, zipразидона позволяет предполагать, что при лечении этими препаратами риск возникновения поздней дискинезии меньше.

Повышение переносимости позволяет шире назначать амбулаторное лечение, создает условия для улучшения комплайенса и терапевтического альянса, повышает качество жизни больных и их доступность для социализирующих вмешательств. Это способствует более эффективному лечению и улучшению общего прогноза (табл. 20.3).

Атипичные нейролептики наряду с СИОЗС все шире используются в детской практике в связи с лучшим профилем эффективности и безопасности (Samouelian J., 1985). Из включенных в анализ 83 039 детей и подростков младше 17 лет в США в 2000 году психотропные препараты получали 62,3 %, причем 46,7 % приходилось на метилфенидат, рисперидон и сертралин (Martin A., L'Ecuyer S., 2002). Из включенных в анализ 380 госпитализированных пациентов младше 18 лет в 1997–2000 годах в США 23 % получали атипичные нейролептики (68 % — рисперидон, 27 % — кветиапин, 5% — оланзапин) (Kececioglu D., Hanefeld F., Becker E., Vogt J., de Vivie E. R., 1990). Несмотря на то что распространенность ЭПН в случае применения атипичных нейролептиков у детей значительно ниже (McConville B., Arvanitis L., Thyrum P., Smith K., 1999), следует помнить о сохраняющемся риске ЭПН и ЗНС у всех препаратов этой группы (Яничак Ф. Дж., Дэвис Д. М., Прескорн III. Х., Айд-мл. Ф. Дж., 1999; Ercan E. S., Kutlu A., Varan A., Cikoglu S., Coskunol H., Bayraktar E., 2004).

Таблица 20.4. Группы атипичных антипсихотиков

Дибензодиазепины	Производные бензоксазола
Клозапин, оланзапин, кветиапин	Рisperидон, zipразидон
Мультицентровое взаимодействие с рецепторными системами	Взаимодействие в первую очередь с дофаминовыми и серотониновыми рецепторами

Традиционные нейролептики преимущественно с седативным действием

Показания к применению:

- состояния психомоторного возбуждения;
- значительно выраженные аффективные расстройства (тревога, страх, дисфория);
- расторможенность в структуре органических заболеваний, умственной отсталости, расстройства личности и эпилепсии;
- шизофрения со значительно выраженными аффективными расстройствами (тревога, страх, онейроидная кататония, галлюцинаторные и бредовые расстройства со значительными аффективными нарушениями), гебоидный синдром;
- маниакальные и маниаформные состояния различного генеза, сопровождающиеся психомоторным возбуждением;
- ажитированная депрессия с психомоторным возбуждением (предпочтительно левомепромазин);
- стойкие поведенческие нарушения, сопровождающиеся значительной агрессией и расторможенностью в структуре расстройств личности, умственной отсталости, органических расстройств;
- при синдроме гиперактивности рассматриваются как препараты «последнего ряда» из-за негативного влияния на когнитивные функции.

К препаратам преимущественно седативного действия относятся **хлорпротиксен (труксал)**; значительную седативную активность может проявлять **клозапин (аминазин, ларгактил; промазин (пропазин; левомепромазин (тизерцин, нозинан))**; **тиоридазин (меллерил, сонапакс, тисон, тиорил)**; **перициазин (неулептил)**; **алимемазин (метилпромазин, терален)**.

Традиционные нейролептики преимущественно с антипсихотическим действием

Особенность группы — преобладание антипсихотического действия. Седативный эффект выражен относительно меньше и нарастает с увеличением дозы препарата. В случае применения малых или средних доз выражено активирующее и растормаживающее действие. Риск развития экстрапирамидных нарушений коррелирует с силой антипсихотического действия. У некоторых препаратов (например, галоперидола) антипсихотическое действие в большинстве ситуаций наступает одновременно с ЭПН. К этой группе относятся **галоперидол (халдол, сереназе, сенорм)** и пролонгированная форма — **галоперидола деканоат; трифлуоперазин (стелазин,**

трифтазин); типичный нейролептик из группы тиоксантенов — **флюпентиксол (флюанксол)**; **зуклопентиксол (клопиксол, клопиксол-депо, клопиксол-акуфаз)**; сульпирид (родоначальник группы бензамидов, появился в 1966 году; **эглонил, догматил, эглек, просульпин**); **тиаприд (тиаприд, тиапридал)**; **амисульпирид (солиан)**; **тиопроперазин (мажептил, вонтил)**; **трифлуперидол (триперидол, триседил)**; **перфеназин (этаперазин, трилафон)**; **пимозид (ОРАП, пимотид)**; **флуфеназин (флуфеназин, фторфеназин, лиоген, модитен и пролонгированная форма — флуфеназин деканоат; лиоген-депо, лиоген-ретард, модекейт, модитен-депо).**

Атипичные нейролептики

Рисперидон (рисполепт, рисполепт конста, сперидан, риссет)

Рисполепт конста. Микросферы в биodeградирующем полимере, содержащие рисперидон.

Особенности применения у детей

Первые обнаруженные данные о применении рисперидона у детей относятся к 1995 году. Применялся при шизофрении (Ковалев Г. В., 1990; Armenteros J. L., Whitaker A. H., Welikson M., Stedje D. J., Gorman J., 1997), общих (первазивных) расстройствах развития, в том числе резистентных к предшествующему лечению (Fisman S., Steele M., 1996; Hardan A., Johnson K., Johnson C., Hrecznyj B., 1996; Masi G., Cosenza A., Mucci M., De Vito G., 2001 и др.), синдроме Аспергера, дезинтегративном расстройстве развития, аутистических расстройствах (Findling R. L., Schulz S. C., Reed M. D., Blumer J. L., 1998 и др.), биполярном расстройстве, резистентном к предшествующему лечению, маниакальном расстройстве, деструктивном расстройстве поведения, в том числе на фоне задержки психического развития и умственной отсталости (IQ от 36 до 84), синдроме гиперактивности с дефицитом внимания, синдроме Жилиа де ля Туретта, состояниях психомоторного возбуждения с нарушением концентрации, тиках, агрессии. Описано применение рисперидона при эпилептическом психозе (Oner O., Unal O., Deda G., 2005).

На 2004 год количество детей, включенных в клинические исследования и описанных в клинических наблюдениях, составило не менее 1000 человек (в том числе 504 — в течение года и 45 — в течение трех лет) (А. Н. Бурдаков, Е. В. Бурдакова, Ю. А. Фесенко, 2008). 280 детей были включены в пять контролируемых исследований относительно эффективности и безопасности рисперидона. Это позволяет говорить о том, что на сегодняшний день

рисперидон — самый изученный нейролептик из тех, которые применяются у детей и подростков. Из зарегистрированных в Medline 176 отчетов об использовании атипичных нейролептиков у детей за 1974–2003 годы 43 % касаются использования рисперидона (Cheng-Shannon J., McGough J. J., Pataki C., McCracken J. T., 2004).

Шизофрения. При шизофрении у детей и подростков в возрасте 11–18 лет лечение обычно начиналось с 2 мг в сутки с наращиванием дозы на 1 мг/сутки каждые два дня до достижения максимальной (4–10 мг/сутки; в среднем 6,6 мг/сутки). Отмечалось статистически достоверное улучшение при хорошей переносимости препарата. Высказывается мнение о том, что наиболее чувствительны к препарату дети с обсессивно-компульсивными нарушениями, депрессией, психомоторным возбуждением и агрессией.

При аутизме у детей и подростков 2–18 лет рисперидон использовался в дозе 0,5–3,5 мг/сутки, в том числе в длительном (три года) открытом и контролируемом исследовании. Эффективность препарата оценивалась как высокая (80 % — в открытых исследованиях, 69 % — в контролируемых). Отмечено уменьшение поведенческих нарушений, улучшение уровня социальной активности и развития, повышение склонности к сотрудничеству. Эффективность сохранялась при 12-месячной длительности терапии.

Агрессия. В открытых сообщениях, в том числе длительных (48 недель и 1 год), ретроспективных и контролируемых указывается на эффективность рисперидона при выраженной агрессии на фоне биполярного расстройства, интеллектуального недоразвития, СДВГ (в том числе с сопутствующими тиками). Препарат применялся как в монотерапии, так и в сочетании с нормотимиками (литий, карбамазепин, вальпроаты), психостимуляторами, клонидином. Обычные дозы составляли 0,25–4 мг/сутки у детей старше 5 лет, многие из которых были резистентны к предшествующему лечению. Респондентами выступали от 54 до 75 %. Отмечено снижение агрессии клинически и по клиническим шкалам, статистически отличное от плацебо.

Синдром Жилиа де ля Туретта. При синдроме Туретта рисперидон рассматривается как альтернатива галоперидолу и пимозиду. Будучи безусловно эффективными, они нередко вызывают ЭПН, когнитивный дефицит и увеличение массы тела. Рисперидон показывал эффективность как в открытых исследованиях, так и в контролируемых при использовании в дозе 1,5–2,5 мг/сутки. При сравнении рисперидона (средняя доза — 3,8 мг/сутки) с пимозидом (ср. доза — 2,9 мг/сутки) продемонстрирована аналогичная эффективность препаратов или преимущество рисперидона (Gilbert D. L., Batterson J. R., Sethuraman G., Sallee F. R., 2004).

Биполярное расстройство детского возраста. Особенности расстройства являются наличие смешанных состояний, быстрая смена фаз,

широкое распространение поведенческих нарушений, которые сопутствуют или предшествуют клинически очерченным аффективным расстройствам. В открытых и ретроспективных исследованиях показана эффективность рисперидона в дозе 0,75–3 мг/сутки у детей и подростков 5,5–16 лет при монотерапии и в сочетании с нормотимиками. Американская академия детской и подростковой психиатрии (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) рассматривает рисперидон как препарат второй линии после двух неудачных курсов лечения нормотимиками (Chang K. D., Ketter T. A., 2001).

Эпилепсия с ажитацией, психотическими расстройствами и аутоагрессией. 21 пациент с эпилепсией (12 — парциальные припадки, 6 — генерализованные, 1 — неонатальные, 1 — миоклонические, 1 — неклассифицированные) до 19 лет получали рисперидон $2,4 \pm 3,5$ мг/сутки для лечения агрессии, ажитации, психотических расстройств и самоповреждающего поведения. Ни у одного не наступило учащения припадков (Gonzalez-Heydrich J., Raches D., Wilens T. E., Leichtner A., Mezzacappa E., 2003).

В детской психиатрической практике используются и другие атипичные нейролептики.

Клозапин (азалептин, лепонекс, клозарил). Атипичный нейролептик из группы дибензодиазепина.

Кветиапин (сероквель). Атипичный нейролептик из группы дибензодиазепинов.

Зипразидон (одобрен FDA в феврале 2001 года. По спектру рецепторной активности похож на рисперидон).

Арипипразол (абилифай).

Общая характеристика группы антидепрессантов

Антидепрессанты (с лат. «против подавленности») — препараты, способные предотвращать депрессию или облегчать ее проявления.

Классификация антидепрессантов

За последние десятилетия было предпринято немало попыток классифицировать антидепрессанты. Например, выделяют препараты этой группы в зависимости от клинического эффекта (В. П. Вереитинова, О. А. Тарасенко, 2003; В. И. Крылов, 2003; В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка, 2003):

- антидепрессанты-седатики: доксепин, amitриптилин, амоксапин, три-мипрамин, азафен, тразодон, флувоксамин, миансерин, бупирон;

- антидепрессанты сбалансированного действия: кломипрамин, пиразидол, сертралин, мапротилин, тианептин, венлафаксин;
- антидепрессанты-стимуляторы: флуоксетин, дезипрамин, имипрамин, моклобемид, нортриптилин и другие ИМАО (за исключением пиразидола): ребоксетин, буопропион, гептрал.

Или антидепрессанты подразделяются на:

- неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов: имипрамин (мелипрамин), эфевелон, амитриптилин, клофранил, людиомил;
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: флуоксетин, прозак, опра, паксил, феварин, ципралекс, стимулотон;
- прочие антидепрессанты: азафен, коаксил, велаксин, иксел, симбалта, вальдоксан.

Для практического использования часто применяется классификация, предложенная Д. А. Харкевичем (Д. А. Харкевич, 2006):

1. Средства, блокирующие нейрональный захват моноаминов:

- неизбирательного действия, блокирующие нейрональный захват серотонина и норадреналина — имизин, амитриптилин;
- избирательного действия:
 - блокирующие нейрональный захват серотонина — флуоксетин;
 - блокирующие нейрональный захват норадреналина — мапротилин.

2. Ингибиторы моноаминоксидазы (МАО):

- неизбирательного действия, ингибируют МАО-А и МАО-В — ниаламид, трансамин;
- избирательного действия, ингибируют МАО-А — моклобемид.

3. Антагонисты рецепторов моноаминов:

- норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты;
- специфические серотонинергические антидепрессанты.

Ингибиторы моноаминоксидазы

Ингибиторы моноаминоксидазы — антидепрессанты первого поколения. Они необратимо блокируют и МАО-А, и МАО-В (моноаминоксидазы). Имеют выраженные побочные эффекты. Зачастую требуют диетического питания для пациента. Сегодня неизбирательные ингибиторы МАО используют достаточно редко.

К ним относятся производные гидразида изоникотиновой кислоты (ГИНК) или так называемые гидразиновые ИМАО — **ипразид**, **ниаламид**, а также производные амфетамина — **паргилин**, **транилципромин**.

Избирательные ингибиторы

Являются представителями более нового поколения. К ним относят **пиразидол, моклобемид** (аналог — **нортриптилин**, выпускается под торговыми марками **манерикс, аурорикс**), **бефол, инказан** (синонимы — **метралиндол гидрохлорид, метралиндол**) и относящийся к МАО-В **селегелин**. Из-за лучшей переносимости и менее выраженных побочных проявлений используются чаще. К тому же их применение не требует соблюдения специальной диеты. *Достаточных данных о применении в детском возрасте нет.*

Трициклические антидепрессанты

Амитриптилин (амиксид); тримипрамин (гефронал, перфонал, сапилент, сурмонтил); нортриптилин (памелор, авентил, нортрилен); имипрамин (мелипрамин); доксепин.

Трициклические антидепрессанты (ТЦА, трициклики) объединены в одну группу из-за того, что имеют три соединенных вместе кольца в молекуле, хотя структура этих колец и присоединенные к ним радикалы могут быть очень разными. Препараты данной группы блокируют обратный захват нейромедиаторов (в основном норадреналина и серотонина) пресинаптической мембраной. Они показаны при лечении умеренной и тяжелой эндогенной депрессии, в клинической картине которых присутствуют психомоторные и соматические симптомы, например расстройства сна и аппетита. Большинство трицикликов способны быстро редуцировать нарушения сна у пациентов с депрессией. В странах Европы и Северной Америки трициклические антидепрессанты больше не используются — как антидепрессанты первой линии, в связи с наличием у них тяжелых побочных эффектов.

Атипичные трициклики

Так называемые атипичные трициклики — препараты, обладающие трициклическим строением, для которых антидепрессивное действие либо не является основным или главным в спектре их фармакологической активности, либо имеет другой механизм, нежели влияние на обратный захват моноаминов, характерный для классических трицикликов.

К атипичным трицикликам относятся транквилизатор **ксанакс (альпразолам)**; противосудорожный препарат **финлепсин (карбамазепин, тегретол)**; **мидантан (амантадин)** — антипаркинсонический препарат;

нейролептики — **сонапакс (тиоридазин)**, **тизерцин (левомепромазин)**, **терален (алимемазин)**, **хлорпротиксен**, **флюанксол**, **клозапин (азалептин, лепонекс)**.

Гетероциклические антидепрессанты

В эту группу выделяют антидепрессанты, имеющие тетрациклическое (четырёхциклическое) строение и сходство по механизму действия (влияние на обратный захват моноаминов) с трициклическими антидепрессантами. Иными словами, это «как бы» трициклики по механизму действия, но не трициклики по химическому строению. Препараты данной группы называют антидепрессантами второй генерации. Важнейшим представителем является **мапротилин (лудиомил)**.

Условно в эту группу можно отнести **пиразидол**, **метралиндол**, **ремерон** и **леривон**, так как они тоже имеют тетрациклическое строение и в качестве одного из механизмов действия (но не главного) оказывают влияние на обратный захват моноаминов, однако не обладают всеми характерными для трицикликов и мапротилина побочными эффектами.

Селективные ингибиторы обратного нейронального захвата

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) — группа современных и сравнительно легко переносимых антидепрессантов. В отличие от трицикликов, для них значительно менее свойственны антихолинергические (холинолитические) побочные эффекты, редко возникает седация и ортостатическая гипотензия. В эту группу входят препараты, являющиеся типичными представителями селективных ингибиторов обратного захвата серотонина: **флуоксетин (прозак, портал, продеп, фонтекс, серомекс, серонил, сарафем)** — *безопасность и эффективность применения у детей не установлены*; **пароксетин (паксил, актапароксетин, рексетин, паксет, сероксат, аропакс)** — *противопоказан до 18 лет*; **циталопрам (целекса, ципрамил, эмокаль, опра, сепрам, цитагексал)** — *эффективность и безопасность применения у детей не установлены*; **эсциталопрам (лексapro, ципралекс, селектра, эзопрам)** — *противопоказан в детском и подростковом возрасте до 15 лет (применять с осторожностью!)*; **сертралин (золофт, депрефолт, люстрал, стимулотон, серлифт, асентра)** — *противопоказан до 18 лет*; **флувоксамин (феварин,**

лювокс, фавоксил, фаверин, депривокс) — *противопоказан в детском возрасте до 8 лет.*

Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина

Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (СИОЗН) — современная группа антидепрессантов, характерным свойством которых является выраженное стимулирующее действие при отсутствии или малой выраженности седативного эффекта. Препараты этой группы — **ребоксетин (эдронакс)** и **атомоксетин (страттера)**. По данным некоторых исследований, по эффективности они превосходят селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, по крайней мере, при лечении тяжелых депрессий.

В случае применения **ребоксетина (безопасность и эффективность применения у детей не установлены)** могут возникать бессонница, головокружение, сухость во рту, ортостатическая гипотензия, затруднение мочеиспускания, запор, повышенное потоотделение, тахикардия, импотенция. В случае применения **атомоксетина** отмечался высокий риск таких побочных эффектов, как мания и гипомания, раздражительность и агрессивность.

Специфические серотонинергические антидепрессанты

Специфические серотонинергические антидепрессанты (ССА) — группа антидепрессантов со сравнительно малыми побочными эффектами и хорошей переносимостью. Наряду с блокированием обратного захвата серотонина и повышением серотонинергической нейротрансмиссии препараты этой группы сильно блокируют серотониновые рецепторы подтипа 5-HT₂, чем объясняется малая вероятность сексуальных побочных эффектов, а также обострения тревоги, бессонницы и нервозности — по сравнению с СИОЗС.

К препаратам данной группы относятся **тразодон (триттико)** и его более новое производное **нефазодон (серзон)**.

Общая характеристика группы транквилизаторов

Транквилизаторы (от лат. *tranquillium* — спокойствие, успокаивать) являются одной из важнейших групп психотропных средств. Сегодня их часто называют **анксиолитиками** (от лат. *anxius* — тревога, страх и греч.

lysis — растворять, ослаблять). В литературе можно встретить и другие названия: психоседатики, антиневротические средства, атарактики (от греч. *ataraxia* — невозмутимость).

Классификация транквилизаторов (анксиолитиков)

Из многочисленных классификаций, существующих на сегодняшний день, наиболее полной классификацией транквилизаторов по механизму действия (табл. 20.5) нам представляется та, которую в НИИ фармакологии РАМН разработали Т. А. Воронина и С. Б. Середенин (Т. А. Воронина, С. Б. Середенин, 1998).

В связи с влиянием на различные нейромедиаторные системы, вовлеченные в патогенез тревожных состояний, транквилизирующее действие присуще не только «классическим» анксиолитикам, но и средствам, относящимся к разным клинко-фармакологическим группам. Это, в частности, ноотропный и цереброваскулярный препарат аминалон (иногда его относят к транквилоноотропам); миорелаксирующее, антиспастическое и анальгезирующее средство баклофен; противорвотный препарат ондансетрон (зофран), антиоксидант мексидол, наркозный препарат кетамин (калипсол). Большинство данных препаратов сегодня не назначаются специально для коррекции тревожно-фобических состояний.

Таблица 20.5. Классификация важнейших транквилизаторов
(по: Воронина Т. А., Середенин С. Б., 1998)

Традиционные анксиолитики	
Прямые агонисты ГАМКА-бензодиазепинового рецепторного комплекса (ГАМК — гамма-аминомасляная кислота)	Производные бензодиазепина: <ul style="list-style-type: none"> • с преобладанием собственно анксиолитического действия (хлордиазепоксид, диазепам, феназепам, оксазепам, лоразепам и др.); • с преобладанием снотворного действия (нитразепам, флунитразепам); • с преобладанием противосудорожного действия (клоназепам)
Препараты разного механизма действия	Препараты разного строения — мебикар, мепробамат, бенактизин, оксипидин и др.
Новые анксиолитики	
Частичные агонисты бензодиазепинового рецептора (БДР), вещества с различной тропностью к субъединицам БДР и ГАМКА-рецептора	Абекарнил, имидазопиридины (алпидем, золпидем), имидазобензодиазепины (имидазенил, бретазенил), дивалон, гизазепам

Новые анксиолитики	
Эндогенные регуляторы (модуляторы) ГАМКА-бензодиазепинового рецепторного комплекса	Фрагменты эндозепинов (в частности, DBI — Diazepam binding inhibitor, то есть ингибитор связывания диа-зепам), производные β-карболина (амбокарб, карбацетам), никотинамид и его аналоги
Агонисты ГАМКВ-рецепторного комплекса	Фенибут, ГАМК (аминалон), баклофен
Мембранные модуляторы ГАМКА-бензодиазепинового рецепторного комплекса	Мексидол, афобазол, ладастен, тофизопам
Глутаматергические анксиолитики	Антагонисты NMDA-рецепторов (кетамин, фенциклидин, циклазоцин), антагонисты AMPA-рецептора (ифенпродил), лиганды глицинового участка (7-хлоркинуреновая кислота)
Серотонинергические анксиолитики	Агонисты и частичные агонисты серотониновых 1А-рецепторов (буспирон, гепирон, ипсапирон), антагонисты 1С-, 1Д-рецепторов, 2А-, 2В-, 2С-рецепторов (ритансерин, алтансерин), серотониновых 3А-рецепторов (закоприд, ондансетрон)

Транквилизаторы обладают пятью основными компонентами фармакодинамической активности — анксиолитическим, седативным, снотворным, миорелаксantным и противосудорожным. Выраженность и соотношение эффектов у разных препаратов этой группы различны, что обуславливает особенности их клинического применения.

Главный эффект транквилизаторов — анксиолитический («противотревожный»). Анксиолитическое действие проявляется в уменьшении беспокойства, тревоги, страха (антифобическое действие), снижении эмоциональной напряженности. Они часто способствуют снижению obsessions (навязчивостей) и ипохондрии (повышенной мнительности).

Седативное («успокаивающее») действие выражается в уменьшении психомоторной возбудимости, дневной активности, снижении концентрации внимания, уменьшении скорости психических и двигательных реакций, пр.

Снотворный (гипнотический) эффект проявляется в облегчении наступления сна, увеличении его глубины, иногда — продолжительности.

Миорелаксирующий эффект (расслабление скелетной мускулатуры) в случае применения транквилизаторов, как правило, является положительным фактором для снятия напряжения и возбуждения, в том числе двигательного. Вместе с тем данный эффект может ограничивать

использование препаратов у пациентов, чья работа требует быстрой психической и физической реакции. Необходимо также учитывать, что миорелаксирующее действие может проявляться ощущением вялости, слабости и т. п.

Противосудорожное действие выражается в подавлении распространения эпилептогенной активности, возникающей в эпилептогенных очагах.

Общая характеристика группы антиконвульсантов

Антиконвульсанты (анти + лат. *convulsio* — судорога) — фармацевтические препараты противосудорожного действия, применяемые для лечения эпилепсии, купирования мышечных судорог различного происхождения (при эпилепсии, эклампсии, интоксикациях, столбняке).

Принципами медикаментозной терапии эпилепсии стали: своевременное начало лечения, индивидуальность терапии, предпочтение монотерапии, постепенность в изменении дозировок, непрерывность и длительность, постепенная отмена препарата при достижении контроля над припадками, контроль уровня антиэпилептического препарата в плазме крови, комплексность и преемственность терапии.

Основными в лечении являются антиконвульсанты — препараты противосудорожного действия (**бензобамил, карбамазепин (финлепсин, тегретол), фенobarбитал**; препараты **вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс), фенитоин (дифенин), бензонал, ламотриджин (ламиктал, ламитор), леветирацетам (кепра), окскарбазепин (трилептал), топирамат (топамакс), клоназепам**). Они используются и для лечения биполярных расстройств (маниакально-депрессивных психозов), так как многие препараты данной группы стабилизируют настроение наряду с нормотимиками.

Противосудорожным действием обладают многие **транквилизаторы** — производные бензодиазепина (**диазепам, нитразепам, клоназепам**). Более того, клоназепам во многих фармацевтических классификациях обозначается в первую очередь как антиконвульсант.

Препараты выбора при парциальных припадках (без вторичной генерализации или вторично-генерализованных) — **карбамазепины (тегретол, финлепсин, карбамазепин, окскарбазепин, клоназепам (антелепсин, ривотрил, клобазам), топирамат и вальпроаты (депакин, конвулекс, конвульсофин, тимонил, энкорат-хроно)**. При этих припадках ряд препаратов (**карбамазепины, вальпроаты, топирамат, фенobarбитал**) обладают достаточной

эффективностью, но из-за выраженных побочных действий **топиромат** и **фенобарбитал** препаратами выбора не являются.

Контрольные вопросы

1. Какое место в терапии психических расстройств у детей занимают психофармакологические средства?
2. Препараты какой из описанных групп чаще всего используются в детской психиатрической практике?
3. В случае каких заболеваний применяются нейролептики?
4. Какие препараты используются для лечения неврозов?
5. Какие психофармакологические средства эффективны при лечении биполярных расстройств?

Рекомендуемая литература

1. Алан Ф. Шацберг, Джонатан О. Коул, Чарлз ДеБаттиста. Руководство по клинической психофармакологии // Manual of Clinical Psychopharmacology. — М.: МЕДпресс-информ, 2014. — 608 с.
2. Бурдаков А. Н., Бурдакова Е. В., Фесенко Ю. А. Нейролептики в детской психиатрической практике. — СПб.: ЭЛБИ СПб, 2008. — 208 с.
3. Бурдаков А. Н., Макаров И. В., Фесенко Ю. А., Бурдакова Е. В. Психофармакотерапия в детской психиатрии: Руководство для врачей / А. Н. Бурдаков [и др.]. — М.: ГЭОТАР-медиа, 2017. — 304 с.
4. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике: Руководство для практикующих врачей / Под общ. ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. — М.: Литтерра, 2014. — 1080 с.
5. Фесенко Ю. А. Пограничные нервно-психические расстройства у детей. — СПб.: Наука и техника, 2010. — 320 с.

Глава 21. Перинатальная психотерапия

И. В. Добряков

Многие выдающиеся семейные психотерапевты писали о том, что семья, ожидающая рождения ребенка, стоит на пороге серьезных изменений, а значит, семейная система уязвима, ее функционирование нестабильно. Нередко такая семья становится источником психической травмы для ее членов. Появление ребенка меняет состав семейных подсистем, перестраивает отношения членов семьи, что некоторыми переживается весьма болезненно. Карл Витакер отмечал, что все трудности семейной жизни «отступают на второй план, когда на сцену выходят переживания беременности, родов, кормления младенцев до одного года» [Витакер К., 1998]. Сальвадор Минухин предупреждал, что рождение ребенка означает появление в семье новой диссипативной структуры, что влечет за собой сложную реорганизацию супружеского холона и нередко ставит под угрозу существование всей системы семьи (Минухин С., Фишман Ч., 1998).

Традиционно принято считать, что перинатальный период длится с 28-й недели внутриутробной жизни человека по 7-е сутки жизни после рождения. Однако можно согласиться с Грэйс Крайг, определяющей перинатологию как «раздел медицины, изучающий здоровье, болезни и методы лечения детей во временной перспективе, включающей зачатие, пренатальный период, роды и первые месяцы постнатального периода». Она подчеркивает, что эта «новая ветвь медицины» рассматривает рождение ребенка не как отдельное событие, представленное точкой на оси времени, а как длительный процесс, начинающийся с зачатия и охватывающий весь пренатальный период, сами роды и первые месяцы после рождения (Крайг Г., 2000).

Под перинатальной психотерапией следует понимать систему лечебного психического (психологического) воздействия на психику женщины и ребенка в антенатальном (герминальном, эмбриональном, фетальном), интранатальном и постнатальном периодах, а через психику — на организм женщины и ребенка.

Перинатальную семейную психотерапию можно определить как комплекс психотерапевтических приемов и методов, осуществляемых в семье и при

помощи семьи, направленных на лечение членов семьи, нервно-психические расстройства которых являются следствием реакций на зачатие, вынашивание, рождение и выхаживание ребенка.

Объектом внимания семейной перинатальной психотерапии является также сам новорожденный, формирование его отношений с окружающими, прежде всего с родителями, особенности постнатальной адаптации.

Основными задачами перинатальной психотерапии являются предупреждение отклонений в развитии систем «беременная — плод — будущий отец», а затем — «мать — дитя — отец» или раннее их выявление; разработка методов целенаправленных лечебных воздействий психологическими средствами на эти системы для упорядочения их деятельности.

Таким образом, можно выделить следующие разделы семейной перинатальной психотерапии:

1. Психотерапия семьи, планирующей зачатие ребенка.
2. Психотерапия семьи, ожидающей рождения ребенка.
3. Психотерапия семьи, имеющей новорожденного ребенка.
4. Психотерапия пациентов (детей разного возраста, подростков, взрослых), у которых нервно-психические расстройства связаны с проблемами перинатального периода.

Психотерапия семьи, планирующей зачатие ребенка

Еще до зачатия, только при планировании деторождения семья часто нуждается в консультации психотерапевта. Мотивы желания иметь ребенка разнообразны. Они могут быть конструктивными, укрепляющими семью, способствующими созданию благоприятных условий для вынашивания беременности, родоразрешения, ухода за новорожденным, а могут быть деструктивными и препятствовать этому. Во многом происходящее зависит от стадии жизненного цикла семьи, на которой появляется ребенок. Часто его рождение является результатом бессознательного желания мужа и жены разрешить семейные проблемы, их надежды на то, что появление малыша улучшит отношения, сблизит. Попытка такой семейной аутопсихотерапии, как правило, безуспешна. Рождение ребенка в критической ситуации, зачастую попытка разрешить ее с помощью беременности и родов отрицательно влияет на успешность установления раннего диалога в системе «мать — дитя», способствует формированию отклонений семейного воспитания.

Зилбах определяет развитие семьи как закономерную последовательность изменений, протекающих во времени, в процессе которых появление тех или иных качеств функционирования либо организации, обусловленных предыдущей стадией, определяет качества последующей стадии (1986) (Зилбах Дж., 2004).

С точки зрения перинатальной семейной психотерапии целесообразнее выделять стадии жизненного цикла семьи, исходя из отношений между супругами, того, как они пытаются разрешить возникающие конфликты. Руководствуясь этим, можно выделить шесть стадий развития супружеского холона:

1. Стадия добрачных отношений.
2. Стадия конфронтации.
3. Стадия компромиссов.
4. Стадия зрелого супружеского холона.
5. Стадия кризиса середины жизни (экспериментирования с независимостью).
6. Стадия «ренессанса» супружеских отношений.

Закономерность чередования стадий прослеживается в большинстве семей, однако сроки смены одной стадии другой вариабельны. Это связано как с личностными особенностями членов семьи, так и с влиянием факторов внешней среды.

1-я стадия продолжается в среднем 9–12 месяцев. Она характеризуется состоянием эйфории, доминирующими, а иногда и сверхценными идеями любовного содержания, усилением полового влечения. Все представляется влюбленным в розовом свете, недостатки партнера игнорируются. К концу этой стадии отношение друг к другу становится более критичным, замечаются недостатки, на которые раньше не обращали внимания. При этом нередко отношения прерываются. Однако если за это время люди стали по-настоящему близки и дороги друг другу, принимается решение вступить в брак, цель которого — укрепление отношений. Незапланированная, случайная беременность может служить своеобразным катализатором развития отношений. Довольно часто заключение брака и образование новой семьи напрямую связано с беременностью и ожиданием родов. Сам по себе ребенок при этом часто не представляет для молодой женщины особой ценности, а является лишь средством решения личных проблем. В этом случае наблюдаются трудности формирования раннего диалога матери и младенца. Они значительно усугубляются, если ребенок не оправдывает возложенных на него надежд. Воспитание, как правило, осуществляется по типу гипопротекции, характеризуется бессознательным или осознаваемым непринятием малыша матерью. Отмечается неразвитость родительских чувств, воспитательная неуверенность.

На этой стадии кандидаты в супруги, как правило, очень нуждаются в психотерапии. Полагаю, такая психотерапия, направленная на преодоление конфликтов, налаживание взаимопонимания между мужчиной и женщиной, их родственниками, имеющая целью заключение счастливого брака, вполне заслуживает названия «семейная психотерапия». Ее перинатальным аспектом является работа, направленная на предупреждение случайной беременности или беременности как средства манипуляции.

2-я стадия. Молодожены начинают жить вместе. Каждый из них имеет определенные привычки, взгляды на обязанности и стереотипы взаимоотношений мужа и жены. Строя семью, каждый опирается на свой опыт, полученный в семьях родителей. Зачастую эти представления противоречивы, что приводит к конфликтам. Только начав совместную жизнь, молодожены с удивлением отмечают, что избранник (избранница) сильно отличается от того образа, который они себе создали. То, в какой степени отличаются ожидания от реальности, определяет уровень конфликтности отношений. Родители молодоженов с обеих сторон часто нарушают границы незрелого супружеского холона (супружеской подсистемы), убеждая своих детей в том, что только их семья достойна подражания. Конфронтация нарастает. Беременность и рождение ребенка в этой ситуации, как правило, не укрепляют, а расшатывают семью. Надежды на то, что его появление поможет улучшить отношения, обычно не сбываются. Как справедливо отмечает К. Витакер, «при беременности мать ослабляет связь с отцом и все больше и больше занимается значимым другим, растущим в ее утробе», а «непривязанный отец находит себе иную привязанность — деньги, секретаршу, новую машину или собственную мать. Когда ребенок рождается, мать привязывается к нему еще сильнее. Отец в еще большей степени вынужден прилепиться к чему-то на стороне, пока ребенку не исполнится года полтора. И тогда мать поворачивается к отцу, а его нет рядом. У нее развивается чувство одиночества» (Витакер К., 1998).

В подобной ситуации ранний диалог матери с младенцем характеризуется достаточной глубиной и взаимопониманием, однако неразрешенные конфликты с мужем, его компенсаторное поведение делает женщину тревожной и эмоционально неустойчивой, что сказывается и на отношениях в диаде «мать — младенец». Часто это выражается в необоснованных невротических опасениях за состояние здоровья ребенка, может появиться фобия его утраты. При этом возможно формирование как неустойчивого типа воспитания, так и потворствующей гиперпротекции. Если ребенок очень похож на отца, с которым мать находится в состоянии конфликта, вероятно развитие эмоционального отвержения.

Семейный психотерапевт, работающий с семьей, находящейся на этой стадии развития, должен стремиться способствовать скорейшему наступлению следующей стадии.

3-я стадия знаменуется окончанием противостояния. Иногда это происходит постепенно, иногда — стремительно. Во втором случае после очередного серьезного конфликта, приведшего обоих супругов к пропасти окончательного разрыва, они внезапно осознают невозможность существования друг без друга. Страх потерять супруга заставляет идти на уступки, принимать его таким, какой он есть на самом деле, со всеми недостатками и достоинствами. Чтобы улучшить отношения, партнеры уже не столько пытаются изменить другого, сколько меняют себя. Совместными усилиями определяются и принимаются семейные роли, права и обязанности каждого супруга. В этот период они начинают больше понимать и уважать друг друга. Отношения постепенно становятся более конструктивными. Вызывающие столько трений сознательные или неосознанные безуспешные попытки создать копию родительской семьи наконец оставлены. Начинается строительство по-настоящему новой семьи, имеющей свои вкусы, ритуалы, обычаи и традиции; взросление семьи, укрепление ее внешних границ от посягательств. Совместное творчество увлекает, спланирует еще больше. Вершиной этого творчества может стать совместное желание иметь ребенка, а также деятельность, направленная на достижение этой цели. Новорожденный в такой семье желанен и любим. Для родителей он представляет самостоятельную ценность, а не средство манипуляции, позволяющее решать какие-то личные проблемы. Стабильность отношений родителей, пронизанных взаимопониманием, любовью и благодарностью друг к другу, — главный гарант безопасности младенца.

В этой стадии условия формирования раннего диалога младенца и матери наиболее благоприятны. Именно при рождении ребенка здесь правомерно говорить не о диаде, а скорее о триаде «мать — младенец — отец». Это связано с тем, что в данном случае отец не чувствует себя лишним и обычно так же, как мать, устанавливает ранний диалог с ребенком. Условия благоприятны для формирования гармоничного семейного воспитания.

4-я стадия характеризуется стабильностью и всеми особенностями, характерными для заключительного этапа предыдущей стадии. Неудивительно, что через некоторое время после рождения в предыдущем периоде малыша, приносящего столько радости, у супругов возникает желание иметь еще одного ребенка. В периоде зрелой семьи рождение детей происходит в благоприятной ситуации для формирования раннего диалога младенца с родителями и гармоничного воспитания.

5-я стадия, как уже говорилось, часто совпадает с периодом личностного кризиса середины жизни одного или обоих супругов. К этому

времени дети подросли, отношения между супругами стали привычными, рутинными, потеряли остроту. Бессознательный страх того, что оставшаяся половина жизни будет сплошь состоять из выполнения семейных и служебных обязанностей, которые порядком надоели, заставляет предпринимать попытки изменений. Человек нередко пытается выйти за рамки своего жизненного сценария, поменяв работу, семью, место и даже страну проживания.

Если до этого семейная жизнь протекала гладко и супруг достаточно внимателен к своей «половине», он своевременно понимает, что с любимым человеком происходит неладное, помогает ему справиться с кризисом. В противном случае возникает реальная угроза разрыва. Попытка предотвратить его с помощью беременности и родов, которые иногда предпринимаются одним из супругов (чаще женщиной) или (реже) с обоюдного согласия, к успеху почти никогда не приводит. Ранний диалог с родившимися в результате детьми имеет недостатки, во многом напоминающие отмеченные у рожденных в стадии добрачных отношений, аналогичные отклонения семейного воспитания.

В отличие от других стадий, испытывающие личный кризис супруги, нередко стоящие на грани развода, на этой стадии довольно часто сами обращаются за помощью к психотерапевту. Методики семейной психотерапии, ориентированной на супружескую пару и ее психологические проблемы, призванные помочь супругам преодолеть кризисную ситуацию и достигнуть гармонии во взаимоотношениях, довольно хорошо разработаны.

6-я стадия — заключительная в развитии семейных отношений, на которой может родиться ребенок. Если семья сумела пережить кризис, иногда отношения между супругами становятся еще более близкими и доверительными, чем до него. Именно в этой ситуации может возникнуть желание родить еще одного ребенка. Так появляются на свет дети, имеющие сибсов, которые старше их на 5–10 лет. Новорожденные любимы, их появление на свет радует всех, включая сестер и братьев. Семейная ситуация благоприятствует формированию раннего диалога, семейное воспитание таких детей чаще всего происходит адекватно, реже — по типу потворствующей или доминирующей гиперпротекции.

Таким образом, формирование типа семейного воспитания во многом зависит от стадии развития семейных отношений, во время которой ребенок был зачат, протекала беременность, произошло родоразрешение: на 1-й, 2-й, 5-й стадиях чаще возникают отклонения в семейном воспитании, а на 3-й и 6-й стадиях условия благоприятствуют формированию гармоничного стиля воспитания.

Психотерапия семьи, ожидающей рождения ребенка

Взаимоотношения, складывающиеся в семье, ожидающей ребенка, во многом определяют формирование психологического компонента гестационной доминанты.

Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности и направленных на сохранение гестации, создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности и ее поведенческие стереотипы.

В результате изучения анамнестических сведений, наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними было выделено пять типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный.

Оптимальный тип ПКГД отмечается у женщин, ответственно, но без излишней тревоги относящихся к своей беременности. В этих случаях, как правило, супружеский холон зрелый, отношения в семье гармоничные, беременность желанна обоими супругами. Женщина, удостоверившись, что беременна, продолжает вести активный образ жизни, но своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем, с удовольствием и успешно занимается на курсах дородовой подготовки. Оптимальный тип способствует формированию гармонического типа семейного воспитания ребенка.

Гипогестогнозический тип ПКГД нередко встречается у женщин, не закончивших учебу и увлеченных работой. Среди них встречаются как юные студентки, так и женщины, которым скоро исполнится или уже исполнилось 30 лет. Первые не желают брать академический отпуск, продолжают сдавать экзамены, посещать дискотеки, заниматься спортом, ходить в походы. Беременность у них часто незапланированная и застает врасплох. Женщины второй подгруппы, как правило, уже имеют профессию, увлечены работой, нередко занимают руководящие посты. Они планируют беременность, так как справедливо опасаются, что с возрастом риск возникновения осложнений повышается. С другой стороны, эти женщины не склонны менять жизненный стереотип, у них не хватает времени встать на учет, посещать врачей, выполнять их назначения. Женщины с гипогестогнозическим типом ПКГД нередко скептически относятся к курсам дородовой подготовки, манкируют занятиями. После родов среди этой группы женщин часто отмечается гипогалактия. Уход за детьми, как правило, передоверяется другим

лицам (бабушкам, няням), так как сами матери очень заняты. При гипогестозическом типе ПКГД чаще всего встречаются такие типы семейного воспитания, как гипопротекция, эмоциональное отвержение, неразвитость родительских чувств.

Эйфорический тип ПКГД отмечается у женщин с истерическими чертами личности, а также у длительно лечившихся от бесплодия. Нередко беременность становится средством манипулирования, способом изменения отношений с мужем, достижения меркантильных целей. При этом декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, возникающие недомогания агравироваются, трудности преувеличиваются. Женщины претенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания, выполнения любых прихотей. Врачи, курсы дородовой подготовки посещаются, но далеко не ко всем советам пациентки прислушиваются и не все рекомендации выполняют или делают это формально. Эйфорическому типу ПКГД соответствует расширение сферы родительских чувств к ребенку, потворствующая гиперпротекция, предпочтение детских качеств. Нередко отмечается вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания.

Тревожный тип ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги у беременных, что влияет на их соматическое состояние. Тревога может быть вполне оправданной и понятной (наличие острых или хронических заболеваний, дисгармоничные отношения в семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия и т. п.). В некоторых случаях беременная женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает. Нередко тревога сопровождается ипохондричностью. Повышенную тревожность нетрудно выявить как врачу женской консультации, так и ведущим курсы дородовой подготовки, но, к сожалению, беременные женщины с этим типом ПКГД далеко не всегда получают адекватную оценку и помощь. Часто именно неправильные действия медицинских работников способствуют повышению тревоги у женщин, что приводит к ятрогениям. Большинство из них нуждаются в помощи психотерапевта. При этом типе ПКГД чаще всего в семейном воспитании формируется доминирующая гиперпротекция, нередко отмечается повышенная моральная ответственность. Выражена воспитательная неуверенность матери. Нередко и вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания, обуславливающее противоречивый тип воспитания.

Депрессивный тип ПКГД проявляется прежде всего резко сниженным фоном настроения у беременных. Женщина, мечтавшая о ребенке, может начать утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здорового дитя, боится умереть в родах. Часто возникают дисморфоманические идеи. Женщины считают, что беременность

«изуродовала их», боятся быть покинутыми мужем, часто плачут. В некоторых семьях подобное поведение будущей матери может действительно ухудшить ее отношения с родственниками, объясняющими все капризами и не понимающими, что женщина нездорова. Это еще больше усугубляет состояние. В тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции. Гинекологу, акушеру, психологу, всем, кто общается с беременной, очень важно своевременно выявить подобную симптоматику и направить женщину на консультацию к психотерапевту или психиатру, который сможет определить невротический или психотический характер депрессии и провести соответствующий курс лечения. К сожалению, у беременных встречаются и ятрогенные депрессии. Отклонения в процессе семейного воспитания при этом типе ПКГД аналогичны развивающимся при тревожном типе, но более brutальны. Встречаются также эмоциональное отвержение, жестокое обращение. При этом мать испытывает чувство вины, усугубляющее ее состояние.

Определение типа ПКГД может существенно помочь разобраться в ситуации, при которой вынашивается ребенок, понять, как складываются отношения в семье. Задачей психотерапевта, работающего с семьей, которая ожидает ребенка, является формирование оптимального типа ПКГД. Решению этой задачи в процессе работы с супругами помогает беседа с ними во время сеанса о будущем ребенке, обучение их приемам общения с плодом (вербального, гаптономического), установления с ним обратной связи. В качестве примера приведу отрывок стенограммы одного из сеансов.

В сеансе принимает участие женщина на 30-й неделе беременности, ее муж, психотерапевт. Врач предлагает будущему отцу поговорить с ребенком.

Мужчина. А о чем говорить?

Психотерапевт (*кладет руку мужчины на живот жены*). Расскажите сыну, какая у него мама, он ведь ее еще не видел.

Мужчина (*поглаживая живот*). Мама у тебя красивая. У нее серые глаза, пушистые волосы. Ой! Он шевелится...

Психотерапевт. Как вы полагаете, ему нравится ваш разговор?

Мужчина. Нравится!

Женщина тоже начинает поглаживать живот.

Женщина. Он все понимает!

Психотерапевт. Слова вряд ли, а вот ваши эмоции... Расскажите ему, как вы познакомились. Кто первый понял, что нашел свою половину?

Супруги увлеченно вспоминают подробности знакомства, отмечая реакции плода. В конце сеанса психотерапевт предлагает спеть малышу песенку.

Мужчина. А какую?

Психотерапевт. Это вы его спросите.

Женщина. Какую ты хочешь песенку? Молчит...

Психотерапевт. А вы вспомните, какую вы сами любили в детстве.

Женщина (*тихо поет*). «Спят медведи и слоны...»

Мужчина подхватывает.

Из этого отрывка видно, что в сеансе активную роль играют не только супруги, но и будущий ребенок. Подобные сеансы помогают мобилизовать ресурсы супружеского холона, улучшают коммуникации супругов, готовят их к разрешению будущих проблем, способствуют эмоциональному принятию новорожденного.

Психотерапия семьи, имеющей новорожденного ребенка

Грамотная дородовая психопрофилактическая, а при необходимости — и психотерапевтическая работа с семьей, ожидающей ребенка, является хорошей профилактикой нарушений жизнедеятельности семьи, появления нервно-психических нарушений у ее членов, включая новорожденного. Важной психотерапевтической задачей на данном этапе часто является помощь в четком распределении между членами семьи новых функциональных обязанностей, появившихся в связи с рождением ребенка. Не менее важно способствовать адаптации новорожденного к условиям постнатального существования, а также интеграции ребенка в семейную систему. При этом нужно иметь в виду, что испытываемые матерью эмоции испытывает и плод, так как плацентарный барьер пропускает выделяемые при этом эндорфины и катехоламины. За несколько дней до родов в крови матери возрастает уровень адреналина и норадреналина, подготавливающих организмы будущей матери и ребенка к стрессовым воздействиям.

Учитывая это, вряд ли можно считать спекуляциями представления о том, что эмоции и телесные ощущения, испытываемые плодом в интранатальном периоде и в течение родов, остаются в его подсознании и в дальнейшем влияют на развитие, нервно-психические особенности. Сформулированные в 1924 году Отто Ранком положения о травме рождения и сепарационной тревоге (Ранк О., 2004) получили признание последователей.

Карен Хорни также писала о том, что ужас, испытываемый рождающимся, переживание с первых секунд существования чувства враждебности мира формируют у него тревогу, но называла ее не сепарационной, а базальной. Она считала, что уровень базальной тревоги в дальнейшем во многом детерминирует поступки человека. Хорни выделила три основных типа стратегии поведения, связанных с базальной тревогой:

1. Стремление к людям.
2. Стремление от людей (независимость).
3. Стремление против людей (агрессия) (Хорни К., 1993).

Позднее этой темой много занимался Станислав Гроф. Как и предшественники, он подчеркивал, что при нормально протекающей беременности желанным ребенком плод находится в состоянии комфорта и безопасности. Роды являются для ребенка сильнейшей физической и психической травмой, сопровождающейся угрозой жизни (Гроф С., 1993).

Тревожная и тем более депрессивная мать препятствует отвечающему за развитие самосознания процессу, который Эрих Фромм назвал индивидуализацией. Он считал, что относительно быстрый переход от внутриутробного к собственному существованию, обрыв пуповины обозначают начало независимости ребенка от тела матери. Но эту независимость можно понимать лишь в грубом смысле разделения двух тел. В функциональном смысле младенец остается частью тела матери. Она его кормит, ухаживает за ним, оберегает его (Фромм Э., 1989). Мать с нервно-психическими нарушениями не справляется с этими обязанностями. Часто эти расстройства связаны у нее с семейными проблемами. Семейная психотерапия в подобных случаях абсолютно показана. Серж Лебовиси успешно проводил сеансы семейной психотерапии, в которых участвовали группа психотерапевтов, младенец, его отец и мать, страдающая депрессией.

Джон Боулби полагал, что связь ребенка и матери обусловлена выраженной потребностью в близости ухаживающего человека. Развитие психических и моторных функций детей он связывает с развитием способов достижения близости к матери. Она обеспечивает безопасность, позволяет заниматься исследовательской деятельностью, обучаться и адаптироваться к новым ситуациям. Таким образом, потребность в близости — базовая потребность ребенка. Еще в возрасте до года ребенок умеет определять такое расстояние до матери, на котором способен дать ей знак о своих потребностях хныканьем и получить помощь, то есть расстояние, на котором он находится в состоянии относительной безопасности. Если мать оказывается или кажется ребенку недоступной, активизируется деятельность малыша, направленная на восстановление близости. Страх потерять мать может вызывать панику. Если потребность в близости часто не удовлетворяется, то и в присутствии матери ребенок перестает чувствовать себя в безопасности. Только при развитом чувстве безопасности ребенок постепенно увеличивает расстояние, на которое спокойно отпускает мать. Боулби подчеркивает важность ощущения безопасности и развития Эго ребенка. Если «ухаживающая persona» признает и пытается удовлетворить потребность младенца в комфорте и безопасности, у него снижается уровень базальной тревоги,

растет уверенность в своих силах, а деятельность направляется на познание окружающего мира. В противном случае уровень тревоги высок и растет, деятельность же ребенка направлена на попытки обеспечить безопасность (Боулби Д., 2003).

Теоретические положения Джона Боулби блестяще подтвердили эксперименты Мэри Эйнворт. Наблюдая детей в первые месяцы жизни, она пыталась определить, каким образом особенности взаимоотношений с матерью проявляются в процессе кормления грудью, плаче ребенка и игровых моментах. В результате исследований было установлено, что взаимоотношения матери и ребенка складываются в течение первых трех месяцев жизни, определяют качество их привязанности к концу года и в последующем. Благоприятно на развитие ребенка влияют матери, движения которых синхронны движениям младенца во время общения с ним, эмоции экспрессивны, а контакты с ребенком разнообразны. Общение же детей с матерями ригидными, редко берущими их на руки, сдерживающими свои эмоции («матери с деревянными лицами»), напротив, не способствует развитию психических функций ребенка. То же можно сказать и об общении детей с матерями, отличающимися непоследовательным, непредсказуемым поведением.

Экспериментальным путем Эйнсворт удалось выделить три типа поведения детей, формирующихся под влиянием общения с матерью:

Тип А. *Избегающая привязанность* — встречается примерно в 21,5 % случаев. Характеризуется тем, что на уход из комнаты матери, а затем на ее возвращение ребенок не обращает внимания, не ищет с ней контакта. Он не идет на контакт, даже когда мать начинает с ним заигрывать.

Тип В. *Безопасная привязанность* — встречается чаще других (66 %). Характеризуется тем, что в присутствии матери ребенок чувствует себя комфортно. Если она уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность. При возвращении матери ищет контакта с ней и, установив его, быстро успокаивается, вновь продолжает свои занятия.

Тип С. *Амбивалентная привязанность* — встречается примерно в 12,5 % случаев. Даже в присутствии матери ребенок остается тревожным. В случае ее ухода тревога возрастает. Когда она возвращается, малыш стремится к ней, но контакту сопротивляется. Если мать берет его на руки, он вырывается (Эйнсворт М. Д., 2005). Задачей семейного психотерапевта является формирование у ребенка привязанности типа В. В 1970-х годах методику работы с родителями и младенцем, направленную на преодоление нарушений отношений и первичной социализации, разрабатывала Сельма Фрейберг (Фрейберг С., 1980). В настоящее время создана программа «раннего психотерапевтического вмешательства», целью которой является оказание ранней междисциплинарной семейно-центрированной помощи.

Психотерапия пациентов с нервно-психическими расстройствами, связанными с проблемами перинатального периода

Как говорилось выше, переживания, связанные с опытом внутриутробной жизни и родов, могут влиять на формирование личности и во многом определять жизненные сценарии.

Станислав Гроф считает, что отражающие перинатальный уровень бессознательного переживания смерти и возрождения проявляются в четырех типичных паттернах, или конstellляциях. Существует глубокое соответствие этих тематических кластеров клиническим стадиям биологического рождения. Для теории и практики глубиной эмпирической работы оказалось весьма полезным постулировать существование гипотетических динамических матриц, управляющих процессами, относящимися к перинатальному уровню бессознательного, и назвать их *базовыми перинатальными матрицами* (БПМ).

Биологической основой первой перинатальной матрицы (БПМ-1) является опыт исходного симбиотического единства плода и матери в периоде безмятежного, почти идеального внутриматочного существования.

Эмпирический паттерн второй перинатальной матрицы (БПМ-2) относится к самому началу биологического рождения, к его первой клинической стадии. При полном ее разворачивании плод периодически сжимается маточными спазмами, но шейка матки еще закрыта, выхода нет. Гроф считает, что ребенок при этом испытывает неодолимое чувство возрастающей тревоги, связанной с надвигающейся смертельной опасностью, усугубляющейся тем, что определить ее источник невозможно. Символическое выражение БПМ-2 — бесконечное и безнадежное заточение в комнате без выхода, порождающее чувства беспомощности, неполноценности, отчаяния.

Третья перинатальная матрица (БПМ-3) отражает вторую клиническую стадию биологических родов. На этой стадии сокращения матки продолжаются, но, в отличие от предыдущей стадии, шейка матки уже открыта. Это позволяет плоду постоянно двигаться по родовому каналу, что сопровождается сильнейшими механическими сдвигами, удушьем, часто непосредственным контактом с такими биологическими материалами, как кровь, моча, слизь, кал. Все это происходит в контексте отчаянной борьбы за выживание. Ситуация при этом не кажется безнадежной, а сам ее участник не беспомощен. Он принимает активное участие в происходящем, чувствует, что страдание имеет определенную направленность и цель.

Четвертая перинатальная матрица (БПМ-4) связана с заключительной стадией родов и непосредственным рождением ребенка. Гроф полагает, что акт рождения — это освобождение и в то же время безвозвратный отказ от прошлого. Поэтому на пороге освобождения ребенок ощущает приближение катастрофы огромного размаха. Мучительный процесс борьбы за рождение достигает кульминации, за пиком боли и напряжения следует внезапное облегчение и релаксация. Однако радость освобождения сочетается с тревогой: после внутриутробной темноты ребенок впервые сталкивается с ярким светом, происходящее отсечение пуповины прекращает телесную связь с матерью, и ребенок становится анатомически независимым. Полученная в процессе родов физическая и психическая травма, связанная с угрозой жизни и резким изменением условий существования, во многом определяет дальнейшее развитие ребенка. Ее интенсивность и последствия можно свести к минимуму, подготовившись к родам и правильно оказав родовспоможение (Гроф С., 1993).

После родов начинается процесс адаптации ребенка к новым условиям. Если в родах ребенок может получить и, как правило, получает острую психологическую травму, то при неправильном отношении к нему в постнатальном периоде младенец может попасть в хроническую психотравмирующую ситуацию. В результате возможны нарушения процесса адаптации, отклонения и задержки психомоторного развития (Ранк О., 2004).

А. И. Захаров описывает триаду страхов, часто встречающихся у детей и имеющих, с его точки зрения, непосредственное отношение к перинатальному периоду жизни. К ним он относит страх темноты, страх одиночества и страх замкнутого пространства. Эти страхи А. И. Захаров считает «отражением в эмоциональной памяти травмирующего перинатального опыта в ассоциативно воспринимаемых жизненных обстоятельствах». Ученый разработал методику семейной игровой психотерапии детей со страхами, состоящую из трех–семи игровых занятий продолжительностью от 1,5 до 2,5 часа. В занятиях принимают участие дети вместе с родителями. В некоторых случаях в играх имитируется процесс родов (Захаров А., 1998).

В психотерапевтической практике специалисту нередко приходится сталкиваться с проблемами усыновленных и удочеренных детей. Как правило, они появлялись в 6–7 лет, в препубертатном и пубертатном периодах. Дети без видимых на то причин начинали воровать, убегать из дома. Психотерапия таких нарушений была трудной, длительной, часто отмечались рецидивы. В некоторых случаях семейная ситуация, особенности семейного воспитания были вполне благоприятными. К тому же дети не имели выраженных органических поражений ЦНС, которые могли бы объяснить

эмоционально-волевые и поведенческие нарушения. От всех этих детей матери отказались в родильном доме. Было сделано предположение, что происхождение симптомов связано с нежеланной беременностью, ранней депривацией. С приемными родителями и ребенком проводился сеанс игровой семейной психотерапии «Принцесса (принц) подводного царства». Этапы внутриутробного развития, схваток, прохождения родового канала во время сеанса маскировались метафорами и последовательно разыгрывались. Одна из последних сцен, во время которой родители «вызволяли» ребенка из подводного царства и радовались его появлению, всегда проходила на эмоциональном подъеме, часто сопровождалась слезами. Сеансы способствовали улучшению взаимоотношений между приемными родителями и детьми, снижали у последних уровень тревоги, агрессивность и напряженность.

Перинатальной психотерапией могут заниматься врачи и психологи, придерживающиеся разных взглядов, представители динамического, когнитивно-поведенческого, экзистенциально-гуманистического направлений. Обязательные условия, которым они должны соответствовать, — прохождение специального обучения и достаточно высокая квалификация.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение перинатальной психотерапии.
2. Перечислите стадии жизненного цикла семьи, исходя из отношений между супругами.
3. Перечислите типы психологического компонента гестационной доминанты.
4. Охарактеризуйте безопасный тип привязанности.

Рекомендуемая литература

1. *Добряков И. В.* Перинатальная психология, 2-е изд. СПб.: Питер, 2015. — 352 с.
2. *Добряков И. В.* Как стать счастливым родителем здорового и счастливого ребенка. 5-е изд., испр. и доп. СПб.: Эко-Вектор, 2021.
3. Перинатальная психотерапия: Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. 2-е изд., доп. и перераб. СПб. [и др.]: Питер, 2000. — 1019 с.

Глава 22. Детский психоанализ

Н. Л. Васильева

В истории человеческой цивилизации существовал долгий период, когда страдания людей с эмоциональными расстройствами воспринимались с презрением, а лечение заключалось в подавляющих и наказующих процедурах. Зигмунд Фрейд разработал новый вид терапии, который позволил этим пациентам выразить свое внутреннее смятение и страдания, принесенные ими из далекого прошлого. Он поощрял своих взрослых пациентов свободно высказывать все, что приходит в голову, и обнаружил, что их ассоциации неизменно приводили к воспоминаниям детства, к важным событиям прошлого. Тогда в драме взрослого конфликта центральной фигурой стал ребенок в семейном контексте.

Фрейд пришел к заключению, что, накапливаясь, обычные повседневные разочарования достигают мощности психологической травмы, поскольку в их основе лежит боль, испытываемая ребенком в течение всего детства. Печали и обиды детских лет продолжают жить в бессознательном, усугубляя состояние психического неблагополучия человека. Беспомощность дитя с его неудовлетворенными потребностями сама по себе травматична. Поэтому можно сказать, что невроз — чаще всего не внезапное событие с единичной травматической причиной, а состояние, которое развивалось в течение продолжительного времени и тесно связано со всей жизненной историей индивида.

Воссоздав многие важные события детства из анализа взрослых и самого себя, Фрейд обратился непосредственно к детям, чтобы подтвердить и расширить свои открытия. В 1908 году он просил коллег наблюдать за их детьми, а также изучал собственных. В результате этого значение ребенка сильно возросло. Теперь он рассматривался не только как источник конфликтов взрослого человека, а стал важен сам по себе. В 1908 году Фрейд провел (через отца) лечение сына одного из коллег — члена вечернего семинара по средам. Им был пятилетний Ганс, у которого появился страх лошадей. То, как сопереживающе описывает Фрейд своего маленького пациента, свидетельствует о том, что у него уже тогда существовала концепция ребенка как личности. Фрейд настаивал на том, что любопытство

и страдания ребенка не следует отмечать как незначимые. Наоборот, взрослые должны откровенно давать ребенку информацию и оказывать помощь там, где он в этом нуждается. Признание Фрейдом ребенка как личности выходило далеко за пределы современного ему знания. Психотерапия маленького Ганса в 1908 году явилась первым применением технических принципов взрослого анализа к ребенку. Детскому анализу еще предстояло появиться и развить собственные формы работы.

Первые попытки использовать принципы психоанализа в работе с детьми предприняли Анна Фрейд и Мелани Кляйн в период между Первой и Второй мировыми войнами. Целью психоаналитической работы с детьми стало обращение к их внутреннему миру и бессознательным процессам, которые окрашивают отношения ребенка с его окружением. Практика обоих психоаналитиков — и Анны Фрейд, и Мелани Кляйн — представляла собой редкое сочетание непосредственного наблюдения за детьми и психоаналитической теории. Эти два принципа остаются центральными в профессиональной деятельности детского психоаналитика до сих пор. За годы, прошедшие со времен А. Фрейда и М. Кляйн, детский психоанализ выделился в самостоятельное научное направление, со своими принципами и формами клинической работы, теоретическими школами и методами исследования.

Что же такое детский психоанализ? Психоанализ — это метод лечения психических расстройств путем выяснения взаимодействия сознательных и бессознательных элементов психики и перевода подавленных чувств и конфликтов в сознание.

Разумеется, взрослый и детский психоанализ имеют много общего. Цели терапии одинаковы как для взрослых, так и для детей. Способы достижения изменений тоже сопоставимы. Однако важно помнить, что ребенок есть личность незрелая, находящаяся в постоянном развитии. Психоаналитик, работающий с детьми, всегда должен учитывать процесс развития и роста. Знание теории психоанализа позволяет понять особенности личности ребенка, выделить прогрессивные и регрессивные характеристики в его поведении и отношениях. Более того, детский психоаналитик знает, что, хотя поступательное развитие всегда есть успех для ребенка, движение вперед неизбежно влечет потери. Так, ребенок, который научился ходить, сделал огромный шаг вперед к обретению независимости, однако при этом он вынужден отказаться от уютной зависимости беспомощного младенца, когда за ним любовно ухаживала мать, выполняя его желания. Достижения развития обязательно содержат утраты комфортных состояний, ставших привычными на предыдущей фазе развития (Sandler J., 1987). Поэтому одной из составляющих нормального развития является возникновение у ребенка в периоды стресса регрессивных тенденций, то есть возвращения

к поведению и реакциям, характерным для более ранних стадий развития (А. Фрейд, 1965).

Дети и подростки, направляемые на психоанализ, имеют проблемы различной тяжести и разного содержания. Конкретная история развития у каждого ребенка будет своя. Но всех объединяет тот факт, что внутренний эмоциональный ландшафт нарушен. Чтобы разобраться в существующих нарушениях, детский психоаналитик обращает внимание в первую очередь на следующие параметры развития ребенка.

Сердцевиной эмоционального развития ребенка являются **взаимоотношения с окружающими людьми и его отношение к самому себе**. Качество отношений с другими строится на основе сознательных, бессознательных сил и опыта, который ребенок получил в ходе развития. Следовательно, в большой степени эмоциональное развитие будет зависеть от жизненного опыта. Однако картина во многом формируется и внутренними представлениями ребенка о взаимоотношениях и о себе.

Другим важным показателем эмоционального благополучия или неблагополучия является **способность регулировать свои внутренние импульсы и чувства и справляться с ними**. Она формируется на основе постоянного присутствия взрослого, последовательного в своей заботе и настроенного на эмоциональные потребности ребенка.

В процессе развития ребенка формируется еще одна важная **способность — выстраивать психологические защиты против боли, тревог и неприемлемых желаний**. Эти психические механизмы являются частью нормального развития, их использует каждый человек. Но порой интенсивность отдельных защитных механизмов достигает такой выраженности, что у ребенка появляются определенные социальные ограничения. Например, ребенок может настолько глубоко погрузиться в мир фантазий, что окажется не в состоянии справиться с повседневной интенсивной учебной нагрузкой или поддерживать контакты со сверстниками.

Думая о способностях ребенка адаптироваться к меняющимся требованиям и условиям реальности, мы не можем не учитывать развитие Эго. **Способности Эго** — целый спектр когнитивных способностей, помогающих ребенку ориентироваться в мире реальности, такие как способность обдумывать, размышлять, общаться с помощью речи. Кроме того, благодаря защитным механизмам Эго ребенок развивает способы регулировать свой внутренний мир. Дети с низким уровнем развития способностей Эго часто неуспешны в школе, хотя учителя признают их несомненный интеллектуальный потенциал. Например, учителям хорошо знаком тип «классного клоуна», который паясничает, особенно когда испытывает трудности в деятельности. Причины отставания в Эго-развитии могут быть различными, но они часто связаны с ранним развитием ребенка,

которое не обеспечило необходимых условий для полноценного развития Эго.

Итак, размышления о развитии ребенка должны принимать во внимание множество аспектов. Чем больше областей развития ребенка имеют проблемы, тем больше необходимость в интенсивной психоаналитической работе.

В результате успешной психоаналитической терапии ребенок сможет научиться выносить болезненные стороны своего опыта, а не заслоняться от них, выражая невысказанную боль в симптомах. В процессе терапевтических взаимоотношений ребенок научится интернализировать способности к принятию, рефлексии и пониманию себя. Вследствие создания новых объектных отношений с психоаналитиком сформируется и новое отношение к себе.

Каковы составляющие психоаналитической работы с ребенком?

В центре психотерапевтического контакта — необходимость защищать конфиденциальность ребенка-клиента. В работе со взрослыми пациентами конфиденциальность достигается легче, поскольку контакт терапевта с другими людьми из окружения пациента минимален. Работая с детьми, приходится регулярно поддерживать контакт со значимыми для них взрослыми. Сложность этой терапевтической деятельности заключается в том, что нужно найти баланс между необходимостью соблюдать конфиденциальность ребенка и полноценно общаться с его родителями и семьей.

Предметом работы в детском психоанализе является субъективный мир ребенка. Родителям хорошо знакомо переживание, когда их действия по отношению к ребенку, вызванные самыми лучшими намерениями, воспринимаются им неожиданно болезненно или враждебно. Данное противоречие объясняется тем, что существуют две формы опыта — опыт объективный, внешний, и опыт субъективный, переводящий внешний опыт на язык внутренних репрезентаций, мыслей, чувств. Мир внешний всегда воспринимается через фильтр внутреннего мира, который, в свою очередь, формируется на основе реального жизненного опыта человека. Чем раньше в течение жизни ребенка произошло какое-либо событие, тем более прочным, хотя и иррациональным, будет его влияние на субъективный мир. Такое влияние выходит далеко за пределы детства, окрашивая восприятие мира и взаимоотношения уже взрослого человека.

Внутренний мир — глубоко личный мир мыслей, фантазий и чувств, многие из которых трудно или невозможно выразить даже самому себе, не говоря о других людях. Он многоуровневый, слои четко сформулированных сознательных установок переходят в фантазии и мысли, свободные от социальных запретов и ценностей, а также существуют слои желаний и чувств, полностью не осознанных самим человеком. Основное допущение, которое делает возможным психоаналитическую работу, — признание факта

существования бессознательного, части психического, которая недоступна сознательному уму, но влияет на поведение и чувства. Бессознательное является значительным и влиятельным элементом внутреннего мира ребенка.

Внутренний (субъективный) мир ребенка формируется в процессе развития постепенно, как следствие процессов биологической и психологической адаптации. Развиваясь, человек создает целый мир схем или репрезентаций, которые структурируют входящую сенсорную информацию в осмысленные образы восприятия (Сандлер, 1987). В ходе развития ребенок создает стабильные образы объектов, существующих во внешнем мире. Эти образы располагаются в репрезентативном мире ребенка, но относятся к тому, что он выучивается переживать как «внешний мир». Репрезентативный мир — нечто большее, чем образы объектов или предметов. Репрезентация может рассматриваться как более-менее длительное образование (схема), построенное из множества впечатлений. У ребенка имеется множество «образов» матери: она кормит, разговаривает, сидит, встает, готовит еду и т. д. На основе всех этих образов постепенно выстраивается репрезентация матери, охватывающая весь спектр материнских образов, каждый из которых имеет бирку «мама».

Репрезентативный мир можно сравнить с театральной сценой. Действующие лица на ней представляют собой разные значимые для ребенка объекты, а также его самого. Героем пьесы обыкновенно является ребенок. В то время как персонажи на сцене относятся к репрезентациям себя и объекта, их конкретная форма и выражение в каждый конкретный момент пьесы относятся к образам себя и объектов (Sandler J., 1987).

Именно этот «театр» внутреннего мира прорабатывается в психоанализе. При психоаналитической работе со взрослыми его внутренний мир постигается через свободные ассоциации и сновидения. Ребенок не всегда может рассказать о своих чувствах и мыслях, как это сделал бы взрослый пациент. И все-таки в распоряжении ребенка есть средства, с помощью которых он сообщает о своем личном опыте. Прежде всего это разные формы поведения. Дети ведут себя очень по-разному, тем самым сообщая о своих переживаниях и опыте, который в силу либо недостаточного речевого развития, либо травматичности пока не может быть описан словами. Например, ребенок может постоянно отказываться покидать кабинет психотерапевта, косвенно выдавая страх быть покинутым.

Кроме того, дети используют игру, которая помогает им проигрывать значимые события или значимый опыт. Цели детской игры разнообразны — это и тренировка навыков для будущей жизни, и экспериментирование с целью познания социальной действительности. Кроме того, игра может быть способом справиться с тревогой и внутренним конфликтом. Например, дети часто играют в дочки-матери и семью, снова и снова воспроизводя подробности

семейных ссор или важного события. Или после посещения зубного врача можно наблюдать, как ребенок в игре становится стоматологом, делая пациентом своего мишку. Символическая игра отражает способность ребенка к репрезентации пережитого опыта и, таким образом, к выведению своих страхов и беспокойства наружу, чтобы с ними справиться. Игра — необходимая предпосылка и предтеча взрослой способности обдумывать и справляться с переживаниями с помощью психических средств, а не действий или нерегулируемых эмоциональных взрывов. Способность ребенка символически выражать тревогу посредством игры является дорогой к внутреннему бессознательному конфликту и рассматривается детским психотерапевтом как важный канал коммуникации. В случаях, когда ребенок не способен к символической игре, первоочередной задачей психотерапевта будет содействие развитию данной способности с помощью усиления незрелого Эго ребенка и формирования у него надежной привязанности.

Еще одним способом ребенка сообщить о своих переживаниях является отношение к психотерапевту. Опыт отношений ребенка со значимыми фигурами его жизни воспроизводится в отношениях с психоаналитиком, формируя перенос. Перенос — это специфическая иллюзия, которая развивается применительно к другому человеку и неизвестна субъекту, поскольку данный процесс совершается бессознательно. Перенос несет черты повторения взаимоотношений со значимой фигурой из прошлого, но переживается субъектом не как повторение, а как принадлежность настоящего и по отношению к конкретному человеку. Таким образом, терапевт начинает представлять значимые фигуры из прошлого пациента, в особенности родительские.

Подобно взрослому пациенту, ребенок переносит на своего аналитика как позитивные, так и негативные мысли и эмоции. В результате активизируются специфичные для него тревоги и болезненные конфликты. Становится возможной их проработка в рамках актуальных отношений переноса в настоящем. Вследствие терапевтической проработки возникают эмоциональные изменения, которые постепенно генерализуются и становятся частью личностного репертуара ребенка в повседневных отношениях. Например, всем пациентам временами кажется, что их психоаналитик слишком безразличен к ним. Пациент может обвинить психоаналитика в том, что ему нет никакого дела до пациента, что он встречается с ним лишь из-за денег. Однако если совместное пребывание с пациентом окрашено соперечающим внимательным слушанием, эти жалобы могут быть поняты как содержащие важную информацию о самом пациенте и о том, как он переживает взаимоотношения со многими людьми. Возможно, и в обычной жизни ему представляется, что людям нет до него никакого дела либо они проявляют к нему интерес, только когда он зачем-то им нужен. Проявления переноса — необходимая

составная часть общего отношения ребенка к аналитику. Существовало и до сих пор существует много споров, могут ли дети испытывать невроз переноса. Большинство детских аналитиков сообщают, что у детей образуются преходящие неврозы переноса, однако они длятся меньше, чем у подростков или взрослых. Частично ожившие конфликты у ребенка направляются на исходный объект любви — родителей. Тем не менее психотерапевт может стать значимой фигурой в жизни ребенка.

Наконец, нельзя не упомянуть противоперенос. Это еще один важный путь, через который дети дают нам знать о своих чувствах. Например, переживание ненужности, никчемности и беспомощности, которое когда-то переживал ребенок, но которое оказалось столь тяжелым, что было вытеснено и не присутствует в переживаниях самого ребенка, может проявиться теперь как переживания психоаналитика. Он становится своего рода вместилищем неприемлемых чувств, например чувства утраты, потери, разлуки. Эти чувства, переживаемые психоаналитиком как собственные, представляют собой постоянное испытание для его личности. Однако эти чувства есть необходимый инструментарий в работе с детьми.

Подводя итог, можно сказать, что дети способны описать события своего прошлого или настоящего, но вместо речи преимущественно используют действия как средства коммуникации.

На коммуникации ребенка о своем субъективном мире психоаналитик отвечает профессиональными воздействиями.

Важнейшим терапевтическим средством является использование разнообразных аспектов аналитических взаимоотношений. В начале терапии между психоаналитиком и ребенком должен сформироваться терапевтический альянс (союз). Ребенок должен осознанно воспринимать терапевта как человека, который хочет помочь ему в преодолении трудностей. Частично терапевтический альянс основан на объективном восприятии ребенком терапевта как человека, пытающегося ему помочь, и частично — на позитивном переносе и замещениях. Этот аспект отношений является неспецифическим фактором в психоанализе, поскольку необходим для психотерапии любого вида. Определенные аспекты взаимоотношений ребенка с психотерапевтом являются сердцевиной психоаналитической работы и основным инструментом психического изменения. Шаг за шагом эмпатическая настроенность аналитика и обеспечение им безопасного окружения способствует психической переработке и реорганизации, необходимой для достижения терапевтического эффекта у ребенка. На первый взгляд это может показаться нелогичным: ребенок приходит на прием к психотерапевту в связи с трудностями во взаимоотношениях с близкими или сверстниками; он играет или говорит именно об этом, но основные изменения в его отношениях с миром будут связаны с происходящим в кабинете психоаналитика, его

взаимоотношениями со взрослым «здесь и теперь». Психотерапевтические взаимоотношения в значительной степени отличаются от взаимоотношений за стенами психотерапевтического кабинета. Прежде всего, они не носят характера взаимности: психоаналитик не делится своими чувствами с пациентом, его личная жизнь остается в тени. При этом психоаналитик прикладывает усилия к тому, чтобы в течение всей сессии быть эмоционально доступным пациенту и направлять свои мысли именно к нему. Это первый важный аспект. Во-вторых, такие взаимоотношения не возникают и не заканчиваются спонтанно: ребенок-пациент приходит на прием в определенные дни, в заранее оговоренные часы, на точно обозначенное время (обычно 50 минут). В-третьих, местом возникновения этих взаимоотношений являются не дом, не естественное окружение ребенка и не медицинский кабинет, а специальная комната, предназначенная именно для такой работы. Каждая психоаналитическая встреча является уникальной производной от встречи чувств и мыслей психоаналитика и пациента. Рабочий инструмент психоаналитика — только его эмоциональная восприимчивость и предоставление своего психического пространства для осмысления опыта пациента — как в прошлом, так и в настоящий момент.

Поскольку взаимодействие психоаналитика и пациента является базисом психотерапевтической работы, принципиально важной составляющей профессионального обучения психоаналитика является прохождение им собственного анализа с опытным психоаналитиком и достаточной частотой (не менее трех-четырёх раз в неделю) и в течение длительного периода времени. Продолжительный период личного анализа необходим для того, чтобы психоаналитик сумел детально и глубоко разобраться в собственном внутреннем мире, узнал и понял характерные для него самого эмоциональные отклики и реакции во взаимоотношениях с людьми. Требование личного психоанализа оформилось довольно рано — уже в 1918 году на Будапештском конгрессе Международной психоаналитической ассоциации, когда первые психоаналитики, исходя из опыта работы с пациентами, были вынуждены признать, что их собственный внутренний мир мог оказывать значительное влияние на восприятие и понимание внутреннего мира пациента, а следовательно, и на формирующиеся взаимоотношения.

Другим центральным средством психоаналитического вмешательства является вербализация, проговаривание. Прежде всего описание того или иного жизненного опыта в словах позволяет сделать данный опыт для ребенка более понятным и осмысленным. Кроме того, общаясь с ребенком, аналитик вербализует увиденное, чтобы пациент тоже мог это увидеть. Например, детский психотерапевт может просто прокомментировать игру ребенка, назвав испытываемые им чувства. В других случаях терапевт может обозначить центральную тему, постоянно возникающую в чувствах

и мыслях ребенка. Или психоаналитик комментирует непоследовательность в действиях ребенка, обращает его внимание на то, как тесно связаны разные вещи. В соответствии с недирективным подходом психоанализа, принципиальным для терапевта является следование за мыслями и чувствами ребенка, ни в коем случае не введение от себя тем, которые, по мнению терапевта, должны являться важными для ребенка. Работа начинается всегда с внимательного наблюдения за ребенком и осмысления всех его проявлений. Затем терапевт комментирует то, что увидел, и следит за ответной реакцией ребенка в словах, игре или действиях. Эти комментарии не должны быть догматичными. Предпочтительно, чтобы они выглядели как темы, о которых, вероятно, имеет смысл поразмышлять, поскольку это может быть полезно или интересно для ребенка. Развитие любознательности и рефлексии — важная составная часть процесса детской психотерапии. Принципиально важно умение аналитика разговаривать с ребенком так, чтобы его сообщения были поняты маленьким пациентом и эмоционально созвучны ему.

Таким образом, психоаналитик постепенно знакомит пациента с характерными для него реакциями, то есть с психологическими защитами, типичными для его личности. Давая пациенту возможность понять, что у него существуют защиты, аналитик делает важный шаг к их интерпретации. Интерпретации — процесс перевода в слова (а следовательно, осознание и узнавание пациентом) фантазий, аспектов взаимоотношений, тревог и конфликтов, ранее находившихся в подавленном состоянии в бессознательном, поскольку они были неприемлемы для личности. Интерпретации направлены на то, чтобы ребенок-пациент смог узнать цель своих защит, открыто взглянуть на бессознательный материал, против которого раньше защищался, непосредственно обратиться к внутреннему конфликту. Для Фрейда процесс перевода бессознательного в сознательное являлся центральным инструментом психического изменения. В настоящее время психоаналитики считают, что во многих случаях такие интерпретации сами по себе возможны лишь в результате длительного подготовительного периода психотерапии.

Когда ребенок находится в очень тревожном состоянии (вызванном либо реальной внешней ситуацией, либо внутренним психическим состоянием), интерпретации и другие формы вербального понимания невозможны. Иногда он настолько мощно использует защиты, что слова терапевта тонут в его гиперактивной деятельности. Либо ребенок может быть настолько расстроен, что слова им просто не услышаны. Порой и терапевту трудно сразу найти слова, чтобы выразить боль, о которой сообщает ребенок. В других случаях ребенок может выражать захлестывающий его гнев (иногда вследствие паники или тревоги) вовсе не словами, а начать ломать игрушки или

обстановку кабинета либо даже нападать на терапевта. Когда такого рода чувства грозят перелиться через край и затопить пациента, терапевт сначала пробует просто выдержать, контейнировать чувства, которые ребенку кажется невыносимыми. «Эта ступень предшествует периоду исследования, когда уже можно разговаривать о сообщаемом. Отличительной чертой контейнирования как процесса является эмпатический ответ пациенту в безоценочной форме, в сочетании с попыткой понять и отразить то, что происходит в данный момент между ними. Это больше, нежели просто впитывание (принятие) боли пациента. Это попытка терапевта использовать свой ум, чтобы думать о том, что переживается пациентом как непостижимое, и при этом оставаться в контакте с этими чувствами, выражаемыми пациентом как непереносимые. Контейнирование может постепенно снизить остроту чувств или мыслей до уровня переносимых. Контейнирование — способность воспринять, вынести, выжить и попытаться осмыслить и понять эти чувства. Отражая обработанные таким образом чувства, терапевт способствует тому, что пациент становится способен выносить и принимать эти чувства» (The handbook of Child and Adolescent psychotherapy, p. 67).

Формы и содержание работы меняются в зависимости от возрастного периода развития детей. Ребенок предлатентных фаз более-менее явно обнаружит свои конфликты в игре, позволяя достаточно быстро подойти к интерпретациям. Анализ ребенка латентного возраста — задача более сложная. Здесь аналитик не должен мешать процессу сублимации. Также потребуется больше терпения, поскольку приходится ждать тех нечастых сессий, когда возможны интерпретации (когда ребенок сможет их услышать). Психотерапевт подросткового пациента тоже должен проявить максимум терпения, но по другой причине: неутомное, провокационное поведение или молчание пациента — серьезное испытание стабильности врача. Однако несмотря на различия, сходств в терапии детей разных возрастных периодов больше. Как упоминалось выше, это и задачи работы, и методы взаимодействия, и средства достижения терапевтического изменения, а также обязательность работы с родителями.

Специфической чертой детского психоанализа, отличающей его от психоанализа взрослых, является необходимость контакта терапевта с родителями: дети попадают на прием к терапевту, потому что их приводят папы и мамы. Значение родителей для успеха психоаналитической терапии ребенка трудно переоценить. Они должны быть способны общаться с аналитиком по поводу практических вопросов и сообщать важную информацию; уметь поддерживать некоторую отстраненность от ребенка, чтобы не вмешиваться в психотерапевтический процесс; быть готовы к изменениям в ребенке и не прерывать анализ. Общеизвестен факт, что родители пациента находятся в очень сложной ситуации: им приходится поддерживать терапию

при фактической исключенности из процесса терапии и незнании тонкостей отношений терапевта и ребенка. Поэтому чрезвычайно важной является поддержка родителей ребенка-пациента со стороны психоаналитика, а также помощь им в осмыслении хода терапии.

Детский психоаналитик должен иметь в виду не только пациента-ребенка и его родителей, но и третий компонент — родительско-детские отношения. Если они нарушены, как часто бывает у детей-пациентов, то аналитик легко ранит этот уязвимый союз самым фактом своего появления. В таких случаях у одного или другого участника легко возникает ощущение «неверности»; чтобы защитить хрупкий союз, родители и пациент бессознательно объединяются и «выталкивают» терапевта. Именно с этим могут быть связаны случаи прерывания работы, даже если она шла вполне успешно. Особенно часто так происходит, когда вследствие психоаналитической работы ребенок входит в контакт со своими ранее подавленными чувствами или начинает процесс отделения от родителей. Дети-пациенты не в состоянии удерживать свои проблемы в рамках терапевтического сеттинга. Когда они прорабатывают травматичные чувства и события из прошлого, они выражают это через нарушение отношений с родителями или в школе. Дети могут стать неуправляемыми, капризными, провокационными. Это приводит к необходимости постоянно работать с родителями — для объяснения им причин происходящего и поддержки.

Работая с родителями, психоаналитик предлагает модель, как реагировать на дистресс ребенка. Ее ключевые моменты:

1) формирование и поддержание надежных рамок (сеттинга), в которых возможно говорить об очень расстраивающих вещах. С этой целью встречи с родителями проходят регулярно и в одном и том же месте;

2) выработка вместе с родителями общего языка для описания болезненных эмоциональных состояний. Нахождение слов для выражения боли само по себе дает терапевтический эффект, поскольку обеспечивает некоторое утешение через ощущение, что ты понят, а следовательно, не одинок в своей боли. Многие родители находят дополнительные силы для понимания своих детей через собственный опыт быть понятыми. Только в результате этого они могут обрести способы размышления над чувствами, что, вероятно, для них самих явилось чем-то новым;

3) работа над границами. Существуют разные аспекты понятия «границы»: различия между родителями и детьми, принятие раздельности их существования, признание собственной отдельности от другого, принятие различий между взрослыми и детскими аспектами собственной личности — все требует прояснения и проработки в терапевтической среде;

4) необходимость признания сложности и неоднозначности эмоциональной сферы и близких взаимоотношений. Работа здесь включает в себя

исследование внутреннего мира, взаимоотношений субъективной и объективной реальностей. Кроме того, в сферу внимания обязательно попадают не только родительно-детские, но и супружеские отношения, их влияние на формирование детской личности;

5) работа над тем, чтобы пытаться понять смысл поведения. Справиться с желанием обвинять и отвергать неприемлемые качества в нас самих и других легче, если мы находим смысл в собственных деструктивных импульсах.

К критериям, позволяющим думать об окончании психоанализа ребенка, относится уменьшение тревожности; снижение доли аутоагрессивных и самоповреждающих защит; восстановление адекватного возрасту эмоционального развития, включая соответствующее возрасту функционирование; улучшение отношений ребенка с семьей и сверстниками; чувство самопринятия, включающее появление жизненной перспективы; увеличившаяся способность думать о своих чувствах и чувствах других.

К трудностям, связанным с окончанием терапии, можно отнести ситуации, когда симптоматическое улучшение уже наступило (например, прекратился энурез или ночные кошмары), но терапевт находит, что у ребенка сохраняется множество неразрешенных тревог или актуальный внутренний конфликт. Проблема в том, что если прекратить лечение на данном этапе, тревоги станут непереносимыми вновь и старые симптомы, возможно, вернутся или на их месте возникнут новые. Другими словами, процесс выздоровления и роста, начавшийся в терапии, не сможет продолжаться сам по себе, без терапевтической поддержки. Данную ситуацию можно сравнить с приемом половины курса антибиотиков при лечении инфекционного заболевания. Таким образом, основанием, на которое ориентируется терапевт, принимая решение об окончании терапии, является возникновение важных и устойчивых психических изменений у пациента, чтобы они стали неотъемлемой частью его личности.

При окончании терапии ребенок переживает утрату человека, ставшего для него важным. Длительность психоаналитического лечения варьирует от нескольких месяцев до нескольких лет. За это время психоаналитик успевает стать для ребенка реально значимой фигурой, поэтому окончание анализа и прекращение отношений с ним — утрата. Терапевт, родители и ребенок договариваются о дате завершения работы, при этом важно, чтобы период прощания был достаточно длинным для проработки ребенком чувств печали из-за расставания. В зависимости от формы терапии данный период может варьировать от нескольких недель до нескольких месяцев. Чувства грусти и потери, а возможно, и гнева, обиды, ревности могут актуализировать переживания, связанные с прежними потерями в жизни ребенка. Этот период в терапии чрезвычайно важен — он дает возможность вновь исследовать и проработать утраты, пережить новый опыт расставания в терапевтической среде.

Тем не менее для развития ребенка чрезвычайно важна приобретенная способность расставаться не с парализующими чувствами, а с надеждами и желанием начать новую главу своей жизни. Чтобы идти вперед, надо уметь отпускать взаимоотношения, которые перестали быть необходимыми. Если терапия прошла успешно, к моменту ее окончания ребенок во многих смыслах перерос необходимость в ней и готов двигаться по жизни самостоятельно.

В детском анализе необходимо считаться с возможностью нового прихода ребенка через некоторое время. Вполне обычно новое появление ребенка на более поздних стадиях развития. Вероятно, тогда он сможет работать с конфликтами, которые были ему не по силам раньше.

Детский психоанализ — четко очерченный метод (длительность, интенсивность, использование интерпретаций и переноса). Традиционно аналитик работает с ребенком четыре раза в неделю и встречается с родителями один раз в неделю. Однако в последние годы все большее распространение получают формы психоаналитически ориентированной психотерапии. В этом варианте использование интерпретаций более ограниченное. Больше внимание уделяется тестированию реальности (адекватные связи с реальностью) и отношениям ребенка со своим окружением. В анализе на это обращают меньше внимания.

Клинический пример: Даша

Дашу привели к детскому психотерапевту, потому что она периодически переставала разговаривать. В детском саду, куда ходила девочка, воспитатели жаловались, что она часто замолкала без видимого повода, зажималась, не отвечала на вопросы, не играла с детьми. В таком состоянии Даша могла оставаться достаточно долго. «Мутизм» — такой диагноз поставил психиатр.

На момент прихода к психотерапевту Даше было 6 лет. Она — единственный ребенок у мамы с папой. Вместе с ними жила бабушка, мамина мама. Даша была любимым ребенком, вся жизнь семьи организована вокруг нее и ее желаний. Внешне семья выглядела благополучной, девочка жила в хороших социальных условиях.

При этом мама рассказала, что дома Даша не выпускала ее из поля зрения: она не выносила, когда мама закрывалась даже в туалете. Ей хотелось быть с ней, видеть ее постоянно. А маме надо было каждое утро идти на работу. В детском саду расставание происходило очень трудно, со скандалами. После ухода мамы Даша довольно часто впадала в «замороженное состояние» и вообще была крайне несчастна.

На диагностических сессиях Даша практически все время молчала и не проявляла никакой активности. Было непонятно, интересно ей что-нибудь или нет. Я показывала ей разные игрушки и игры, но ничто не вызывало

у девочки эмоционального подъема. Она сидела сжавшись, молчала и не выражала своих желаний.

По согласию с родителями, Даша стала проходить психоаналитическую психотерапию с частотой сессий два раза в неделю. Психотерапевтическая работа с ребенком длилась два года.

В начале работы Даша проявляла себя как чрезвычайно тихая девочка. Обычно развивающаяся личность ребенка не может не обнаруживаться в его действиях или высказываниях. У Даши не обнаруживалась: она была пассивной, скованной, безучастной. Но я не приставала к девочке с вопросами и приглашениями к действиям, просто стала рисовать, будто бы для себя. При этом, чтобы не исключать Дашу из ситуации, я рассказывала ей, что именно я пытаюсь нарисовать.

Первое, что я услышала от Даши через три сессии: «А моя мама рисует лучше, чем ты!». В этом высказывании звучала зависть ребенка к способностям взрослых делать что-то лучше; зависть, что я могла рисовать совершеннее, чем она сама. В нем слышался и страх, что ей приходится оставаться в кабинете со мной наедине, без защиты мамы. Даше было важно упомянуть маму, чтобы хотя бы мысленно прикоснуться к ней. В этом высказывании была и уверенность во всемогуществе мамы, которая настолько сильна, что ни у кого нет никакой возможности мериться с ней силами. Однако не было осознания своей сущности и своего желания, только сравнение с мамой и со мной. Видимо, Дашино сравнение оказалось настолько не в ее пользу, что она даже не попыталась нарисовать что-то сама.

В течение многих сессий Даша не делала никаких попыток рисовать что бы то ни было. Постепенно привыкая ко мне, она стала просить, чтобы я рисовала то, что хотела она, но сама не пыталась даже пробовать. При этом ее требования становились все выше и выше. Можно было наблюдать, как постепенно из робкой застенчивой девочки Даша превращалась в требовательного и недовольного ребенка. Она хотела, чтобы я рисовала сложные предметы или животных. Поскольку мои рисовальные способности ограничены, вскоре наступило время, когда я не смогла достаточно хорошо изображать требуемые объекты. Из совершенной фигуры, предмета Дашиной зависти, я превратилась в того, на кого можно излить недовольство.

В ситуации, когда другой неидеален, Даша могла себе позволить проявить и «неидеальную себя». Действительно, через короткое время, когда на сессиях Даша в основном выражала недовольство, она смогла взять в руки карандаши и начать рисовать самостоятельно. Прорыв — Даша выражала себя! Надо сказать, она очень гордилась своими рисунками, сколь бы несовершенными они ни выглядели. И я гордилась вместе с ней. Для Даши был очень важен опыт, когда другой не завидует ее способностям, не пытается учить, «как надо», а просто может разделить с ней радость от того, что она

умеет в настоящий момент. Этот период оказался чрезвычайно благоприятным. Чувство общности часто возникало на наших сессиях.

Однако задача гармонизации внутреннего мира Даши оставалась нерешенной, так как требовалось разобраться с агрессией. Поэтому я была готова к тому, что спокойный период вскоре закончится. И вот гроза пришла...

С некоторых пор Даша стала просить меня отдавать ей ее рисунки, чтобы она относила их домой. Перед началом психотерапевтической работы я обычно договариваюсь с ребенком, что все, что сделано им или нами обоими на сессиях, остается в кабинете. По окончании совместной работы ребенок может забрать любую или любые из своих работ и унести на память. Однако в процессе психотерапии все, что сделано на сессиях, складывается в отдельную папку, которую мы заводим вместе с ребенком. Смысл этого акта — символическое хранение всех чувств ребенка; в том, что никакие, даже самые деструктивные, чувства не страшны и могут сохраняться как память, не разрушая ни ребенка, ни терапевта; в том, что время от времени ребенку важно вернуться к своим более ранним чувствам; в том, что для него может много значить то, что другой хочет и может хранить память о нем — разным. Разумеется, следовать данному правилу не всегда легко: дети привыкли, что в кружках и детском саду забирают с собой свои поделки, им не совсем понятно, почему здесь нельзя сделать так же. Часто дети упрекают психотерапевта в жадности или умоляют его дать «ну хотя бы это!». Нелегко отказывать в такой, казалось бы, малости. Но смысл — не в отказе отдать лист бумаги с изображением. Поступая так, психотерапевт без слов показывает ребенку, что в жизни есть правила, и даже если они не полностью понятны, следовать им все равно нужно. Так вводятся понятия границ и правил.

Для Даши борьба за рисунки была способом помериться со мной силами и доказать мне, что она сильнее. Девочка просила меня, упрекала, грозила взорвать мой кабинет, если я не отдам ей рисунки. Много сомнений моя позиция вызывала и у меня самой. Из приведенного выше материала следует, что для Даши было очень важно получить опыт реальной (не фантазийной) победы. Возможно, следовало отдать ей рисунки? Возможно, это убедило бы ее, что она может быть сильной? Однако размышления привели меня к выводу, что отдать рисунки Даше, отступить от своего правила и согласиться с ее требованиями неверно. Это лишь создало бы у девочки иллюзию, что она может быть сильнее взрослого. Психотерапевт может разделить с ребенком печаль обретенной им реальности, но участвовать в поддержании иллюзии не должен. Даша же не хотела признать реальность, а хотела оставаться в своей тайной позиции победителя. Более того, стремилась слить воедино фантазии и реальность.

Мой отказ дал ей все основания излить на меня свой гнев — гнев, который был спрятан в самых дальних уголках ее души.

Следующий период оказался очень трудным. Выносить гнев, даже если это гнев ребенка, — дело непростое, тем более когда речь идет о чувствах, копившихся годами.

Удивительно, сколько ненависти скопилось в душе девочки! Даша обесценивала любое действие и любое занятие на сессиях, говорила, как сильно ей не хочется приходить, что она ни за что не вернется. При этом она все равно приходила, но лишь для того, чтобы выразить свою ненависть. Все во мне в тот период вызывало у Даши злость. При этом она была очень внимательна ко всему, что я делала или как выглядела. Я могла заметить, что Даше нравятся мои серьги, например, по тому, что она неожиданно говорила: «Серьги у тебя сегодня ужасные! У меня дома есть гораздо лучше». Или, увидев на мне красивую одежду, она говорила: «Какая уродливая блузка на тебе сегодня!»

Даша отказывалась убирать за собой в конце сессий и, более того, нарочно раскидывала фломастеры или игрушки и демонстративно уходила. При этом девочка очень боялась, что маме станет известно о ее поведении на сессиях. Она тщательно закрывала двери кабинета; в коридоре, рядом с мамой, превращалась в примерную девочку — внимательно следила, чтобы мама не оставалась со мной наедине. Страх был очень сильным, даже несмотря на то, что я сообщила Даше еще вначале, что ничего из происходящего на сессиях не буду рассказывать ее родителям. Она может рассказывать все, что хочет, а я буду обсуждать весь материал только с ней. И мы действительно обсуждали. Вернее, пытались обсуждать. Даже простое название испытываемых чувств воспринималось Дашей как опасное. Когда я вспоминала о прошлой сессии, она отказывалась слушать: закрывала руками уши, громко пела или что-то бормотала.

На сессиях Даши мы столкнулись с тем, что она не способна к символизации, игре «понарошку». Гнев, «выходя» из нее, принимал форму разрушения реального. Она говорила много плохих слов-ругательств, которые, оказывается, хорошо знала, и реально разрушала комнату. Я говорила ей, что такие слова используют люди, которые плохо чувствуют себя внутри, и предлагала попробовать понять, почему ей так плохо. Мне приходилось останавливать реальную разрушительность Даши, говоря ей: «Возможно, мне надо присматривать за той плохой частью Даши, которая Даше самой не нравится».

После начала психотерапевтической работы прошло уже около восьми месяцев. Несмотря на описываемые трудности в психотерапевтическом процессе, эффектом проводимой работы стало то, что симптом у девочки исчез: мутизм прошел, словно его и не было. Воспитатели в детском саду

начали хвалить Дашу, она стала общительной и активной, гораздо лучше занималась. Здорово, именно этого мы и добивались. Но в этом и трудность. Как видно из вышеприведенного материала, процесс терапии был далек от завершения. Выражение гнева вовне способствовало тому, что напряжения в ребенке стало гораздо меньше: в реальной жизни оно больше не выражалось через симптомы, а все сконцентрировалось на сессиях, в ее взаимоотношениях с психотерапевтом. Таким образом, прервать психотерапию в данный период нельзя. Это значило бы, что мы обрекаем девочку на возврат к этому или другому симптоматическому поведению. Ведь пока Даша не умела справляться с гневом, просто «поменяла» место и способ его выражения.

Первоочередной задачей психотерапевта стало убедить родителей, что психотерапию дочери следует продолжать. В детской психотерапии работа с родителями — необходимая и важная задача помощи ребенку. Без изменений в семейной системе нельзя ожидать, что изменения в личности ребенка станут его устойчивыми личностными приобретениями. От психотерапевта требуется терпение и поддержка, чтобы родители пришли к пониманию важности изменений в их отношении к ребенку и с ребенком. В Дашином случае было важно убедить родителей, что следует позволить их ребенку оставаться собой. Маме оказалось нелегко допустить в сознание, что ее дочь может испытывать разные чувства и быть разной, в том числе злой. Это понимание влекло для нее осознание собственных чувств: в прошлом — к обоим родителям, а в настоящем — к маме и мужу. Иногда в таких случаях без собственной психотерапии родителей или одного из них не обойтись. В других принципиально важным становится укрепление параллели «муж — жена». Усиление супружеской подсистемы удваивает родительскую силу мужа и жены. Это дает им возможность справиться и со своими эмоциональными трудностями, и с проблемами ребенка. Была такая попытка сделана и по отношению к Дашиным родителям. Но эмоциональный ресурс их супружества оказался слишком мал, чтобы подсистема начала функционировать гармонично. Некоторое усиление единства матери и отца сразу вывело вперед бабушку, которая незамедлительно пришла на прием. Она оказалась весьма жесткой женщиной, обвинявшей во всем происходящем зятя. Критический настрой по отношению к мужчинам дочери существовал и ранее. Это внесло свой вклад в то, что супружеский союз был заключен дочерью поздно и не по любви, а потому, что дальше тянуть с созданием семьи было некуда. Душевное, сексуальное, дружеское влечение супругов друг к другу оказалось настолько слабым, что выделение семьи в отдельную было практически нереальным. Кроме того, мужу было так привычно в его устоявшейся к этому времени защите (позиции непротивления), что он не прилагал особых усилий к изменению положения среди всех этих женщин.

Можно было видеть, что всем жаль несостоявшейся попытки усилить супружескую подсистему. Однако психотерапия — не панацея от всех бед, а психотерапевт — не волшебник. Можно помогать лишь там и настолько, насколько позволяет семья. Если же полный объем психологической работы невозможен, следует признать реальность и попытаться сделать то, что возможно. Оказалось, что благополучие дочери — та живая ниточка, которая скрепляла супругов. Именно родительская роль держала их вместе. Поэтому наши обсуждения в конце концов сосредоточились именно на Дашиных трудностях и их преодолении. В результате совместной психологической работы родители признали необходимость продолжить психотерапию дочери, несмотря на то что «мутизма» у Даши больше не было.

Итак, встречи с девочкой на сессиях могли продолжаться, как и процесс работы над ее негативными чувствами. Из вышесказанного видно, что выносить Дашину агрессию было очень непросто. Справиться с этой нелегкой задачей помогала общая установка по отношению к Даше: несмотря на обилие внутреннего гнева, она была несчастным, эмоционально обездоленным ребенком. Правда, переживание сочувствия к девочке возникало чаще в перерывах между сессиями. В течение же самой сессии Даша умела вызвать подчас встречный гнев и негодование. Эти противоположные чувства хотя и были понятны умом, все же требовали эмоциональной работы психотерапевта над собой. Важно было одновременно позволить Даше выразить свою агрессию и не позволить ей разрушить внутренний мир врача. Тонкий баланс между дозволенным и недозволенным требовал большой внутренней работы. Переработанные чувства в дальнейшем могли стать предметом межличностной работы. Иначе говоря, в переработанном виде гнев и ярость уже могли появиться в психологическом пространстве между психотерапевтом и ребенком.

Даша воспринимала свою «плохость» как опасную, считала, что выпущенные на свободу плохие чувства и слова будут преследовать ее. Поэтому она использовала защитный механизм — проекцию: плохим важно ощущать другого, а не себя. Плохие чувства в самой себе ощущались ею как очень страшные. Чувствовать себя хорошей можно было, только отрекшись от них, поместив «плохость» в другого. Даша боролась с противоречивыми желаниями: иметь терапевта как объект привязанности и одновременно «поместить» в него всю «плохость» и избавиться от этого. Задачей психотерапии было вернуть Даше ее «плохость» в маленьких порциях, выносимых для нее формах, чтобы она могла работать с этими чувствами, а не только защищаться от них.

Ниже приведен отрывок из характерной для того периода встречи.

Д. Нарисовала лодку с пятью человечками.

А. Интересно, кто это плывет в лодке?

Д. Мама, папа, я и бабушка.

А. Ну, а еще один человечек кто же?

Д. Не знаю.

А. Может, ты и меня посадила к себе в лодку?

Д. Нет, тебя я в лодку не возьму (*рисует рядом другую лодку*).

А. Похоже, ты хочешь, чтобы я плыла рядом, в соседней лодке.

Д. Нет, это тоже лодка нашей семьи. А у тебя ничего нет! Ты плохая! Все плохое — у тебя! Вот ты, раздавленная лодками, валяешься в море!

А. Кажется, что если избавиться от меня — плохой, можно избавиться и от всего плохого вместе со мной.

Д. Да, плохого больше нет! И нам всем весело... А тебя больше нет. И ты не заставишь меня нарисовать по-другому! Я не должна тебя слушаться!

А. Ты чувствуешь, что можешь меня не слушаться, а других должна, даже когда тебе это трудно или не хочется.

Д. Свою маму я слушаюсь, а тебя не буду!

(*Вытащила резинку из рта и бросила на пол: «Пусть валяется здесь!»*)

А. Ты хочешь, чтобы весь мусор оставался у меня, тогда ты сможешь иметь только хорошее.

Д. Да, а ты всю мою гадость выбрасывай!

(*Чиркает по столу фломастером.*)

А. Даша, мы можем с тобой разговаривать обо всем, но портить вещи я тебе не разрешу. (*Я забрала у нее фломастер.*)

(*Даша все сбрасывает со стола, потом идет к письменному столу, выдвигает ящики. Роемся там...*)

А. Я понимаю, что тебе хочется узнать все тайны, которые я от тебя скрываю. Но в своих ящиках я тебе рыться не разрешала.

Д. Замолчи! Я оторву тебе руку!

(*Опять все раскидывает, мусорит.*)

А. Ты показываешь мне столько злых чувств! И ты не можешь справиться с ними прямо сейчас. Для безопасности мне придется тебя остановить.

Д. А ты не можешь меня наказать! Ты не моя мама. И я буду делать что захочу!

А. Я не могу и не хочу тебя наказывать. Но я и не могу позволить тебе портить мои вещи. В таком случае ты сейчас лучше уходи. А я буду ждать, когда ты сможешь справиться со своей злостью, когда придешь и сможешь говорить об этом, а не разрушать здесь все.

Д. Нет, я не уйду! Я просто больше к тебе не приду. Ты злая, плохая, и я не буду к тебе ходить!

А. Ну, тогда я буду тебя вспоминать. Я буду помнить, как когда-то ко мне пришла девочка Даша, которая не хотела ни с кем в саду разговаривать и мы с ней долго привыкали друг к другу, а потом играли в домик. Еще я помню,

как сначала Даша не умела рисовать, только обводила по контуру, а потом стала рисовать очень красиво, по-своему.

(Даша внимательно слушает. Видно, что ее гнев успокаивается, уменьшается...)

Д. Дай мне листы. Я буду рисовать...

(Рисует лето. Потом весну, осень и зиму.)

Для Дашы было важно, что я не убегала от ее злых чувств, даже останавливая ее. Плохие чувства оказывались уже не такими опасными и разрушающими, как ей казалось раньше.

В течение многих сессий я говорила Даше о том, что она, похоже, воспринимает слова как опасные. Недаром симптомом девочки был именно мутизм — отсутствие слов. Она ощущала, что выражать ярость действиями можно, а называть переживаемые чувства словами — опасно. Боялась, что любить ее со всей «плохостью», которая жила у нее внутри, будет невозможно.

Очень постепенно и не скоро Даша услышала мои слова. Она перестала закрывать уши, бояться «жуткого» наказания за свои действия и чувства. Я превратилась из пугающего врага в союзника. Мои комментарии больше не воспринимались ею как невыносимо страшные.

Приведу отрывок из сессии уже другого периода.

Д. Давай рисовать. Нарисуй здесь облака и солнце.

(Я рисую.)

Д. Смотри, какие они у тебя неровные.

А. Это же облака. Они могут быть какие угодно. Хотят — ровные, хотят — нет. Они разные...

Д. Давай рисовать дальше вместе...

(Рисуем вместе. Разных рыб. Атмосфера очень уютная...)

Д. Теперь пиши мне слова. Это будет открытка.

А. *(тишу)* Даше 6 лет. Она бывает разной. Иногда Даша бывает веселой. Иногда Даша бывает сердитой. Когда она сердится, она никого не любит...

Д. Это правда!

...

Д. У нас ты рисуешь. А я раскрашиваю.

А. Да, иногда у нас получается быть хорошими вместе.

Д. А кто придет к тебе после меня?

А. Тебе важно знать, думаю я только о тебе или о других тоже?

Д. Нет, ты скажи! Тетя или мальчик?

А. Ты вспомнила мальчика, которого иногда видела здесь?

Д. Да, и тетек взрослых тоже. Я бы убила их всех!

А. Ты хотела бы, чтобы мы остались только вдвоем: ты и я.

Д. Всех бы убила: и тетек, и мальчика. Они плохие! Не хочу, чтобы они к тебе ходили!

А. Похоже, кому-то обязательно надо быть плохим. Только тогда можно чувствовать себя хорошо!

Д. А я успею дорисовать этот рисунок?

А. Успеешь, и мы положим его в твою папку, как договаривались раньше.

Д. Ну ладно....

(Рисует облака. Приговаривая: «Облака могут быть разными. Какими хотят. Видишь, какие неровные...»)

Когда из наших отношений ушла тревога, появилось место для других чувств. Чувства, возникающие в этом очищенном от тревоги пространстве, могут быть разными: и чувство благодарности, и чувство недовольства, и чувство любопытства. Целый спектр чувств, которые могут и должны быть исследованы. Отпадает необходимость в постоянном защитном реагировании: «Все, что угодно, лишь бы не слышать, убежать». У ребенка появляется способность интересоваться своими чувствами и переживаниями, какими бы они ни были. Не защищаться от них как от опасных, а признавать их в себе и исследовать. Это необходимый шаг перед тем, как учиться справляться со своими чувствами, регулировать их самостоятельно.

Потребовалась долгая и значительная работа, чтобы Даша смогла интегрировать «разную себя». Но произошло и это. В конечном итоге Даша признала «плохое» в себе и вместе с психотерапевтом погоревала об этом. Она сумела сказать словами, что хотела бы иметь многое, но пока не может, а вместо этого ощущает себя маленькой и незначительной. Осознала, что бывает разной и что все равно заслуживает быть любимой. Она старается быть хорошей, но это не всегда получается. Она будет и дальше учиться справляться с этим, не разрушая ни себя, ни других.

Для Даши достижение такого уровня принятия своих чувств было целительным. Напомню, что к этому моменту прошло два года регулярных встреч с ребенком. Теперь можно было сказать, что психотерапия требует завершения. В развитии всегда остаются какие-то нерешенные задачи, на то оно и развитие. Но психотерапия не должна длиться бесконечно. Если определенная цель достигнута, важно «отпустить» ребенка. Пусть он живет обычной детской жизнью. Конечно, в его жизни наряду с радостями и успехами неизбежно будут возникать огорчения и разочарования — от этого никакая психотерапия не защитит. Зато в его жизни больше нет блоков, мешающих использовать получаемый опыт и постепенно выстраивать свою личность — уникальную, непохожую на других и принадлежащую ему самому.

Подводя итоги сказанному о детском психоанализе, следует сказать следующее. С помощью психоаналитического процесса постепенно создается

возможность для перехода ребенка на более зрелый уровень защит. Многие защиты меняют функции и превращаются в механизмы адаптации. Эго становится более зрелым, ребенок приобретает способность регулировать соотношение своих желаний и возможностей реальности, откладывая удовлетворение импульсов до адекватного момента. На место принципа удовольствия в функционировании приходит принцип реальности. Постепенно ребенок становится способен перерабатывать и выражать свои чувства не на соматическом или поведенческом, а на психическом уровне и с помощью психических средств (например, речи). Вместе с изменением защитной структуры пациент сможет разрешить себе большее инстинктивное удовлетворение и более адаптивным способом. Психоаналитическое лечение часто становится важным средством, препятствующим формированию стойких нарушений и патологических защит. Психоанализ — не метод достижения устойчивого ощущения благополучия. Однако он вооружает ребенка способами справляться с неизбежными жизненными проблемами, делает возможной задачу психической переработки нового, пусть не всегда легкого опыта, дает возможность дальнейшего интеллектуального и эмоционального развития.

Контрольные вопросы

1. Цели и задачи психоанализа как вида психотерапии.
2. Какие параметры развития ребенка должен учитывать психотерапевт при решении вопроса о необходимости психоанализа?
3. Что такое репрезентативный мир?
4. Способы коммуникации ребенка о своем жизненном опыте.
5. Перенос и контрперенос в детском психоанализе.

Рекомендуемая литература

1. Психоаналитические термины и понятия / Под ред. Б. Э. Мура и Б. Д. Файна. — М., 2000.
2. Томэ Х., КэхелеХ. Современный психоанализ. Теория и практика: В 2 т. — М., 1996.
3. Фрейд А. Психология «я» и защитные механизмы. — М., 1993.
4. Фрейд З. Анализ фобии пятилетнего мальчика // Фрейд З. Психология бессознательного: Сборник произведений. — М., 1990.
5. Фрейд З. Три очерка по теории сексуальности // Фрейд З. Психология бессознательного: Сборник произведений. — М., 1990.

Глава 23. Игровая психотерапия детей и подростков

И. В. Добряков

В современной литературе, посвященной игровой психотерапии, нет единого понятийного аппарата, терминологии. Иногда говорят об «игровой психотерапии» (ИПТ). Чаще, как это принято на Западе, об «игровой терапии» (ИТ; play therapy). Первое словосочетание является более правильным, так как игровая терапия — понятие более широкое, включающее в себя, например, игровые методики проведения занятий по лечебной физкультуре. Кроме того, необходимо помнить, что, как справедливо отмечает В. Оклендер, далеко не каждая игра является терапевтической (Оклендер В., 2005).

С нашей точки зрения, *игровая психотерапия — это онтогенетически ориентированный метод лечебного воздействия на психику больного специально обученным психотерапевтом, ставящим перед собой задачи диагностики, лечения и/или реабилитации и достигающим психотерапевтического контакта и решения этих задач путем организации, исследования, интерпретации и структурирования игровой деятельности пациента*. Такое определение не противоречит существующей практике использования сочетания методик игровой психотерапии, имеющих разное теоретическое обоснование. Их применение возможно на разных этапах психотерапевтического процесса в качестве как основных, так и вспомогательных, в том числе в рамках семейной психотерапии.

Выделяют *индивидуальную* и *групповую* игровую психотерапию. Отличие *групповой* ИПТ от групповой психотерапии, на сеансах которой, как правило, применяются некоторые игровые методики, состоит в том, что основным инструментом лечебного воздействия при групповой психотерапии являются отношения в группе и ее динамика, а при проведении групповой ИПТ они не играют ведущей саногенной роли.

Кроме того, очень интересным направлением является *семейная* ИПТ. В рамках семейной психотерапии возможно проведение сеансов со всей семьей или несколькими ее членами, а также в группе, состоящей из родителей и детей разных семей. Сеансы семейной ИПТ, как правило, проводятся

амбулаторно. Родители с детьми приходят из дома, а потом возвращаются обратно. Однако существуют две модели стационарной семейной ИПТ помощи. В первом случае члены семьи, участвующие в психотерапевтическом процессе, госпитализируются вместе. Такой вариант может применяться, например, при супружеских дисгармониях, наличии сексуальных проблем. В клиниках санаторного типа возможна организация отдыха и стационарной ИПТ семей с детьми. Вторая модель предполагает госпитализацию одного из членов семьи и посещение сеансов остальными участниками психотерапевтического процесса в назначенное врачом время. Последняя форма применялась нами во время работы в детском психоневрологическом санатории «Комарово».

По **стилю проведения сеансов** различают *директивную* и *недирективную* ИПТ.

По **организации сеанса** можно разграничить формы ИПТ, ориентированные на *применение игрушек* (*play therapy with toys*), и на *сюжетные, ролевые и подвижные игры* (*play therapy with games*).

По **продолжительности и характеру проведения** курсы ИПТ делятся на *краткосрочные* (менее 10 сеансов) и *долгосрочные* (более 10 сеансов); а также на *сплошные* (ежедневные сеансы) и *прерывистые* (сеансы один-два раза в неделю).

ИПТ показана пациентам как с *нервно-психическими расстройствами*, так и с *психосоматическими заболеваниями*. Представления о том, что ИПТ предназначена лишь для детей, в корне неверно. Действительно, в работе с детьми эта форма психотерапии наиболее органична, но и при лечении взрослых она находит все более широкое применение.

По **теоретическому обоснованию** можно выделить шесть основных направлений ИПТ.

1. *Психоаналитическое (психодинамическое) направление* связано с именами основоположниц детского психоанализа — Анной Фрейд и Мелани Кляйн. Обе считали, что спонтанные игры открывают доступ к бессознательному ребенка, и рассматривали их как эквивалент свободных ассоциаций взрослых.

Анна Фрейд использовала игры прежде всего для установления с маленьким пациентом «союза против некоторой части своей душевной жизни». Она подчеркивала необходимость того, чтобы ребенок в процессе работы с психоаналитиком принял решение о сотрудничестве самостоятельно, без давления родителей. Она критиковала М. Кляйн за недостаточное внимание к желанию ребенка сотрудничать с врачом (Фрейд А., 2004).

М. Кляйн во время сеанса предлагала пациенту большой выбор игрушек. Считая, в отличие от А. Фрейд, что у ребенка достаточно развито Суперэго,

она сразу начинала интерпретировать его игру и отмечала быстрое снижение у больного уровня тревоги (Кляйн М., 2010).

Одним из вариантов детского психоанализа юнгианского толка является так называемая песочная психотерапия (*sand play*). Игра с песком позволяет ребенку установить связь с его бессознательными побуждениями, особенно с архетипом самости, а их выражение в символической форме значительно снижает психическое напряжение. Во время сеанса детям предоставляется песочница и разнообразные игрушки, имеющие символический смысл. Сцены, изображаемые детьми в песочнице, толкуются как сновидения. То, что оказывается в глубине песка, символизирует бессознательное, а то, что на поверхности, — осознаваемые процессы, связанные с проявлениями Эго. Аналитики выделяют три стадии игры в песок: хаос, борьба и разрешение конфликта. Существует модификация этого метода, предназначенная для работы с семьей.

Описанный метод, а также многие другие, сохраняя психоаналитическую направленность, не следуют букве закона ортодоксального психоанализа. Вслед за Анной Фрейд хочется повторить, что это — «дикий» метод, который заимствует все у анализа, но не следует строгим аналитическим предписаниям. Грамотное проведение ИПТ не только позволяет быстро и легко установить контакт с пациентами и способствует правильной постановке диагноза клиентам и семье в целом, но и помогает замотивировать членов семьи на дальнейшую работу.

2. *Направление «освобождающей» игровой психотерапии, или терапии отреагированием (acting out)*, в 1930-х годах разработал Д. Леви. Своим происхождением оно также обязано психоанализу. Вначале его суть сводилась к применению игровых ситуаций, в которых дети освобождались от своих страхов: специально подобранные игрушки помогали им вновь пережить ситуацию, которая порождала тревогу. Воссоздание психотравмирующего события позволяет больному освободиться от вызванного им напряжения. Развитием этого направления является структурированная игровая терапия. Ее суть заключается в предложении ребенку с неврозом структурированной игровой ситуации, позволяющей решить конкретные задачи. Например, проработать проблемы агрессивности к сиблингу; разрешить конфликт, порожденный чувством вины; снизить тревогу по поводу разлуки с матерью и т. п.

В нашей стране это направление игровой психотерапии внедрил и плодотворно развивал А. И. Захаров, считая ИПТ основополагающей в психотерапии невротических расстройств у детей. Рассматривая игру как «естественный эксперимент», А. И. Захаров активно привлекал родителей к участию в нем. Это позволяло выявлять защитные установки, скрытые симптомы, конфликты и способы их разрешения в семье. Членам семьи

в процессе психотерапевтического сеанса предоставлялась возможность «эмоционального и моторного самовыражения, осознания и отреагирования страхов, фантазий, возможности тренировать психические процессы, повышать фрустрационную толерантность» (Захаров А. И., 2006).

3. Направление *игровой психотерапии построения отношений* имеет в основе идеи Отто Ранка, согласно которым целью лечения пациента должно быть преодоление последствий травмы, полученной при рождении. С точки зрения Ранка, страх отделения от матери не позволяет больному неврозом принять волю группы и в то же время лишает способности поступать согласно своей воле (Ранк О., 2004). Исходя из этой концепции, Дж. Тафт и Ф. Аллен строили игровую терапию с детьми, делая акцент на эмоциональных отношениях между психотерапевтом и пациентом, не пытаясь интерпретировать или объяснять его прошлый опыт. Уважение психотерапевтов к личности ребенка проявлялось и в предоставлении ему свободы выбора. Пациент мог выбирать любые игрушки во время сеанса, прекращать игру или вовлекать в нее терапевта. Так он учился управлять своей деятельностью. Эти идеи получили естественное развитие в очень распространенном сейчас крупном направлении — недирективной игровой психотерапии. (Тафт Дж., Аллен Ф. // Мустакас К. Игровая терапия. 2000).

4. *Направление недирективной игровой психотерапии* — практическое воплощение теоретических положений одного из ярчайших представителей гуманистической психологии К. Роджерса. Согласно его феноменологическому подходу, все мотивы поведения личности сводятся к врожденному стремлению актуализироваться, то есть реализовать свои способности, а также интенсифицировать их и сохранять себя (Роджерс К., 2006). В игровой психотерапии эти идеи были подхвачены В. Экслийн и Г. Лэндретом. Психотерапевты, работающие в этом направлении, учитывают естественное стремление пациента к актуализации и верят в его способность управлять собственным развитием. В хорошо оснащенной специальной игровой комнате ребенку создаются безопасные условия, располагающие его к спонтанному творчеству (Экслийн, В., Лэндрет Г., 2000).

Некоторые формы недирективной игровой терапии могут успешно применяться для решения семейных проблем, особенно для улучшения взаимоотношений детей и родителей. Еще в 1957 году Н. Фукс описала свои игры с дочерью, позволившие маленькой пациентке преодолеть эмоциональные затруднения, связанные с обучением навыкам опрятности. Занятия проводились по совету деда девочки К. Роджерса с соблюдением процедуры, описанной В. Экслийн.

В 1976 году была опубликована работа А. Крафта, в которой он описывал свой опыт обучения группы родителей проведению сеансов игровой

терапии с детьми дома. В настоящее время хорошо разработан, применяется и продолжает развиваться тренинг детско-родительских отношений, проводимый преимущественно в игровой форме. Практика показала, что на невротическую симптоматику детей и их развитие влияет отношение родителей к себе, их способность к самовыражению. Обучение родителей формам оптимального взаимодействия с детьми в ходе сеансов игровой психотерапии, носящих семейный характер, приводило к положительным изменениям эмоционально-волевой сферы всех участников игр, улучшало поведение детей (Крафт А., Лэндрет Г., 2000).

5. Направление поведенческой игровой психотерапии. На сеансах игровой терапии этого направления эмоциональным проявлениям пациентов уделяется меньше внимания. Своей основной задачей терапевт считает обучение детей тому, как правильно играть свои социальные роли.

Одна из наиболее популярных форм психотерапии в настоящее время — *cognitive-behavioral play therapy* (СВРТ), то есть когнитивно-поведенческая игровая терапия. Типичные методики СВРТ содержат модели адаптивных копинг-механизмов. С. Кнелл отмечает, что разработки СВРТ для дошкольников в последнее время успешно адаптируются в методики для взрослых. Изменения в лучшую сторону характера коммуникаций под влиянием СВРТ улучшают семейные взаимоотношения (Кнелл // Мустакаса К., 2000).

Игры в контексте поведенческой психотерапии и психокоррекции детей и членов их семей разработали и широко применяют Ю. С. Шевченко и его сотрудники. Обязательным для успешного использования своей методики коррекции поведения детей Ю. С. Шевченко считает выполнение трех условий: «анализ факторов, влияющих на отклоняющееся поведение конкретного ребенка; формулировка четкой поведенческой мишени (или системы отдельных мишеней); подбор действенных стимулов, являющихся непосредственной “наградой” за желательное поведение либо “наказанием” — за нежелательное». Активное привлечение родителей к работе, попытка, создавая и закрепляя у них и детей новые поведенческие стереотипы, «уменьшить психотравмирующие взаимоотношения ребенка и его окружения», указывает на семейный характер проводимой психотерапии (Шевченко Ю. С., 1997).

6. Интегративно-эkleктическое направление игровой психотерапии, включающее в себя более-менее гармонично сочетающиеся элементы предыдущих, на практике встречается чаще других.

В 1995 году Ю. С. Шевченко совместно с В. П. Добридным в рамках онтогенетически ориентированного психокоррекционного подхода разработали методику «интенсивно-экспрессивной психотерапии» (ИНТЭКС) группы пациентов одного возраста и их родителей. Данная методика является типичным примером эkleктического направления в психо-

терапии. Теоретическим обоснованием допустимости интеграции разных психотерапевтических приемов, принадлежащих к разным школам, авторам этой методики послужила эволюционно-биологическая концепция, и в частности учение о психическом дизонтогенезе Г. Е. Сухаревой (Шевченко Ю. С., 1997).

Интегративно-эkleктический подход при использовании игровых методов в семейной психотерапии представляется вполне допустимым. Как справедливо считают Э. Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис, оптимально, когда выбор того или иного способа организации и проведения семейной психотерапии зависит от особенностей семьи, а не научных воззрений психотерапевта (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 2002). То же можно сказать и об игровой психотерапии. Недаром двумя основными принципами Международной ассоциации игровой терапии (Association for Play Therapy), созданной в 1982 году К. О'Коннор и Ч. Шейфером, стали эклектичность и мультидисциплинарность (О'Коннор К., 2002, Шефер Ч., 2000).

Вот некоторые из перечисленных игровых методик, применяемых в процессе психотерапии.

Методика игровой психотерапии ребенка с родителями. Сеансы проводятся в кабинете, который должен быть оснащен следующими наборами игрушек:

1. Люди: фигурки мужчин и женщин примерно одного размера (желательно, чтобы у некоторых были атрибуты, указывающие на профессию), а также дикари, монстры, гномы, пупсики.
2. Животные: домашние, дикие, морские, доисторические, сказочные.
3. Растения: деревья, кусты, трава, овощи, фрукты.
4. Здания: жилые дома, замки, вокзалы, учреждения, гаражи, магазины и т. п. (или строительный материал, из которого их можно построить).
5. Сооружения: ограды, ворота, мосты и пр.
6. Камешки, стеклышки, ракушки, палочки, косточки.
7. Ящички, коробочки, бусинки, кристаллы, цепочки.
8. Тряпочки, полоски цветной бумаги; кусочки фольги, полиэтиленовой пленки.
9. Наборы пластилина, веревочек, ниток, проволоочек, скрепок, кнопок.
10. Все, что подскажет фантазия.

Представители недирективного направления часто предъявляют строгие требования к размеру игровой комнаты, ее оборудованию, интерьеру. Особое внимание они уделяют набору игрушек, которые следует «выбирать, а не собирать», чтобы не превратить игровую комнату в «чулан».

На диагностической стадии семейной психотерапии после знакомства с семьей важно создать спокойную, несерьезную, слегка интригующую об-

становку, способствующую проявлению креативности. Только почувствовав, что отношения с посетителями складываются доверительные, врач может предложить каждому члену семьи выбрать из наборов одинаковое количество игрового материала. Для этого игрушки должны быть расставлены на отдельных полках (или разложены по отдельным ящичкам), но так, чтобы все они были доступны. Далее каждому выдается лист картона или фанеры, облепленный с одной стороны тонким слоем зеленого пластилина. Предлагается за 20 минут обустроить на своем поле выбранного героя, придумать и рассказать его историю. Кто-то будет строить ему дом, кто-то — соорудить шалаш, кто-то занимается посадкой растений или установкой забора. Предварительно участники заключают соглашение не смотреть на работу друг друга до истечения времени.

Обычно такие сеансы проводились с двумя членами семьи — ребенком и матерью. Реже мать приводила двух или даже трех детей. Иногда это делали бабушки. Редко в сеансах участвовали папы. После завершения работы каждый демонстрирует сотворенный им мир и дает пояснения. Поведение психотерапевта при этом спонтанно, но предопределено задачей поддержки клиентов и укрепления установленных с ними отношений. Во всех созданных «мирах» обязательно можно найти что-то достойное восхищения. Скрывать свои эмоции при этом не надо. Можно осторожно попросить пациентов оценить работы друг друга. Вначале следует узнать, что им понравилось, затем выяснить, что хорошо бы подправить. Можно спровоцировать обсуждение этого или, если оно представляется несвоевременным, отвлечь от него. Психотерапевт может сесть за компьютер и напечатать страницу первой книги, продолжение которой все будут обдумывать дома. Как вариант — предложить в качестве домашнего задания проиллюстрировать эту книгу. Вариантов продолжения работы много. Прежде чем переходить к следующей стадии семейной психотерапии и пытаться ликвидировать семейный конфликт, нужно определить семейные подсистемы, оценить типы внутрисемейных отношений и неправильного воспитания, особенности внутренних и внешних границ семьи. Наблюдение за игрой, снимающей психологические защиты и являющейся великолепным проективным тестом, дает возможность сделать это. Грамотно проведенный первый сеанс игровой психотерапии способствует быстрой и легкости установления контакта с пациентами, позволяет правильно поставить диагноз клиентам и семье в целом, может замотивировать членов семьи на дальнейшую работу.

Задачи, характерные для дальнейших стадий процесса психотерапии, также могут решаться с помощью игрового метода. Как правило, не стоит торопиться и делиться результатами интерпретации игровых ситуаций с пациентами. Можно мягко направлять течение игр, предлагая новые

сюжетные ходы. После прохождения стадий хаоса и борьбы начинается стадия разрешения конфликта. При необходимости на этой стадии можно предлагать пациентам заранее спланированные игры с жесткой структурой, способствующие мобилизации ресурсов семьи и ее реконструкции.

Аналогично описанной методике осуществляется *игра с песком*, имеющая давние традиции и хорошо структурированная. При этом вместо фанерок с пластилином, изображающим траву, применяется водонепроницаемый деревянный ящик размером 50 × 70 × 8 см. Его дно и внутренние стенки окрашиваются в голубой цвет, символизирующий подземные воды и небо над линией горизонта. Ящик наполовину или чуть меньше засыпается промытым речным песком. Песок — замечательный строительный материал, только нужно, чтобы у пациентов была возможность смачивать его по мере необходимости. Свой «мир», вооружившись игровым материалом, они создают на песке и из песка, предварительно разделив территорию ящика.

В качестве следующего примера предлагаем описание *модели групповой игровой психотерапии*, разработанной нами совместно с психологом А. В. Дикаревым на базе детского психоневрологического санатория «Комарово». В санатории получали лечение дети с пограничными нервно-психическими расстройствами, проходили реабилитацию реконвалесценты менингитов и энцефалитов, а также дети с детским церебральным параличом. Курс лечения продолжался три месяца.

В состав психотерапевтической игровой группы закрытого типа входили 8–10 человек. Количество мальчиков и девочек было примерно одинаковым. При наборе в группу учитывался возрастной фактор (7–9 лет, 10–12 лет) и психологическая совместимость участников. В каждую группу мы включали не более одного ребенка, склонного к истерическим реакциям, не более одного гиперактивного. Занятия проводились три раза в неделю в актовом зале санатория, в лесу, на берегу залива двумя котерапевтами. Одно занятие продолжалось полтора-два часа. Полный курс состоял из 10–15 сессий.

В психотерапевтическом процессе мы использовали следующие приемы: само- и взаимопанализ вербальных компонентов эмоциональной экспрессии в контексте групповой ситуации, положения в семье, школе; дискуссии; творческое самовыражение. Больше всего внимания уделялось игровым техникам. Первые занятия были ориентированы на достижение групповой сплоченности и выработку норм поведения в группе. На последующих мы добивались критического отношения детей к неадекватным формам своего поведения, помогали им искать адекватные и тренировать их.

В этом периоде проводилась также семейная психотерапия, на занятия приглашались родители и другие члены семьи. Перед этим велась работа

в виде индивидуальных и совместных бесед с родителями и другими членами семьи. До их сведения доводились особенности адаптации ребенка в санатории, сообщалось о планируемых лечебных и реабилитационных мероприятиях. Таким образом у них формировалось адекватное представление о болезни, устранялся дефицит информации. Это способствовало установлению взаимопонимания членов семьи с врачом и психологом. Исходя из анализа данных анамнеза и клинического наблюдения, мы давали родителям рекомендации, ориентирующие их на оптимальное поведение с больным во время его посещений.

Во втором периоде санаторной реабилитации наступала реконструктивная стадия семейной психотерапии. К этому времени удавалось установить с родителями доверительные отношения, выявить разницу во взглядах членов семьи на воспитание ребенка и внутрисемейные конфликты. Частота встреч с ними варьировалась в зависимости от выработки общего решения об оптимальном стиле взаимоотношений с больным. Преодолев сопротивление психотерапевтическому вмешательству, нам, как правило, удавалось сформировать установку на активное участие в психотерапевтическом процессе.

Курс психотерапевтических занятий с детьми строился примерно по такой схеме:

1. Занятие было организационным. Детям объявляли, что они становятся членами «клуба». Его задачи — сделать пребывание в санатории интереснее. Предлагалось к следующему «заседанию» придумать название, предложить законы, гимн. Занятие перемежалось и заканчивалось подвижными играми.
2. Занятие было посвящено обсуждению предложений, прав и обязанностей членов «клуба». Декларировались принципы дружелюбного отношения друг к другу, взаимопомощи, активности. Проводился коммуникативный тренинг.
3. Занятие включало в себя ролевые игры «Прием в королевском дворе», «Встреча с марсианами», «Необитаемый остров», «В пещере» и др.
4. Занятие, как правило, проводимое в лесу или на берегу залива, называлось «стихийное бедствие» (наводнение, кораблекрушение, ураган и т. п.). В ходе игр ребята сами распределяли роли, приобретали и закрепляли навыки сотрудничества.

Три-четыре следующих занятия были посвящены школьным проблемам. На них с разрешения «членов клуба» приглашались родственники. Им разрешалось наблюдать. В группе детей вначале обсуждались и проигрывались эпизоды на тему «Счастливый день в школе», на следующих занятиях — «Несчастный день в школе». По решению «Совета «клуба»

(или «Президиума», «Комитета» и т. п.) родственникам при обсуждении слова не давали.

Следующие занятия посвящались семейным проблемам. Начало этого цикла знаменовалось принятием родственников в члены «клуба», торжественной клятвой и т. п.

Наши наблюдения показали, что длительная разлука с ребенком школьного возраста в связи с его пребыванием в санатории облегчает родителям процесс ретроспективной оценки отношений с больным и адекватности их методов воспитания, побуждает к реконструкции внутрисемейных отношений. Разыгрывание семейных ситуаций, обмен ролями детей и родителей, как правило, проходили со значительно большей отдачей и вовлеченностью в санатории, чем при проведении занятий в схожих группах в амбулаторных условиях.

Предпоследнее занятие всегда выливалось в большой концерт, номера для которого дети и родители готовили втайне друг от друга. Только врач и психолог знали все и составляли программу.

На последнем занятии подводили итоги. Ребята вместе со взрослыми обсуждали, что дали им санаторий и «клуб», отмечали перемены, произошедшие в поведении, характере.

Приведенный план занятий мог меняться в зависимости от ситуации в группе и на отделении. При чрезвычайных происшествиях созывались «внеочередные заседания». В случае особой значимости поднятой членом группы проблемы «заседание» могло проводиться по решению «Совета» в два, а то и в три этапа (Добряков И. В., 2002).

Таким образом, использование игрового метода в индивидуальной, групповой или семейной психотерапии целесообразно и эффективно.

Контрольные вопросы

1. Что такое игровая психотерапия?
2. Для кого предназначена игровая психотерапия?
3. Назовите основные направления игровой психотерапии.
4. Опишите модель групповой игровой психотерапии, разработанной И. В. Добряковым и А. В. Дикаревым.

Рекомендуемая литература

1. Грабенко Т. М., Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Чудеса на песке. Песочная психотерапия. СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 1998. — 50 с.

2. *Шевченко Ю. С.* Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей. — М.: РМАПО, 1997. — 49 с.
3. *Кэджьюсон Х., Шефер Ч.* Практикум по игровой психотерапии. — СПб.: Питер, 2001. — 416 с.
4. *Лэндрет Г. Л.* Игровая терапия, искусство отношений / Пер. с англ. — М.: Международная педагогическая академия, 1994. — 368 с.
5. *Мустакас К.* Игровая терапия. — СПб.: Речь, 2000. — 281 с.
6. *Шефер Ч., Кэри Л.* Игровая семейная психотерапия. — СПб.: Питер, 2000. — 384 с.

Глава 24. Аналитическая психодрама и метод краткосрочной аналитико-сетевой психодрамы

Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова

Аналитическая психодрама — метод индивидуальной и групповой психотерапии, основанный на игровом моделировании актуальных представлений идентифицированного пациента.

Другое определение: аналитическая психодрама — метод индивидуальной или групповой психотерапии, использующий три вида коммуникаций — эмоциональную, поведенческую и вербальную — с целью психологической коррекции в ситуации «здесь и сейчас» искажений личностного развития в актуальном периоде жизни и на более ранних этапах онтогенеза. Аналитическая психодрама относится к методам психотерапии, основанным на идеях психоанализа. Феномен «управляемого психотерапевтического регресса», открытый Э. Г. Эйдемиллером, доказал, что фрустрации на ранних этапах онтогенеза приводят либо к искажению личностного развития, либо к формированию симптоматического поведения.

Теория метода и описание аналитической психодрамы

Метод разработал Джекоб Леви Морено (1892–1974). Теоретическим концептом этого метода автор считал теорию ролей, разработанную им самим. Однако Морено приписывают слова, сказанные при встрече с Зигмундом Фрейдом: «Я продолжил там, где вы остановились». Вполне уместно утверждать, что ему не удалось проигнорировать аналитические верования.

Для понимания сущности аналитической психодрамы Г. Лейтц использовала геометрическую фигуру треугольника, вершиной которого является аналитическая психодрама, основанием — групповая психотерапия и социометрия (рис. 24.1).



Рис. 24.1. Психодрама, психотерапия и социометрия

Морено объяснял общение людей с помощью геометрической фигуры эллипса. Почему он выбрал именно эту фигуру? Эллипс — геометрическое место точек M , сумма расстояний которых r и r^1 от двух данных точек F и F^1 — фокусов эллипса — равна постоянной величине (AA^1) — длине большой оси эллипса. ($r + r^1 = AA^1$; $r^2 + r_3 = AA^1$ и т. д.) (рис. 24.2).

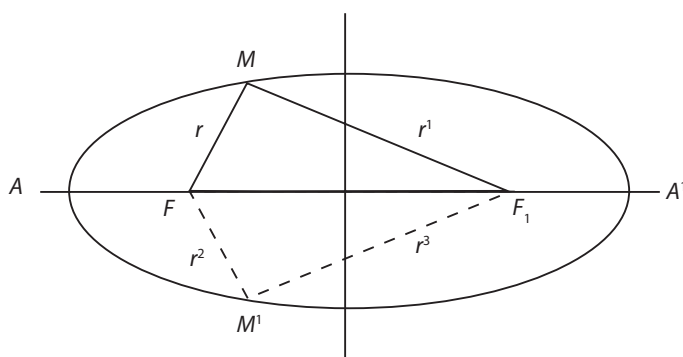


Рис. 24.2. Объяснение общения людей с помощью эллипса по Дж. Л. Морено

Полюс 1 получил название «взаимодействие», или «поведенческий компонент общения» (ПК), полюс 3 — «взаимоотношение», или «эмоциональный компонент» (ЭК). Если под давлением ситуации меняется один из полюсов, то обязательно произойдет трансформация другого полюса, и фигура эллипса вновь обретает свои очертания.

Отталкиваясь от концепции В. Н. Мясищева «Психология отношений», которая гласила, что отношения, являющиеся основным элементом

структуры личности, состоят из трех компонентов — эмоционального («что я чувствую»), поведенческого («что я делаю») и когнитивного («что я знаю или думаю»), Э. Г. Эйдемиллер и Н. В. Александрова (2001) включили последний в фигуру эллипса в виде полюса 2 — «когнитивного компонента» (рис. 24.3).

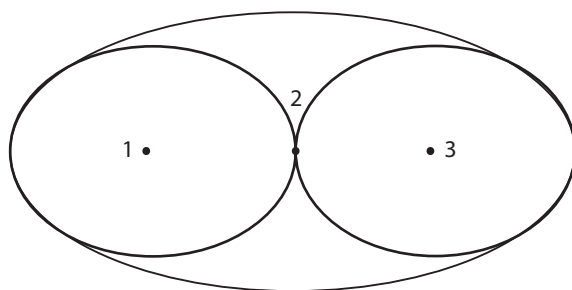


Рис. 24.3. Схема общения людей по Дж. Л. Морено

Структурные элементы аналитической психодрамы

Расположим их в порядке важности.

1. Протагонист (от греч. *protos* — первичный, *agon* — борьба, игра, страдание) — тот, кто играет свою психодраму. В игре он часто испытывает очень сильные эмоции, поэтому все усилия режиссера сосредоточены на том, чтобы ему помочь.
2. Режиссер(ы) — тот (те), кто ведет психодраму. Если протагонист отвечает за желание исследовать в игре свои представления о чем-либо вызывающем у него беспокойство и проявляет активность, то режиссер отвечает за форму проведения психодрамы. Образно говоря, протагонист — автор и исполнитель пьесы, режиссер остается режиссером.

Режиссер должен быть эмпатичным, чувствительным к переживаниям протагониста и других участников группы, уметь играть, быть спонтанным и креативным. Стиль управления группой — директивный. Э. Г. Эйдемиллер и Н. В. Александрова на протяжении 30 лет являются котерапевтами, управляющими процессом психодрамы. Деятельность котерапевтов (режиссеров) основана на принципе комплементарности.

1. Сцена протагониста — та часть пространства, на которой происходит действие. В театре Морено эта сцена напоминает театральную, в других условиях — обычно комната.

Сцена — физический эквивалент психологического пространства протагониста. Он сам ее строит, а сыграв психодраму, ее разбирает. На сцене могут находиться протагонист, приглашенные им исполнители ролей

- (вспомогательные Эго) и режиссер(ы). Режиссер следит за тем, чтобы не было несанкционированных посягательств на сцену протагониста.
2. **Вспомогательные Эго** — те члены группы, которых протагонист приглашает сыграть роли — отца, дочери, жены, мужа, животного, внутренних органов, мебели и т. д. В конце игры протагонист освобождает вспомогательные Эго от исполняемых ролей. Дотрагиваясь руками до надплечий игрока, он говорит: «Сейчас ты не моя жена (муж, отец, кошка, шкаф), а Лариса (Нина и т. д.). При этом называется подлинное имя игрока.
 3. **Зрители** — члены группы, которые наблюдают и сопереживают переживаниям психодрамы. Как правило, они сильно вовлечены в происходящее и создают атмосферу «теле» — «многочувствие» — эмпатического взаимопроникновения друг в друга.
 4. **Балкон** в психодраматическом театре Морено располагается над сценой, в других помещениях это часть комнаты, куда на некотором возвышении помещают людей, с которыми хочет встретиться протагонист, но с которыми в реальности встреча произойти не может по причине смерти, проживания в другом месте и того обстоятельства, что данное лицо жило в прошлом, либо они относятся к иным, неструктурируемым пластам бытия: Наполеон, Иисус Христос, умершие родители, родственник, живущий в другой стране, и пр.

Уровни реальности в аналитической психодраме

Морено выделял три уровня реальности, переживаемые участниками психодрамы (рис. 24.4):

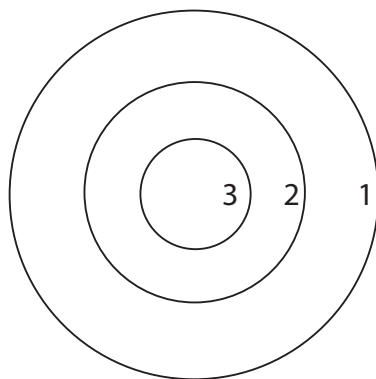


Рис. 24.4. Уровни реальности по Дж. Л. Морено

1. Реальность обыденной жизни — события, которые происходят дома, на работе и в других ситуациях. Эту жизнь регулируют законы, мораль, обычаи.
2. Лабораторная реальность — реальность группы, которая охраняется принятыми ею правилами. Если участники психодрамы сидят в круге (рис. 24.4), то граница между уровнем 1 и уровнем 2 будет проходить между тем, что перед глазами, и тем, что за спиной.
3. «Прибавочная реальность» по аналогии с прибавочной стоимостью К. Маркса означает приобретения, которые получают участники группы на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях.

Основные техники аналитической психодрамы

В работе с детьми можно использовать следующие техники:

1. Индивидуальный разогрев.
2. Перемена ролей.
3. Монолог.
4. Дублирование.
5. Диссоциация.
6. Проигрывание сновидений.
7. Физикализация.
8. Психоскульптурирование.
9. Социометрические техники.

Техники индивидуального разогрева и перемены ролей являются базисными техниками аналитической психодрамы и, по мнению Морено, наиболее эффективны.

Техника индивидуального разогрева проводится следующим образом. Протагонист за спиной вспомогательного Эго кладет руки ему на плечи и начинает говорить о своих представлениях и переживаниях персонажа, которого будет играть вспомогательное Эго, в первом лице.

Пример. Протагонист Олег, 16 лет, «разогревает» вспомогательное Эго, играющее роль его матери: «Я, Ирина Петровна, мать Олега. Мне 46 лет. У меня много беспокойства по поводу здоровья сына...»

Мы предложили собственный вариант техники индивидуального разогрева в связи с тем, что детям кажется неестественным класть руки на спину вспомогательного Эго. В нашем варианте ребенок-протагонист встает рядом со вспомогательным Эго и проговаривает слова, которые хочет ему дать. Затем вспомогательное Эго эти слова повторяет.

Соприкосновение протагониста со своими доселе неразвернутыми представлениями о переживаниях значимых лиц позволяет ему скорректировать их.

Техника перемены ролей позволяет протагонисту прочувствовать и исследовать свои представления о переживаниях другого человека, находясь как бы внутри него.

Техника монолога представляет собой сообщение вслух протагониста, который говорит несколько в сторону, не обращаясь непосредственно к игрокам психодрамы. Режиссер может сказать протагонисту: «Попробуй сказать вслух о том, что тебя беспокоит. Возможно, они (отец, мать, другие) тебя не слышат». Такая инструкция помогает протагонисту лучше понять, что он говорит в данный момент.

Дублирование осуществляют другие члены группы, которые вербально или невербально повторяют сказанное протагонистом или вспомогательным Эго.

При работе с детьми и подростками использование классической техники индивидуального разогрева может вызвать эмоциональное напряжение и фрустрацию как у вспомогательного Эго, так и у протагониста — непривычностью процедуры и прикосновением рук к плечам. Поэтому мы разработали технику «разогрев-дублирование», при проведении которой протагонист, стоя рядом со вспомогательным Эго, произносит слова, а затем вспомогательное Эго их повторяет.

Техника диссоциации. Вспомогательные Эго проигрывают роли в психодраме протагониста, а сам протагонист стоит на краю сцены, на стуле, и наблюдает за действием. Созерцание протагонистом собственной психодрамы с высоты, которая символизирует накопленный житейский опыт, способствует стереоскопическому восприятию аспектов жизни; многие из них протагонист ранее не осознавал.

Техника проигрывания сновидений. Вначале протагонист рассказывает о своем желании проиграть сон, а затем и о его содержании. Далее он начинает рассказывать о своем состоянии перед засыпанием. При этом ложится в кровать, закрывает глаза и по просьбе режиссера вспоминает в зрительных образах сновидение. Режиссер предлагает протагонисту говорить вслух об образах, которые тот видит в данный момент.

В определенный момент, когда протагонист демонстрирует усиление эмоциональных переживаний, связанных с актуализацией подавленного психологического материала, режиссер предлагает протагонисту встать и начать игру, выбрав вспомогательные Эго для моделирования возникающих зрительных образов.

Завершив проигрывать сон, протагонист вновь ложится в кровать и закрывает глаза. Режиссер садится у его изголовья и вслух пересказывает

содержание проигранного сна. Это делается с целью структурирования и перевода содержания образов, отражающих глубинные неосознаваемые переживания, в слова, которыми оперирует Эго.

Техника физикализации. С помощью этой техники появляется возможность смоделировать некие внутренние объекты личности и организма. Например, вспомогательные Эго играют объекты внутриличностного пространства протагониста — его мысли, страхи, желания. Протагонист может менять их местами, просить одних говорить громче или, наоборот, тише. Точно так же можно проиграть работу внутренних органов, что полезно для пациентов с ипохондрическими расстройствами.

Психоскульптурирование. В этом случае участники группы используют протагониста в качестве «воска», из которого делают скульптуру, отражающую его переживания и собственные обратные невербальные связи участников.

Социометрические техники. В качестве примера приведем ситуацию из группы подростков. На занятии в фазе зрелой (рабочей) группы подростки долго не могли выбрать, чем заняться. Они кричали, высказывали отрывочно разные предложения, а режиссеры повторяли лишь те, которые казались продуктивными. Наконец прозвучало: «Давайте сыграем в Царство-Королевство». Распределили роли. На вершине пирамиды стоял Папа Римский — Э. Г. Эйдемиллер. Под ним — котерапевты Сергей Александрович Кулаков в роли Попа и Нина Викторовна Александрова в роли Настоятельницы женского монастыря. Еще ниже — подростки, Король и Королева. Остальные участники были в ролях монашки, солдата, революционера и др.

Еще раз подчеркнем, что сама идея психодрамы и распределение ролей принадлежали подросткам.

Напротив Папы Римского, на шкафу, лежал подросток с болезнью Крона в роли главаря мафии: «Мафия вне закона, и она сильна». Эта роль удивительно точно передавала его психологическую проблему.

После проигрывания психодрамы участники, включая котерапевтов, обсудили, что происходило и кто как чувствовал себя в выбранных ролях.

Все участники психодрамы закончили ее с позитивными результатами.

Фазы сеанса аналитической психодрамы

На рис. 24.5 дано графическое изображение трехфазной структуры сеанса аналитической психодрамы, являющейся синтезом опыта К. Холландера (1980), Д. Файзи (1984), Г. Лутца (1994), Э. Г. Эйдемиллера, Н. В. Александровой (2001).



Рис. 24.5. Графическое изображение трехфазной структуры сеанса аналитической психодрамы (кривая Холландера)

Структура сеанса аналитической психодрамы

При долгосрочной аналитической психодраме взрослых одно занятие занимает 4 часа, периодичность проведения — одно занятие в неделю. Общая продолжительность долгосрочной аналитической психодрамы — от 320 до 600 и более часов (Д. Файзи, 1984).

Продолжительность одного занятия долгосрочной аналитической психодрамы у детей дошкольного возраста — 1 час, в неделю — одно занятие. Общее количество часов составляет от 40 до 120 (от 1 года до 3 лет).

Каждое занятие аналитической психодрамы, независимо от общей продолжительности курса лечения, состоит из трех фаз.

Фаза I получила название «фаза разогрева группы». Режиссер опрашивает участников группы об эмоциональном состоянии. Если сохраняется высокий уровень тревоги, чтобы совладать с ней, режиссер может предложить вспомогательные вербальные и невербальные средства (см. главу 26 «Групповая психотерапия детей и подростков»).

Далее происходит выбор протагониста и заявление им своей проблемы. Завершается первая фаза выбором протагонистом вспомогательных Эго. На этой фазе участники психотерапии переходят в своем поведении с 1-го на 2-й уровень реальности.

Фаза II — «фаза действия», или «фаза проигрывания психодрамы».

На этой фазе протагонист строит сцену, вступает в проигрывание психодрамы и во взаимодействие со вспомогательными Эго. Он может пережить эмоции такой интенсивности, что наступит регрессия — актуализация переживаний, связанных с ранним периодом жизни. За этим последуют когнитивная переработка и катарсис. В данной фазе протагонист и члены группы могут находиться на 3-м уровне реальности.

Заключительная фаза III — «фаза обмена чувствами», или «шеринг». Предназначена для того, чтобы протагонист, переживший кульминацию в своем эмоциональном, когнитивном и поведенческом отреагировании, смог перейти с 3-го на 2-й и 1-й уровни реальности. Этому способствуют сообщения членов группы о своих чувствах, возникших во время психодрамы, а также о личном опыте, совпадающем или не совпадающем с опытом протагониста.

В результате этого возникает интеграция опыта протагониста.

Продолжительность фаз I и III аналитической психодрамы суммарно составляет 1/3 времени всего сеанса. Например, если занятие продолжается 2 часа, длительность фазы I может быть 10–15–20–30 минут, фазы III — от 10 до 20 минут.

Метод краткосрочной аналитико-сетевой психодрамы Э. Г. Эйдемиллера — Н. В. Александровой

Теоретическим базисом метода краткосрочной психодрамы (КАСП) является акторно-сетевая теория Бруно Латтура, Мишеля Каллона и психоанализ. Психоанализ для нас — это мировоззрение.

В качестве новой и плодотворной парадигмы мы рассматриваем акторно-сетевую теорию Бруно Латтура и Мишеля Каллона, возникшую в рамках социологии науки, но приобретающую все большую популярность среди разных областей социального и естественно-научного знания.

Акторно-сетевая теория (*actor, lat.* — деятель; актер — одушевленный и неодушевленный субъект действия) рассматривает реальность современного социума как гибридную — социально-технологизированную реальность, подразумевающую совокупность социально-технических коллективов («ассамбляжей»). Люди и технические артефакты понимаются как существующие в одной плоскости — сетевом пространстве. Это сетевое пространство не иерархично, в него включены акторы, которые взаимодействуют подобно нейронным сетям и имеют специфические трансмиттеры.

Есть несомненное сходство общей теории систем Людвиг фон Берта-ланфи с акторно-сетевой теорией. Это взаимосвязь элементов (акторов). Но есть и различия, которые известный психолог А. Г. Асмолов обозначил как «Паук» и «Морская звезда».

Паук — иерархизированная система, построенная вертикально. Если пауку отрубить голову, погибнет система.

Морская звезда представляет собой плоскую сеть связанных между собой акторов. В случае потери отростка либо вырастает новый, либо звезда продолжает функционировать без него. Например, Илон Маск — сторонник, строитель и энтузиаст сетевой, то есть «плоской», экономики наподобие морской звезды.

Нечто похожее ранее описывали в семейной психотерапии как «циркулярную причинность» и «принцип ризомы» (М. Андольфи, У. Матурано, Э. Г. Эйдемиллер). Акторы «транслируют», или «переводят», некоторое содержание (энергию, информацию) другим участникам сети — гетерогенным акторам, как социальным, так и технологическим объектам/субъектам.

Неклассические нейронауки также исходят из принципов сетевого взаимодействия в рамках любого интерперсонального процесса (Л. Козолино), как участников психотерапевтического процесса, группового процесса, взаимодействия участников семейной группы, детско-родительских отношений и т. п.

Межличностное сетевое взаимодействие, начиная с формирования отношений детско-родительской привязанности и заканчивая отношениями трансфера и контртрансфера психотерапевта и пациента, имеет в основе нейронно-сетевое взаимодействие. Еще раз напомним, что эта концепция определяется как концепция «социально включенного разума» (*social embedded mind*). В этом смысле психическая патология интерпретируется представителями данных направлений нейронауки как нарушение «включенности», которая может определяться разной этиологией. В качестве нарушений «включенности» могут пониматься и резидуально-органические нарушения, и аутизм, и шизофрения, и социальные фобии, и др. Соответ-

ственно, психотерапия понимается как процесс восстановления «включенности» и оптимального функционирования нейронно-социальных сетей.

Аналитическая психодрама используется нами как метод индивидуальной и групповой психотерапии. Преимущество аналитической психодрамы перед другими методами индивидуальной и групповой психотерапии заключается в том, что она использует протоязык — язык чувств, мимики, жестов, поступков, поведения. Именно поэтому она доступна детям начиная с 4–5 лет и пожилым людям. В психодраме участники имеют возможность моделировать собственные представления о тех или иных психотравмирующих ситуациях.

Апробация этой модели была проведена на 64 ИП разных возрастов с разными нервно-психическими расстройствами и использованием индивидуальной психотерапии продолжительностью от 4 до 20 сеансов длительностью по 2 часа. Кроме того, аналитическая психодрама была апробирована на 36 группах «личностного роста» для психологов и врачей (724 участника).

Начальный этап проведения аналитической психодрамы у детей и подростков характеризовался высоким уровнем тревоги у всех участников, проявляющейся в крике, оцепенении, высокой двигательной активности.

До настоящего времени в отечественной литературе нет указаний на особенности динамики группового процесса в группах аналитической психодрамы. Мы выделяем в развитии таких групп пять фаз.

Нулевая — «фаза предгрупповой ситуации». Психотерапевты знакомятся с клиентами, устанавливают раппорт, помогают им сформулировать психотерапевтический запрос, привыкнуть к необычной ситуации психологического взаимодействия между психотерапевтом(ми) и клиентом, усилить у клиентов мотивацию на психотерапевтические изменения, необходимость пройти предусмотренные клинико-психологические исследования. Мы сформулировали для себя правило, которым неизменно руководствуемся: кто ведет группу, тот ее и формирует. Его выполнение стимулирует переносные чувства членов группы с момента ее зарождения и до окончания работы.

На нулевой фазе важное значение имеет психологическое состояние психотерапевта(ов), то, с какими чувствами и зачем он собирает очередную психотерапевтическую группу. В этот момент переживания котерапевтов напоминают переживания супругов, решивших завести ребенка. Чем более тщательно они проведут инвентаризацию внутри- и межличностного психологического пространства, тем выше шансы у группы на успешность работы.

Первая фаза — «фаза ориентации», которая по форме и содержанию имеет сходство с оральной фазой психосексуального развития индивида по З. Фрейду. Ожидания всех участников связаны с тем, что психотерапевт(ы) их «накормит» — решит все проблемы. В эмоциональном состоянии участни-

ков группы преобладают вера, надежда и тревога. Правила работы, которые обсуждались на предыдущей фазе и принимались всеми участниками, для большинства являются внешними, и хотя каждый участвует в играх и моделировании ситуаций, соприкасаясь с собственными переживаниями, все участники уверены, что психотерапевты «волшебным образом» все решат. На этой фазе мы используем подвижные игры, в которых нет проигравших. Они способствуют сплочению, снижают уровень тревоги, повышают внимание и спонтанность. На первом занятии первой фазы в группах подростков психотерапевты не настаивают на круге, а используют спонтанную рассадку, по очереди присоединяясь к отдельным участникам или малым группам. Лишь после проговаривания правил работы группы и объяснения того, что собой представляет аналитическая психодрама, терапевты предлагают всем сесть в круг, причем делают это первыми.

Вторая фаза — «фаза переформулирования целей и перераспределения ответственности». К этому моменту участники теряют веру и надежду на то, что обретут спокойствие и здоровье, усиливается тревожность, основной формой совладания с которой у детей, подростков и взрослых становится апатия, раздражительность. Мы знаем, что группа в этот момент нуждается в особом внимании и поддержке со стороны психотерапевтов.

Проявление агрессии в адрес психотерапевтов, спровоцированной ими самими, в группах взрослых пациентов может способствовать активизации самостоятельности, раскрепощенности.

В детских и подростковых группах мы не используем данный прием из-за низкой толерантности участников: стимуляция психотерапевтом(ми) агрессии на себя приведет к тому, что некоторые пациенты ее проявят, но в дальнейшем это может сформировать у них переживание чувства вины. Популярная в определенных кругах точка зрения, что выражение агрессии на психотерапевтов во второй фазе поможет снять зависимость от них, не является, по нашему мнению, аксиомой. Более того, зависимость клиентов от терапевтов сохраняется до момента окончания терапевтических отношений. Переносы и контрпереносы являются самыми мощными катализаторами психотерапевтического процесса.

Мы считаем, что наилучшим разрешением коллизий второй фазы является обсуждение членами группы, включая психотерапевтов, отношений, которые сложились внутри группы, но ранее не были вербализованы. Технически это может быть осуществлено в виде дискуссии, когда каждый участник по кругу отвечает на вопросы: что происходит в группе, чего он хочет, какие видит перспективы в изменении работы. Другие техники, которые мы используем, — разного рода социометрические игры («Плот в бушующем море», «Автомобиль», «Заложники» и др.). Важно, что эти игры и дискуссии приносят в группу не психотерапевты, а сами участники, а за-

дача психотерапевтов — услышать и подкрепить ключевые слова, в которых отражена суть происходящего в группе: «в группе туман... словно ходим по болоту... все закрыты, никто никого не знает...» Психотерапевт предлагает прояснить, что такое «туман», кто есть кто в «тумане на болоте», какие существуют желания и что надо изменить в группе.

В классических группах аналитической психодрамы вторую фазу проходят опосредованно, во время моделирования и игр. Классическая аналитическая психодрама может длиться от 200 до 600 и более часов.

Мы в своей практике разработали модель групповой аналитико-сетевой психодрамы продолжительностью 40 часов с периодичностью работы три раза в неделю по 2 часа. Вследствие такой интенсивной работы группы на второй фазе переживания участников имеют сильный характер, поэтому требуют кларификации и управления ими с помощью социометрических техник. Это мы считаем своим «ноу-хау» в создании модели краткосрочной групповой аналитической психодрамы. Задача котерапевтов в этой фазе, — повторим, когда многие участники переживают сильные негативные чувства, — поддерживать друг друга и участников группы.

Котерапевты в детских, подростковых и во взрослых группах — фигуры, вызывающие на себя переносы, связанные с родителями, бабушками, дедушками, учителями, начальниками, собственным детством, ощущением силы и бессилия. Котерапевты являются эталонными фигурами.

Эталонное поведение котерапевтов заключается в том, как они совладают с собственной тревожностью и тревогой в группе, как проводят переговоры между собой и осуществляют кооперацию. Котерапевты — не герои, не великаны и не волшебники. Это обыкновенные люди, на первых этапах развития группы имеющие всего одно небольшое преимущество, которое в дальнейшем станет принадлежностью каждого члена группы, — быть зеркалом друг для друга.

Третья фаза — «фаза зрелой группы», которую мы называем «рабочей фазой». Не будем останавливаться на ее характеристиках, которые есть в известных руководствах. Здесь важнее дать описание, как проигрывается психодрама.

Проигрывание психодрам происходит с первого занятия психотерапевтической группы. Сначала преобладает проигрывание различных историй, сочиненных в группе, и сказок, затем участники играют частные проблемы, не захватывающие целиком их внутри- и межличностное пространство, например ситуации просьбы — отказа. Эти психодрамы носят характер ролевых игр и не предполагают исследования глубинных проблем. На третьей фазе участники проигрывают психотравмирующие ситуации: отношения с учителями, друзьями, родителями и другими членами семьи.

Каждое занятие группы аналитической психодрамы состоит из трех фаз.

Первая фаза «разогрева группы» — выяснение эмоционального состояния участников, желания/нежелания проиграть подготовительные игры, выявление протагониста и его рассказ о проблеме. Если в классической аналитической психодраме Морено право расспрашивать протагониста принадлежит только режиссеру, и его был лишен ассистент режиссера, то в нашем случае котерапевты, слушая протагониста, оба задают вопросы, которые согласованно позволяют восстанавливать контекст заявляемой проблемы.

Далее протагонист выбирает вспомогательные Эго, и с началом построения сцены группа переходит на вторую фазу сеанса аналитической психодрамы — «проигрывание собственно психодрамы». Для разрешения проблемы протагониста мы используем базисные техники аналитической психодрамы в собственной модификации. В технике индивидуального разогрева вспомогательного Эго в группах детей и подростков мы отказались от того, чтобы протагонист касался руками плеч вспомогательного Эго: у многих подростков такое взаимодействие вызывало усиление тревоги и напряжение, обусловленное страхом сексуальных переживаний, что внешне проявлялось хохотом и потерей спонтанности. Вместо этого протагонист, стоя рядом со вспомогательным Эго, произносил от первого лица слова, которые хотел дать исполнителю роли. Иногда мы использовали технику дублирования: протагонист последовательно занимал место каждого вспомогательного Эго, произносил слова, а затем их повторяли вспомогательные Эго. Такая техника способствовала не только стереоскопическому исследованию и познанию проблемы, но и дистанцированию от нее, а также эмоциональному отреагированию. Данную технику, родившуюся в детских и подростковых группах, мы охотно используем в работе со взрослыми — модифицировали широко известную технику «Семейная фотография». Новшество заключается в том, что мы расспрашиваем протагониста, кто делает фотографию, и предлагаем выбрать ее среди членов группы. Именно на фотографа протагонист может спроецировать самые сильные переживания.

Приведем пример психодрамы с врачами и психологами, в которой мы впервые использовали эту модификацию. При проигрывании «Фотографии» протагонист расположил себя и коллегу-врача, своего ровесника и профессионального конкурента, на качелях-доске, на противоположных концах которой они сидели. Во время расспроса, кто делал фотографию, выяснилось, что это была молодая женщина-врач — коллега участников снимка, являвшаяся объектом ухаживания обоих мужчин. Протагонист выбрал вспомогательное Эго и на эту роль. При использовании приема диссоциации он имел возможность увидеть «со стороны» двух молодых мужчин, разделенных деревянной доской качелей, и фиксирующую эту

«картинку» женщину — объект конкуренции. Один из психотерапевтов, наблюдая за ситуацией и применив усиление, сказал: «Двое мужчин, перед ними — женщина. То один наверху, то другой. А между ног у них деревяшка».

Другой особенностью проводимой нами аналитической психодрамы с детьми, подростками и взрослыми является то, что мы часто предлагаем участникам проигрывать роли животных и неодушевленных предметов — собак, кошек, капельниц в больнице, зонтика, дверец шкафа, внутренних органов и т. д. Обратные связи животных и неодушевленных акторов позволяют протагонисту воссоздавать и реконструировать контекст переживаний со значительно большей эмоциональной силой. Проигрывание психодрамы завершается снятием ролей и разборкой сцены.

На третьей фазе сеанса аналитической психодрамы режиссеры, спросив согласия у протагониста, призывают участников группы поделиться своими чувствами, ассоциациями, опытом, но не оценкой психодрамы.

Четвертая фаза группового процесса аналитической психодрамы — «фаза экзистенциального выбора». Раньше мы считали, что этой фазы у детей и подростков не может быть в силу незавершенности их личностного развития. Но оказалось, что дети и подростки не хуже взрослых способны говорить о своем предназначении и пути, индивидуализировать собственный жизненный стиль, строить образ будущего и, наконец, нести ответственность за свое самоопределение.

Показания и противопоказания к аналитической психодраме

Показания практически неограниченные.

Противопоказания относительны.

Аналитическая психодрама противопоказана при:

1. Высоком риске суицидального поведения.
2. Остром психотическом состоянии.
3. Гиперкинетическом синдроме.
4. Выраженном расстройстве личности, сопровождающемся социальной дезадаптацией.

В настоящее время аналитическая психодрама занимает ведущее место среди других методов индивидуальной и групповой психотерапии. Идеи Морено о ролевом моделировании нашли свое развитие в педагогике и в рамках лечения слабослышащих детей, при котором моделирование способствует созданию «глобальной структуры» в головном мозге. Данная структура интегрирует и трансформирует все импульсы, поступающие в анализаторы, вследствие чего ребенок, не слыша речь, понимает ее и адекватно говорит с окружающими.

Пример: Стенограмма психодрамы «Ящерица»

Участники психодрамы и их роли, которые они выбрали сами:

1. Мастер — подросток 16 лет с обсессивным синдромом.
2. Купец — женщина 30 лет с полиморфным психосоматическим расстройством.
3. Ящерица — девочка 13 лет, после суицидной попытки.
4. Подмастерье — подросток 14 лет со школьной дезадаптацией.
5. Покупатель-коллекционер — подросток 14 лет с синдромом Жилия де ля Туретта.
6. Отец Мастера — подросток 14 лет с диагнозом шизофрении.
7. Режиссер (психотерапевт) — ЭЭГ.
8. Режиссер (психотерапевт) — АНВ.

После разминки в группе началось обсуждение, какая психодрама будет проигрываться.

Участница группы (далее — Купец) предложила сыграть японскую сказку.

В давние времена в Японии жил Мастер-ювелир, у него не получалось зарабатывать, и жил он очень бедно. Как-то в один из дней в своем маленьком садике он увидел на камне Ящерицу, которая ему очень понравилась, пошел в свою мастерскую и из серебра отлил такую же фигурку.

После этого он пошел к Купцу и предложил купить эту ящерицу. Купцу серебряная фигурка очень понравилась, и он предложил Мастеру сделать их побольше. Впоследствии Мастер стал делать для купца много ящериц и разбогател.

Но однажды кто-то из его гостей и Отец спросили Мастера, как ему удастся делать таких красивых ящериц. Он ответил, что в садике на камне сидит красивая Ящерица, и предложил всем пойти взглянуть на нее.

Но никто из его гостей никакой ящерицы на камне не увидел. Мастеру стало очень страшно, и когда он в очередной раз увидел ее, то УБИЛ.

После этого Мастер продолжал делать ящериц, но они были уже не такие красивые. Их перестали покупать, он обеднел и умер.

Участники группы выбрали для себя роли в будущей психодраме и построили сцену.

Эпизод 1. МАСТЕР

- Мастер находится в мастерской, где начинает отливать ящерицу, которую он только что видел в саду.
- В качестве подручного средства использует чайник.
- Постоянно обращается к психотерапевту ЭЭГ.

Мастер: Я сейчас работаю над ящерицей, хочу заработать денег и разбогатеть.

ЭЭГ: Зачем тебе деньги?

Мастер: Мне нужно отдать долги, обеспечить старость Отцу и достойную работу Подмастерью.

Я хоть и был талантлив, но мне не везло. Произошло маленькое чудо: я увидел Ящерицу, и, вероятно, она поможет мне разбогатеть.

Я увидел Ящерицу. С одной стороны, это дар свыше, но затем я все делаю сам.

Я доволен тем, что сделал. Мне она нравится.

Эпизод 2. МАСТЕР ИДЕТ В ЛАВКУ К КУПЦУ

Мастер: Не будете ли вы так любезны, мне удалось кое-то сделать, но я не знаю, хорошее ли, и... (*принимает позу просящего и извиняющегося*).

Денег нету...

Купец: Ну что... Ты знаешь, мне, пожалуй, нравится эта вещь. Она изящная, красивая, что-то я в ней вижу. Сколько ты хочешь за эту ящерицу?

Мастер: Хочу продать подороже, денюжки нужны.

Купец: Скажи спасибо, что я вообще ее беру.

ЭЭГ (*обращаясь к Мастеру*): Назначь цену.

Мастер: Цену ведь назначит Купец (*извиняющийся тон*).

Перемена ролей

Купец в роли Мастера (*повторяет позу Мастера и его слова*):

Я кое-то сделал, возьмите, пожалуйста, не будете ли так любезны...

Мастер в роли Купца: Знаешь, сейчас трудные времена, ящерицы не в моде, и (*задумавшись*)... цену назначает Мастер.

Психотерапевты предлагают Купцу в роли Мастера усилить извиняющийся тон, неуверенность и повторяют эпизод.

Купец в роли Мастера: Я не знаю, вроде бы кое-что сделал, возьмите, пожалуйста, мне так нужны деньги, у меня обстоятельства, вы же знаете, как мне трудно... (*просящие ноты*).

Мастер в роли Купца (*раздумывает... смотрит... рассматривает*):

Цену назначает продавец? Кто?

Психотерапевт АНВ подходит к Купцу в роли Мастера, кладет руку ему на плечо и говорит: «Я не знаю, что сделал, знаю одно — я должен, должен Отцу, я должен Подмастерью» (*дубль*).

Купец в роли Мастера (*еще более извиняющимся голосом*): «Я не знаю, что сделал, — мои руки сами сделали, а может, вообще не я».

Психотерапевт ЭЭГ: Возьми стоимость серебра, оцени стоимость своей работы.

Купец в роли Мастера: Я вообще не знаю, что сделал, может, и не я вовсе это делал.

Мастер в роли Купца (*в раздумьях и неуверенным голосом*): «Я продам за двести монет. Если купят, сто монет тебе и сто мне».

Перемена ролей

Купец и Мастер обретают свои роли.

Эпизод повторяется еще раз.

Мастер приходит в лавку к Купцу.

Мастер: Возьмите, пожалуйста, я это сделал. Мне кажется, в этом что-то есть. Вы же знаете, я весь в долгах, мы голодаем, у меня больной Отец.

Купец: Но ведь вещь хорошая, во сколько ты ее оцениваешь?

Мастер: Ну, может, поставьте ее за 200 монет — 100 вам и 100 мне.

Купец: 150 монет пополам, и ни копейкой больше.

Мастер приходит домой.

ЭЭГ: Что ты будешь делать с деньгами, которые даст купец?

Мастер: У меня появилась надежда, что я смогу купить серебро и продолжить работу.

Эпизод 3

Покупатель в лавке Купца.

Покупатель: Я хочу посмотреть эту ящерицу — хороший экземпляр.

С помощью вопросов ЭЭГ покупатель описывает ценность ящерицы, указывая на ее красоту, изящество и уникальность.

Покупатель торгуется с Купцом о цене. И покупает ящерицу за цену выше той, которую оговаривал Мастер.

Покупатель: Я сделал ценную покупку, у меня есть в коллекции красивые вещи, но эта красивее всех.

Эпизод 4

Мастер пришел к Купцу за деньгами. Купец попросил его принести другие изделия к нему. Мастер возвращается с деньгами домой.

Эпизод 5. ДОМ МАСТЕРА

Мастер садится напротив Отца, закрываясь спинкой стула, и говорит:

Отец, я сделал одну очень хорошую вещицу, купец мне дал за нее деньги. Ты можешь гордиться мной.

В этом эпизоде Мастер постоянно смотрит на ЭЭГ (подросток не знает своего отца, а с отчимом у него конфликтные отношения).

Перемена ролей

Отец в роли Мастера: Отец, я сделал одну очень хорошую вещицу, и купец дал мне за нее деньги. Ты можешь гордиться мной.

Мастер в роли Отца: Я доволен тобой сын, твоя умершая мать гордилась бы тобой (его мать жива!).

Происходит обратная перемена ролей, и каждый произносит слова из своей основной роли.

Мастер обращается к Подмастерью: Братан, мне удалось сделать одну красивую вещицу, и мне за нее заплатили денег. Теперь мы с тобой можем начать свое дело.

Перемена ролей

Подмастерье в роли Мастера: Братан, мне удалось сделать одну красивую вещицу, и мне за нее заплатили денег. Теперь мы с тобой можем начать свое дело.

Сейчас Мастер в роли Подмастерья. С помощью уточняющих вопросов психотерапевтов ЭЭГ и АНВ он произносит: «Мой отец привел меня в ученики к Мастеру, сказав, что он — талантливый человек. Я и сам видел, что он талантлив, но ему не везло. Сейчас ему помогли удача или чудо».

Мастер стал изготавливать ящериц в большом количестве и разбогател. *(В качестве «ящериц» использовались стаканы с водой.)*

Мастеру стали задавать вопросы Купец и другие лица: «Как тебе удается делать таких красивых ящериц? Они выглядят как живые».

Эпизод 6

Отец (обращается к сыну, Мастеру): Как тебе удалось так разбогатеть? Откуда у тебя деньги?

Мастер: Отец, пойдем в садик, я тебе кое-что покажу. Смотри, на камне сидит Ящерица. Она такая юркая, блестящая, красивая.

Отец: Я не вижу ящерицу, на камне никого нет.

Мастер: Ну как же, вон она — двигается, крутится *(девочка принимает привлекательные позы)*.

Отец: На камне никого нет.

Мастер зовет Подмастерье.

Мастер: Взгляни, ты видишь на камне Ящерицу?

Подмастерье: Я никого не вижу на камне.

Мастер (в растерянности): Никто не видит Ящерицу, только я. Какая-то сверхъестественная сила, что ли, вмешалась в мою жизнь. Мне страшно, я могу позвать и других людей, они тоже ничего не увидят. Общественное мнение очень важно в жизни — меня примут за сумасшедшего.

ЭЭГ: Что значит в твой жизни Ящерица?

Мастер: Это толчок, но если это пришло неизвестно откуда, мне страшно. А вдруг Ящерица превратится в дракона или в крокодила?

(Мастер в растерянности.)

ЭЭГ предлагает Мастеру встать на стул (прием диссоциации), а сам исполняет его роль.

ЭЭГ в роли Мастера: Я в растерянности. Отец не видит Ящерицу, Подмастерье тоже. Я что, болен? Сегодня — ящерица, завтра — крокодил. Не знаю... Убить мне ее, что ли?

Мастер, находящийся на стуле и наблюдающий сверху за происходящим, обращается к ЭЭГ, который в его роли: «Нельзя жить в обществе и быть независимым от общественного мнения».

Спускается со стула и возвращает себе роль Мастера после того, как ее снял с себя ЭЭГ.

Мастер в растерянности. Проходит некоторое время, в течение которого он ходит по комнате, затем подходит к Отцу и говорит: «Отец, ты, наверное, прав. Мне нагрело голову».

Отец: Пойдем к доктору.

Мастер какое-то время ходит по комнате и обращается к психотерапевтам с вопросом: «Что мне делать?»

ЭЭГ и АНВ говорят: Все твое, делай, что хочешь.

Мастер убивает ящерицу.

Эпизод 7

Мастер успокаивается с помощью стакана саке. Затем он делает несколько ящериц и несет к Купцу.

Купец: Мастер, я тебя не узнаю — это совсем не то, что было раньше. Их никто не купит.

Мастер смотрит на ЭЭГ и думает, что делать дальше.

ЭЭГ: Импровизируй.

Мастер возвращается домой.

Мастер: Мне надо подумать, что делать, к кому обратиться, откуда взять идеи.

И обращается к Подмастерью.

Мастер говорит Подмастерью: Ты помнишь, братан, каких мы делали ящериц? Осталось немного серебра — попробуй сделать, может, у тебя получится?

Подмастерье делает нескольких ящериц и несет их Купцу.

Купец: Кто делал этих ящериц? Что с мастером? Он болен?

Подмастерье молча кивает.

Купец: Ты знаешь, мне нравится твоя работа. Я возьму твоих ящериц, но за меньшую цену. А еще я предлагаю тебе перейти ко мне: я создам тебе лучшие условия для работы, и ты продолжишь работать.

Эпизод 8. Третья фаза психодрамы — ШЕРРИНГ В ГРУППЕ

Мастер: И все-таки нельзя жить в обществе, не заботясь о том, что думают окружающие.

Ящерица (с небольшой обидой): Вдохновляешь-вдохновляешь, а он...
(Выразительно кивает головой и кривит губы.)

АНВ руками показывает весы: на одной чаше — талант, на другой — общественное мнение. Что перевесит?

ЭЭГ: Когда в стране начались денежные отношения и появилась возможность частных приемов, я спросил у коллеги, сколько стоит прием? Тот ответил: цены есть разные, и на каждую цену найдется свой клиент, но какую цену кому предложить, ты должен решать сам, потому что это твой талант, твой профессионализм.

Группа долго сидела в раздумьях. Психодрама закончилась.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение аналитической психодрамы.
2. Чем обусловлен порядок расположения структурных элементов аналитической психодрамы у Морено?
3. Какие базисные техники аналитической психодрамы вы знаете?
4. В чем своеобразие техники индивидуального разогрева у детей?
5. Какова структура сеанса аналитической психодрамы?
6. В чем отличие долговременной и краткосрочной аналитической психодрамы?

Рекомендуемая литература

1. Келлерман П. Ф. Психодрама крупным планом. — М.: Класс, 1998. — 240 с.
2. Киппер Д. Клинические ролевые игры и психодрама. — М.: Класс, 1993. — 222 с.
3. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика Я. Л. Морено. — М.: Издательская группа «Прогресс»; «Универс», 1994. — 352 с.
4. Психодрама: вдохновение и техника. — М.: Класс, 1997. — 288 с.

Глава 25. Гештальт-терапия

М. Ю. Городнова

Основатель метода Фредерик С. Перлз родился в Берлине в 1893 году, много лет занимался психоанализом, но в 1940-х годах отрекся от него и опубликовал ряд научных работ по гештальт-терапии. Как подчеркивает основатель и руководитель Итальянского института гештальта, известный в России и за рубежом гештальт-тренер Маргерита Спаньолю Лобб, основатели гештальт-терапии пытались создать теорию человеческой природы, избегая категорий и жестких схем: «Они пытались сохранить непосредственное восприятие жизни, удержать ускользающее, поймать неуловимое, построить теорию того, что не поддается теоретизации. ...Они попытались сделать одну парадоксальную вещь: категоризировать до-категорильное (парадокс постмодерна)... сохранить принцип неуловимой сущности, определяющей спонтанность человеческой жизни» (М. Спаньолю Лобб, 2014). Именно поэтому гештальт-терапия — один из самых сложных для освоения психотерапевтических подходов. Авторы «библии» гештальт-терапевтов («Гештальт-терапия», Ф. Перлз, Р. Хафферлин, П. Гудман) подчеркивали, что понять ее могут те, чей ум «заточен» под гештальт-терапию, но такого склада ума можно добиться, лишь прочитав эту книгу. В настоящее время теория гештальт-терапии активно развивается. В 2017 году (через два года после издания в Европе) в России вышла первая монография по клиническому гештальту: «Гештальт-терапия в клинической практике» под редакцией Джанни Франчесетти, Микелы Джечеле и Яна Рубала. Рожденная и развивающаяся скорее как терапевтическая практика, гештальт-терапия стремится занять достойное место среди признанных и научно обоснованных методов психотерапии.

В этой главе мы раскроем несколько основных понятий и положений теории гештальт-терапии, что позволит читателю сформировать представление о данном методе, а также остановимся на психотерапии детей и подростков.

Краеугольные камни гештальт-терапии, по образному выражению представителя ее нидерландской школы Харма Сименса (2008), — холизм, теория поля, феноменология и экзистенциализм. Холистический взгляд исходит из того, что человек как организм представляет собой единство физического, эмоционального, когнитивного, духовного и экзистенциального

и является частью своего окружения. Феноменология стремится познавать вещи такими, какие они есть, избегая предубеждений. Процесс, который переживается кем-то, уникален и присущ тому, кто его переживает. Другому человеку не дано обнаружить, как другой переживает этот мир. Мы можем только присутствовать, наблюдать и признавать феноменологию реальности Другого. По мнению французского философа, представителя экзистенциальной феноменологии и автора труда «Феноменология восприятия» Мориса Мерло-Понти, ощущение мира организовано телесно, тело имеет собственное хорошее знание этого мира и сведения о нем. Благодаря феноменологии к экзистенциализму добавляется телесный аспект, телесное осознание (в гештальт-терапии много телесных экспериментов). Экзистенциализм в гештальт-терапию привносит ценности свободы выбора, ответственности, направленности на других (человек как одиночка немислим, он — человек только в своей направленности на других).

Одним из ключевых понятий гештальт-терапии является понятие «контакт», тесно связанное с селф-теорией. Контакт — это способ и средство приспособления индивида к социуму, путь выживания и роста. Данное понятие имеет физиологический, социальный и политический аспекты. Контакт — процесс, состоящий из четырех фаз: предконтакта, контактирования, финального контакта и постконтакта. Назначение селф в гештальт-терапии — это контакт. Функция селф — способность индивида к спонтанности контакта. Именно восстановление способности действовать спонтанно, приспособляясь к новизне текущей ситуации, отказ от повторения стереотипа поведения и есть задача гештальт-терапии. Быть спонтанным не значит быть импульсивным. Спонтанность — это способность развивать процесс контакта и ухода из него, способность замечать себя и Другого в ситуации и возможность действия, подходящего ситуации. Это полное присутствие на границе контакта, с полным осознанием себя и полным использованием собственных чувств, что позволяет ясно видеть Другого. Человек всегда находится в контакте, но какой-то один селф выбирает с целью роста организма (ассимиляция нового).

Что же такое селф и как оно функционирует? Основатели гештальт-терапии позаимствовали термины из известных на то время психологических теорий: Ид (Id), Персона (Personality), Эго (Ego). Это функции селф. Ученик и последователь Ф. Перлза, развивающий теорию гештальт-терапии, — Изидор Фромм говорил, что Эго-функция работает на уровне, следующем за функциями Ид и Персона, — символическими «ногами», на которые опирается селф. Ид имеет отношение к тому, что находится в теле: физиологические потребности; телесный опыт, полученный в результате прежних контактов; опыт, «спрятанный под кожей». Персона — это то, как человек определяет себя, то, что он о себе знает. Обе функции — Ид и Персона —

относятся к фону, это два его вида (фигура и фон — два основных понятия в гештальт-психологии). Эго-функция — носитель воли, определяющая выбор и действие и опирающаяся на свои «ноги». Расстройство функций Ид и Персона возможно только при потере Эго-функции. Таким образом, селф в гештальт-терапии — то, что действует и испытывает на себе воздействие. Слабость данной части теории признают современные гештальт-теоретики, предлагая взять на себя смелость в разработке более адекватных терминов для обозначения основных понятий гештальт-терапии.

Основная цель гештальт-терапии — пробуждение скрытых возможностей человека, поощрение его поведенческих стереотипов, направленных на реализацию собственных потребностей и достижение психологической зрелости. Если говорить о психопатологии с точки зрения гештальт-терапии, то теряется не контакт, а спонтанность, что, в свою очередь, трансформирует возбуждение в тревогу, от которой организм пытается избавиться (идет творческое приспособление); искажается интенциональность и контактирование сопровождается страхами, осуществляясь интроецированием, проецированием, ретрофлексированием или эгоизмом (ранее их рассматривали как способы прерывания контакта). Каждый способ контактирования имеет свои характерные черты и отражает особенности опыта по развитию личности. В гештальт-теории есть «карта», посвященная механизмам прерывания спонтанности контакта. В настоящее время данная тема активно обсуждается и развивается в модальности гештальтистской теории «полифонического развития зон» М. Спаньола Лобб. Осознание (awareness) — краеугольный навык и способ осуществления контакта. Это способность, которая развивается у клиента в ходе гештальт-терапии.

Важным понятием в гештальт-терапии является понятие «поле». Именно развитие теории поля и ситуации во многом определяет современную практику гештальт-терапии (см. главу, 2). Поле — это процесс, целый гештальт, включающий и фигуру, и фон, разворачивающийся здесь и сейчас. Для практики важным выводом из этого определения является то, что любое событие, которое разворачивается в терапевтической ситуации, — «совместно созданное», то есть любой феномен отражает участие каждого участника ситуации. Феномен принадлежит ситуации, даже если это будто «интросубъективное» явление (например, воспоминание, переживание, образ, мысль). И этот феномен может быть привнесен в терапевтический диалог.

Диалог и встреча — еще два важных конструкта. Терапевтическая встреча — это контакт индивидуального «Я» и индивидуального «Ты» в ситуации «здесь и сейчас». Посредством диалога можно создать «Мы» (финальный контакт). Принадлежность к «Мы» позволяет обрести новизну переживания и в дальнейшем ассимилировать новый опыт. Как подчерки-

вает известный американский гештальт-терапевт и теоретик гештальт-терапии Филипп Лихтенберг, для создания сильного «Мы» необходимы четыре составляющие: «я есть», «я реагирую на тебя», «я хочу, чтобы ты рассказал мне, кто ты и чего хочешь», «я хочу, чтобы ты рассказал мне, как ты на меня реагируешь». Диалогическая позиция, присутствие, включенность и самораскрытие — важные профессиональные навыки гештальт-терапевта, создающие возможность встречи в исцеляющей ситуации взаимоотношений.

Концепция незавершенных процессов Б. В. Зейгарник, парадоксальная теория изменений А. Бейссера, интеграция полярностей, концепция параллельных процессов — все это и многое другое входит в теорию и практику гештальт-терапии и требует многолетнего обучения. Гештальт-терапевт работает индивидуально, с группой, парами и семьями. Мы остановимся подробно на работе с детьми и подростками.

Гештальт-терапия детей и подростков

Если посмотреть на работу гештальт-терапевта со стороны, то у наблюдателя создается впечатление, что терапевт просто играет с ребенком или ведет непринужденную беседу, что внешне мало отличается от работы представителей иных направлений психотерапии (игровой, поведенческой, аналитической и т. д.). Однако теория и постулаты, лежащие в ее основе и поддерживающие методологию практики, опираются на совсем иные понятия и представления. Как уже было сказано, мы не ставим себе задачу глубоко знакомить читателя с теорией гештальт-терапии, обозначим лишь некоторые отправные точки, которые позволят расставить ориентиры при выборе техники. В написании главы мы опирались на основополагающие и широко известные для детских психологов и психотерапевтов работы Вайолет Оклендер, позволившие и нам найти свой стиль работы с детьми, подростками и их родителями.

Ключевым понятием гештальт-терапии является контакт. Нарушение контакта ребенка с окружающим миром побуждает родителя привести его в кабинет гештальт-терапевта. Родители обеспокоены отсутствием полноценного контакта ребенка с учителями, сверстниками, родителями, книгами, собственным телом и т. д. Ребенок находит самый подходящий для себя в сложившейся ситуации способ контактирования, который подчас обретает черты симптома или симптоматического поведения. Поэтому симптом в гештальт-терапии является знаком поиска удовлетворяющего контактирования с миром. Изменения в поведении преимущественно оказываются результатом саморегуляции организма, направленной на заботу

о собственном здоровье (в ситуации травмы — выживание), однако такой способ не только энергозатратен, но и разрушителен для соматического и психического благополучия ребенка.

Полноценное контактирование невозможно без развитого собственного ощущения «Я», но развитие ребенка и есть развитие его «Я», которое претерпевает изменение на всех этапах взросления. Ощущение собственного «Я» у детей нередко слабо развито из-за переживаемого ими травматического опыта. Помочь ребенку восстановить самоощущение — одна из первейших задач гештальт-терапии. Говоря о самоощущении, мы подразумеваем развитие навыка осознания (краеугольное понятие гештальт-терапии). Хорошее владение такими функциями, как видение, слушание, осязание, вкус, обоняние, движение, выражение чувств, мыслей, идей, представлений, фантазий, проявление любопытства и т. п., определяет полноценность контакта с миром и лежит в основе самоощущения.

Травматичный опыт и иные причины (жизненные неурядицы, биологические предпосылки особенностей развития, возрастные кризисы и т. д.) могут вызвать эмоциональное дистанцирование ребенка от мира. Он «замораживает» свои чувства, становится менее подвижным, уходит в мир фантазий, прячет эмоции, желания и мысли, что в конечном итоге препятствует его нормальному развитию, замыкая порочный круг. Здоровый ребенок соткан из чувств, а его тело, ум и способность выражать эмоции функционируют в прекрасном единстве. Но со временем, в процессе социального взаимодействия, защищая себя, ребенок начинает притуплять чувства, ограничивать физическую активность, блокировать эмоции и выражение мыслей. Задача гештальт-терапии — помочь ему остановить и развернуть этот процесс для нахождения иного способа полноценного контакта с миром. Иными словами, помочь восстановить спонтанность.

Еще одно универсальное понятие, без которого невозможно понять ребенка, а значит и помочь ему, — эгоцентризм. Для ребенка это не просто норма, а необходимость, свойство интеллектуальной деятельности, этап развития мышления. Неумение оценить ситуацию, приписывание собственной личности причины всех событий заставляют ребенка переживать необоснованную вину и стыд (вина за развод родителей, стыд за собственную болезнь и т. д.). Практически все причины ужасов, которые происходят с детьми (по мнению В. Оклендер, и с подростками), они видят в себе. Отголоски данного эгоцентризма звучат и у взрослых, тому пример название известной книги Юрия Германа «Я отвечаю за все».

Следующий краеугольный камень, с которым приходится работать гештальт-терапевту, — гнев или агрессия. Причем это не только яркое выражение гнева, беспокоящее родителей, но и подавленный гнев ребенка, «поддерживающий» какой-либо симптом. Обхождение с гневом — одна из

задач развития ребенка. Агрессия необходима ему для удовлетворения потребностей, которые с развитием все чаще фрустрируются как социальными нормами, так и собственной возрастной неспособностью. Безудержный гнев двухлетнего малыша хорошо известен родителям, и умение обходиться с его проявлениями (контейнировать) — задача окружения. Постепенно ребенок находит более приемлемую форму для безопасного выражения гнева, не теряя активности. Можно сказать, что гнев — это «избыток агрессии в ситуации неосуществимости удовлетворить потребность в невозможном». В случае, когда данная задача развития полностью не решена, мы сталкиваемся с разрушительным поведением. Задача психотерапевта — помочь ребенку не только осознать свой гнев и признать его нормальность, но и найти вместе с ним способы его выражения.

Какова задача, стоящая перед гештальт-терапевтом при встрече с ребенком в кабинете? Вот как на этот вопрос отвечает Вайолет Оклендер (2012): «Когда ребенок приходит к психотерапевту, я знаю: он потерял то, что у него когда-то было, на что он имел право как маленький ребенок, — полноценно и радостно пользоваться своими чувствами, телом, разумом и открыто выражать свои эмоции. Моя задача — помочь ему найти и восстановить эти утраченные части его личности». Мы полностью поддерживаем эти слова с одним уточнением: ребенок не потерял, а забыл о том, что у него есть.

В работе с детьми и подростками лучше всего подходят экспрессивные, творческие, проективные игровые техники. Терапевт вместе с ребенком восстанавливает забытый процесс, а значит, возвращается на этап развития, где пришлось его «заморозить». В работе всегда присутствует позитивная регрессия (достигаемая посредством игры или любой иной творческой деятельности), позволяющая облегчить процесс контактирования посредством осознания побуждаемого и поддерживаемого терапевтом.

Терапевтический процесс по В. Оклендер в гештальт-терапии включает в себя важные компоненты: взаимоотношения, контакт, сопротивление, сенсорику, тело, укрепление самости.

Взаимоотношения — то, с чего начинается и без чего невозможна гештальт-терапия; основа терапевтического процесса и мощный лечебный фактор. Это встреча двух личностей. Терапевт сохраняет свой стиль, представления, границы и не развивает, но осознает переносы и контрпереносы. Выполняя порой те функции в разворачивании процесса, которые не были выполнены матерью или отцом ребенка, он остается собой, а не конкурирует с родителями. Играя с ребенком, терапевт обучает взаимодействию с ним его родителей, дает им в руки инструмент восстановления и развития здоровой психики ребенка. Важно четко очерчивать правила и границы взаимодействия, всегда оставлять время для того, чтобы убрать игрушки и инструменты вместе с ребенком в конце сессии. Взаимоотношения — это

условия формирования доверия, что порой является не просто условием терапии, а ее самой главной (иногда единственно необходимой) частью.

Говоря о контакте в процессе гештальт-терапии, важно определить, насколько ребенок способен к его установлению и поддержанию. Порой на протяжении многих сессий терапевт ищет способ помочь ребенку научиться контактировать и поддерживать отношения. По мнению В. Оклендер, «контакт — это способность полного присутствия в конкретной ситуации и готовность использовать все стороны своего организма: ощущения, телесность, эмоции, интеллект». Это навыки контакта, о которых мы порой забываем. Прикосновения, ощущения, запахи, звуки, вкус, видение, способность издавать звуки, двигаться, произносить слова и тому подобные важные терапевтические составляющие, ведущие к открытию новых впечатлений и переживаний. Поэтому в гештальт-терапии так много техник, направленных на развитие этих базовых навыков. Простые упражнения (например, классическое упражнение с апельсином В. Оклендер, когда дети рассматривают, трогают, нюхают, чистят, пробуют на вкус апельсин и делятся впечатлениями) с обсуждением полученного опыта восстанавливают утраченные или забытые навыки. Любые игры по развитию сенсорной чувствительности могут быть использованы терапевтом.

Соппротивление — это обозначение ребенком своих границ в способности идти дальше в контакте. Как мы уже говорили, сопротивление может приобретать форму симптома и препятствовать развитию, хотя в то же время это способ справиться с трудностями, выживать и максимально эффективно контактировать с окружающим миром. Соппротивление есть всегда, это защитник самости ребенка. Если сопротивления нет, это пугающий фактор хрупкости «Я» ребенка, отсутствие способности обозначать и защищать свои границы. Важно уважать данную способность, признавая необходимость заботиться о себе. По мнению В. Оклендер, сопротивление — выход энергии и показатель достигнутого уровня контакта. Терапевту важно быть внимательным к проявлениям сопротивления и уважительно относиться к ним, обозначая их порой еще до того, как ребенок прервет контакт с ним. Например, фраза терапевта: «Мне кажется, что тебе не хочется сегодня делать это» — может лучше сохранить контакт, чем побуждение ребенка выполнить предложенное задание. Обхождение с сопротивлением подобно танцу, в котором ведет то один, то другой партнер.

Мы уже подчеркивали важность работы с сенсорикой и телом. Возвращение ребенка в ситуацию, когда он получает колоссальное удовольствие от соприкосновения и оперирования с разными кинестетическими субстанциями, являет собой завершение прерванных процессов познания мира. Глина, песок, вода — материалы, с которыми восторженно соприкасаются малыши. Ужасающая картина для взрослых, когда довольный всем

ребенок сидит в луже и бросает комья грязи, хохоча от взрывов брызг. Возможность восполнить подобный опыт в кабинете терапевта несет неоспоримый лечебный эффект. Для иллюстрации, что подобный восторг не чужд взрослым, вспомним людей, купающихся в грязевом вулкане (на местном наречии — «плевака»), и наслаждение на лицах тех, кто позволил себе от души плескаться в грязи.

Не менее важна свобода движений и выражения эмоций. Работа с телом начинается с работы с дыханием. Восстановление полноты дыхания, способности его регуляции, связь дыхания с переживаемыми эмоциями дает в руки ребенка возможность осознанно контролировать и поддерживать свое ресурсное состояние. Надувание шаров, соревнование по полету перышков, игра с ватными шариками в «перекати-поле» и многие другие игры позволяют ребенку восстановить базовую функцию тела. Для подростков важна способность регулировать свое эмоциональное состояние с помощью управляемого дыхания и расслабления мышц тела. Танцы, пантомима, подвижные игры, игры с элементами управления телесными функциями, театральные постановки — все это терапевтические техники, направленные на восстановление самоощущения ребенка и подростка. Особенно нужны телесные практики в работе с детьми, имеющими соматические симптомы (энурез, энкопрез, тики, соматические боли и т. д.).

Укрепление самости продолжается с помощью работы по самоопределению, умению делать выбор, овладению навыками, осознанию проекций, определению границ, способности играть и использовать воображение; затрагивает темы контроля и власти, а также способности управлять агрессией. Это основные направления, или векторы, психотерапевтической работы, обозначенные В. Оклендер. В ее книгах заинтересованный читатель найдет много полезных техник и практик для работы с детьми. Мы же остановимся на некоторых универсальных техниках, используемых в гештальт-терапии. Это, конечно, работа с проекцией. В проективных рисунках, играх, коллажах важно не чтобы ребенок просто заметил похожесть представленной ситуации и своей жизни, но присвоил и нашел новый способ контактирования в ней. Это работа с дезинтеграцией, обретение отщепленных частей «Я». Целостное «Я» обязательно обнаружит новизну в приспособлении и со-владении с ситуацией.

Так, 7-летняя девочка, играя, стремилась разобрать и «правильно» сложить игрушки: сломанные — в одну кучку, целые — в другую. Это происходило на протяжении трех встреч. Когда ее спросили, зачем ей вновь откладывать сломанные игрушки, она ответила, что их необходимо срочно отремонтировать, а потом тихо добавила: «Как и моего братика, который болеет». У ее младшего брата обнаружили тяжелое заболевание. Родители, поглощенные горем, стали меньше внимания уделять дочери, которая отреа-

гировала агрессивным поведением в отношении сверстников, что и явилось причиной обращения к терапевту. «Когда починят сломанные игрушки, можно будет вновь играть ими всеми вместе», — продолжила маленькая пациентка и заплакала. Так ребенок соприкоснулся с чувством печали от потери внимания родителей, которое он «заморозил», а энергия была перенаправлена на агрессию вовне, нарушая процесс контакта и развития ребенка. В работе с детьми не важны интерпретации, но важно проживание и завершение прерванного процесса. В результате этого освобождается много энергии и находится новый способ разрешения сложности в развернувшейся ситуации. Проективные методики в ходе идентификации ребенка с проекцией дают возможность достичь подобного эффекта. Игры, рисунки, лепка — основные способы разворачивания проекции.

Проекция может быть развернута и в контактной игре с терапевтом: принимая роль того или иного героя, ребенок позволяет себе в гротескной и безопасной форме развернуть процесс, который в обычной жизни останавливает. Игры в полицейских и грабителей, учителя и ученика, врача и пациента нередко доставляют ребенку истинное удовольствие для проявления собственной агрессии. Многократное проигрывание агрессивных сюжетов снимает напряжение и позволяет ребенку не только замечать, но и управлять агрессивными импульсами, обнаружив для этого разные способы в контакте с терапевтом. Для иллюстрации вспомню игру «в воспитателя» моей маленькой четырехлетней соседки, которая с большим удовольствием ставила в угол провинившегося «малыша», чью роль исполняла я.

Проективные техники тоже хороши для работы с дезинтеграцией, когда ребенок или подросток не принимает какую-то часть собственной личности, подвергая ее крайнему осуждению. Хорошая способность к критической самооценке свойственна практически всем детям: подкрепленная интроектами фрагментация отщепляет много энергии, которая тратится на борьбу с отчужденной частью. Ребенок подчас ненавидит себя, вместо того чтобы заботиться о себе, принимая и защищая свою уязвимость. Работа начинается с обозначения ненавистной части и помещения ее снаружи в виде куклы, рисунка или предмета. Это обязательное условие, потому что энергия должна быть направлена вовне, а не внутрь личности ребенка (направление, обратное интроекту). Мы побуждаем ребенка или подростка делать самые нелестные и критичные высказывания в адрес ненавистной части, что подготавливает его к следующему шагу — заботы о себе. Нередко ненавистная часть трансформируется в маленького ребенка, требующего защиты и заботы, что позволяет интегрировать ее уже не как ненавистную, а как существующую брешь или рану в собственной личности, нуждающуюся в принятии и защите. Для этого можно использовать помощников, которые вводятся в игру: феи, добрые волшебницы, крестные матери и т. д.

Идентифицируясь с этими персонажами, дети находят слова для обхождения с собственным несовершенством.

Гештальт-терапия не ориентирована на решение конкретных задач. Это процесс-ориентированный подход, в ходе которого лучшее осознание и приобретение действенного опыта позволяет ребенку в целом изменить способ контактирования. В этом заключается феномен парадоксальных изменений. Лишь приближение к самому себе делает ребенка (и взрослого) более эффективным в решении проблем, которые неизбежно ставит перед ним жизнь.

В этой небольшой главе хочется подчеркнуть еще один важный аспект в работе с детьми и подростками, отличающийся от работы со взрослыми: ребенок может побороть беспокойство и связанные с травмой чувства лишь в объеме имеющихся в его возрасте когнитивных и эмоциональных способностей и возможностей. На следующем этапе жизненного пути могут проявиться новые соматические или поведенческие симптомы, связанные с травмой, что будет указывать на необходимость психотерапевтической помощи, соответствующей возрасту ребенка. Психотерапия может напоминать восхождение в гору — то крутой подъем, то спуск, то плато, на котором следует задержаться, отдохнуть и набраться сил для дальнейшего пути.

В завершение подчеркнем, что эффективная психотерапия детей и подростков невозможна без участия родителей. Родители получают информацию о своих детях и о происхождении проблем, с которыми они обратились к психотерапевту, учатся адекватному взаимодействию с ребенком, наблюдая за его игрой с терапевтом, а также навыкам обратной связи, что профилактирует негативные интроекты. А еще они ведут переговоры со своими подрастающими детьми в присутствии терапевта, помогающего разворачивать процесс контакта между ними.

Гештальт-терапия — одно из направлений в психотерапии детей и подростков. Как любому методу, ему необходимо обучаться. Изложенные выше идеи, мы надеемся, будут полезны представителю любого направления в психотерапии.

Контрольные вопросы

1. Кто и когда основал гештальт-терапию?
2. Перечислите основные конструкты, лежащие в основе теории гештальт-терапии.
3. Что такое контакт в гештальт-терапии? Каковы способы его прерывания?

4. Какая основная цель гештальт-терапии?
5. Как гештальт-терапия определяет психопатологию?
6. Какие основные задачи решает гештальт-терапевт в работе с детьми?

Рекомендуемая литература

1. Гештальт-терапия в клинической практике: От психопатологии к эстетике контакта. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2017. — 688 с.
2. *Оклендер В.* Скрытые сокровища: Путеводитель по внутреннему миру ребенка / Пер. с англ. — М.: Когито-Центр, 2012. — 271 с.
3. *Оклендер В.* Окна в мир ребенка. — М.: Класс, 2005. — 336 с.
4. *Спаньоло Лобб М.* Сейчас-ради-потом в психотерапии. — М.: Феникс, 2015. — 367 с.
5. *Робин Ж.-М.* Быть в присутствии Другого: Этюды по психотерапии / Пер. с франц. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2008. — 288 с.
6. *Перлз Ф.* Теория гештальт-терапии / Пер. с нем. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2008. — 320 с.
7. *Джойс Ф., Силлс Ш.* Гештальт-терапия шаг за шагом: Навыки в гештальт-терапии / Пер. с англ. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2010. — 352 с.

Глава 26. Групповая психотерапия детей и подростков

Э. Г. Эйдемиллер

Групповая психотерапия (ГрПТ) — метод лечения, основанный на использовании в той или иной форме эффектов групповой динамики. Групповая психотерапия рассматривается как серия межличностных интеракций в малой группе, нацеленных на формирование у участников адекватной самооценки и целостной «Я»-концепции; *конфронтацию* с собственными неосознаваемыми проблемами, распознавание неадекватных паттернов эмоционально-поведенческого реагирования и неиспользованных личностных ресурсов; раскрытие своих переживаний и их *вербализацию*; совершенствование навыков контроля за ситуацией, научение строить отношения с другими во взаимодовольствующей манере.

В настоящее время групповая психотерапия у пациентов с нарушениями адаптации, невротическими, соматоформными расстройствами и расстройствами личности распространена во многих странах мира и относится к наиболее эффективным и экономичным методам психотерапии. Препятствием в ее использовании в одних случаях является остаточная спонтанность и гибкость психотерапевтов, их страх перед экспрессией подростков, в других — отсутствие кадров детских и подростковых психотерапевтов, системы оказания им психотерапевтической помощи.

Все существующие методы групповой психотерапии делятся на три вида: образовательные, аналитические и основанные на действии. К последнему виду относят аналитическую психодраму, *гештальт-терапию* и др. Для подростков наиболее адекватны модели групповой психотерапии, основанные на действии. Это связано с такими их психологическими особенностями, как стремление к группированию, потребность в интимности и кооперации; тревога, вызванная открытием субъективного мира и формированием образа «Я»; тяга к расширению диапазона ролевого поведения, сохраняющаяся с детства конкретность мышления и эмоциональная непосредственность. Именно из-за этих психологических особенностей применение методов группового анализа и *разговорной психотерапии* в подростковой психиатрии существенно ограничено.

По продолжительности работы выделяют два вида ГрПТ: долгосрочную (60 часов и более) и краткосрочную (от 20 до 28 часов). Показания к ГрПТ широки. Это невротические и личностные расстройства, алкоголизм, наркомания, токсикомании, нарушения адаптации, психические заболевания, среди которых — разные формы шизофрении и эпилепсии.

Противопоказания к ГрПТ относительны, в значительной мере обусловлены личностными и профессиональными качествами психотерапевта. Потребность подростков в краткосрочной групповой психотерапии значительно увеличилась за последние годы. Обстоятельств, способствовавших этому, несколько:

1) объем долговременной памяти у детей, в том числе подростков, существенно меньше, чем у взрослых; результаты, достигнутые группой на одном занятии, через несколько дней могут быть либо забыты, либо восприняты искаженно;

2) подростку трудно долго ожидать результата психотерапии; если после двух сеансов ГрПт у участников не появляется ощущение, что терапевтические цели достижимы, наступает разочарование и подчас появляется желание покинуть группу;

3) *краткосрочная психотерапия*, по сравнению с долгосрочной, имеет меньше шансов превратиться в своеобразную «экологическую нишу» для подростков, альтернативу их жизни в окружении сверстников с множеством обязанностей и потребностью в рекреации. При долгосрочной модели ГрПТ детей и подростков группа работает три-четыре раза в неделю по 1,5 часа в течение трех месяцев, при краткосрочной — 4 часа ежедневно в течение пяти–семи дней. Состав группы — 8–12 участников обоих полов. При подборе пациентов следует ориентироваться скорее на психологическую зрелость, чем на паспортный возраст. Вместе с 16–18-летними мальчиками в группу могут быть включены 14–16-летние девочки, опережающие первых по темпам созревания. Разница в возрасте между подростками одного пола не должна превышать одного года — двух лет. При обеих моделях ГрПТ групповая и личностная динамика сходная, но интенсивность процессов изменения более высокая в краткосрочных группах.

Как показывает наш опыт, краткосрочная модель групповой психотерапии оказывается эффективной, когда ей предшествует продолжительная индивидуальная психотерапия, работа с родителями в индивидуальной или групповой форме, а также проведение поддерживающей психотерапии, которая может включать в себя от одной до шести сессий продолжительностью по 2 часа.

Эффективность долгосрочной групповой психотерапии доказана катамнестическими исследованиями (Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова, 2001).

Катамнестическое наблюдение продолжительностью от одного года до трех лет показывает, что 80 % пациентов, получивших долговременную групповую психотерапию, не имеют симптомов, предъявляют хорошую социальную адаптацию и не имеют контактов с психиатрами и психотерапевтами.

Мы выделяем пять фаз группового процесса.

В первой фазе — фазе предгрупповой ситуации — у клиентов формируется мотивация на групповую психотерапию, а психотерапевт производит инвентаризацию своего личностного и профессионального опыта, чтобы максимально осознавать, кого и с какой целью он приглашает на групповую психотерапию. В этой фазе дети и подростки привыкают к стилю поведения психотерапевта, проходят необходимые психологические, лабораторные и инструментальные исследования, знакомятся с помещением, где проходит психотерапия.

Во второй фазе — фазе ориентации — группы образуются как целое и пациенты принимают правила работы, предлагаемые психотерапевтом. Участники группы выполняют упражнения, которые помогают им сплотиться, развивают их коммуникативные возможности, эмпатические навыки, тренируют способность выражать и «читать» эмоции. Для этого используются такие игры, как рукопожатие, передаваемое по кругу; называние имен вместе с «переброской» воображаемого мяча; «передачи» воображаемого предмета, а также приемы «Броуновское движение», «Горная тропа», «Лунные локаторы», «Розовый крокодил». Этому способствуют раскрытие коммуникативного значения вопросов, описательный язык и т. п.

При выполнении «Броуновского движения» все участники соединяют пальцы рук на затылке и выставляют локти вперед (своеобразные «валентности») и, вообразив себя атомом, начинают хаотически передвигаться. Психотерапевт дирижирует темпом выполнения упражнения, произнося реплики типа: «Температура 10° ... 40° ... 60° ... 100°». Периодически он предлагает участникам соединиться «валентностями» по 2, 4, 6 человек, всем вместе. Упражнение тренирует внимание, обеспечивает телесное соприкосновение и способствует возникновению чувства принадлежности к группе, снижает уровень тревоги.

Упражнение «Лунные локаторы» преследует те же цели, что и «Броуновское движение», и отвечает требованиям, предъявляемым к подбору игр в детских и подростковых группах, — играть без проигрыша. Ведущий поднимает руки вверх, согнув их в локтях, и говорит: «Это антенны. Поднимите свои антенны вверх. Так, теперь опустите. Я, лунный локатор Иван, вызываю лунного локатора Светлану». При этом ведущий поднимает руки; то же должна сделать Светлана, а соседи Ивана и Светланы должны поднять по одной руке. В свою очередь, Светлана вызывает кого-либо, и т. д.

Если кто-то ошибся в приеме передачи, он переходит на роль лунохода, становится на четвереньки и получает право кричать, толкаться, всячески дезорганизовывать игру.

В игре «Розовый крокодил» участники группы делятся на две команды. Каждая загадывает какое-нибудь эмоциональное состояние, например восторг, страх, тревогу или ситуацию. Потом команды по очереди проигрывают свои этюды без слов. Преимущество данного упражнения перед парными приемами проигрывания эмоций — в большей безопасности.

Третья фаза, обычно называемая негативно-агрессивной (Б. Д. Карвасарский, С. Ледер, 1990; С. Кратохвил, 1978), определена Э. Г. Эйдемиллером и А. И. Вовк как стадия переформулирования целей и перераспределения ответственности. Поскольку достижения каждого участника группы зависят от его внутренней мотивации на осознание проблемы и ее решение, методом опроса психотерапевт выясняет, какой процент ответственности каждый подросток берет на себя, а что оставляет группе или психотерапевту. Прояснить, какие скрытые чувства друг к другу и к психотерапевту есть у участников, можно с помощью социографических игр и приемов, инсценирования сказок, терапевтических метафор. Уточняются цели, которых хочет достигнуть каждый участник и группа в целом.

В четвертой фазе — фазе решения индивидуальных проблем — с помощью приемов аналитической психодрамы и гештальт-экспериментов участники группы имеют возможность осознать и разрешить свои проблемы.

Как правило, участники углубленно прорабатывают проблемы поло-ролевой идентичности, эффективности в семейных ролях и в роли «какой я есть на самом деле».

В пятой фазе — фазе экзистенциального выбора — дети и подростки обсуждают достигнутые результаты и способы их достижения, смысл своего бытия и индивидуального предназначения.

Стиль поведения психотерапевта в краткосрочной ГрПТ — директивный, в долгосрочной — меняется от роли «активного руководителя» к роли «посредника» и «члена группы».

При разработке и апробации модели онтогенетически-ориентированной групповой психотерапии мы сформулировали следующие принципы формирования групп и подбора их членов:

- 1) принцип парности однотипных акцентуаций личности (для равномерного созревания группы и эффективного ее функционирования целесообразно подбирать в группы пары однотипных акцентуантов; это обеспечивает лучшую идентификацию личностных проблем участников);
- 2) принцип клинико-психологического разнообразия участников, включаемых в психотерапевтическую I группу;

- 3) принцип формулирования терапевтического запроса, учитывающий психологическую незрелость, когнитивные особенности и редуцированность навыков социальной кооперации (психотерапевтические метафоры, *проективный рисунок*, психодраматическое моделирование);
- 4) использование приемов «присоединения»: установление психологического контакта с участниками психотерапевтической группы (синхронизация дыхания, приемы «мимезиса», калибровка эмоциональных состояний, отслеживание глазодвигательных реакций);
- 5) обучение участников групповой психотерапии двухуровневой *обратной связи*, содержащей вербальную и невербальную информацию;
- 6) принцип интегративности (комплексное применение психологических механизмов *групповой динамики*, гештальт-экспериментов и *психодрамы*);
- 7) использование эффекта трансового изменения сознания у участников психотерапии, чему в значительной степени способствуют совпадение терапевтических целей, возрастная психологическая совместимость членов группы и эмоциональная сплоченность;
- 8) принцип иерархизации приемов, направленных на выявление, исследование и коррекцию агрессивности участников группы (моторные разминки «Жмурки», «Жучок» и другие игровые приемы, а также использование метафор и психодраматических игр «Аисты и лягушки», «Собаки и кошки», «Звездные войны», «Психоскульптуры» и пр.);
- 9) принцип «здесь и сейчас» (принципиальный отказ от биографической направленности ГрПТ, что важно для детей и подростков, поскольку отдаленное будущее заблокировано, а прошлое редуцировано в субъективном мировосприятии либо переполнено негативными проекциями);
- 10) принцип сбалансированности в исследовании негативного и позитивного опыта участников психотерапии (во время подготовки к психотерапии и на ее сеансах участники отвечают на вопрос, какие негативные и позитивные последствия приносили в их жизнь симптомы или неразрешенные личностные проблемы. Автор создал принципиально важную для детской и подростковой психотерапии парадигму: ничто из пережитого и переживаемого не может быть редуцировано; наоборот, пациент стимулируется к исследованию того, как он адаптируется с помощью симптома и как будет адаптироваться, трансформировав энергию симптома в другие, более зрелые и многовариантные формы поведения);
- 11) принцип баланса структуры и содержания, ответственности за результат психотерапевта/группы при проведении ГрПТ (директивность стиля психотерапевта и его ответственность за структуру занятий, сменяемая приемом «следование за спиной» участника, который, в свою очередь, отвечает за содержание сеанса и свой результат).

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятию групповой психотерапии.
2. Чем отличаются модели краткосрочной и долговременной психотерапии?
3. Каковы основные фазы групповой динамики?
4. Перечислите основные принципы групповой онтогенетически-ориентированной психотерапии.

Рекомендуемая литература

1. *Абабков В. А., Карвасарский Б. Д.* Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. 3-е изд. — СПб.: Питер, 2006. — 944 с.
2. *Карвасарский Б. Д., Абабков В. А., Исурина Г. Л.* Психотерапия: Учебник для вузов / Под ред. Б. Д. Карвасарского. 4-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Питер, 2012. — 674 с.
3. *Ялом И.* Теория и практика групповой психотерапии. — СПб.: Питер, 2018. — 640 с.

Глава 27. Когнитивно-поведенческая психотерапия в работе с детьми, подростками и их родителями

М. Ю. Городнова

Когнитивно-поведенческая психотерапия в своем становлении и развитии отражает процессы развития научной мысли, общества, культуры, философии и самой личности. В настоящее время выделяют три волны ее развития, каждая из которых вооружила и вооружает подходами и техниками в совладании с болезненными проявлениями. В детской практике в большей степени используются поведенческие методики, с подростками — когнитивные, а когда приходит время принимать неизбежные ограничения вследствие невосполнимых потерь (близких, собственного здоровья), в процесс совладания вступает принятие и осознанность, что активно привносится в так называемую третью волну когнитивно-поведенческой психотерапии. Теперь обо всем по порядку.

Поведенческая психотерапия (первая волна) опиралась на классические поведенческие теории, берущие свое начало в строгом научном эксперименте с четкой фиксацией наблюдаемых явлений и игнорированием того, что этому не поддается. По своей сути это отражает процесс взаимодействия матери и ребенка: мать в заботе опирается на ответные действия младенца и регулирует их своими действиями. Теории научения стали следующей базой для развития рассматриваемого подхода, что неизбежно привело к исследованию когнитивного процесса.

Выделяют три типа поведения: инстинктивные стойкие реакции, безусловно-рефлекторные стойкие реакции и приобретенные реакции, которые тоже могут быть довольно стойкими при определенных условиях. Отцом бихевиоризма, основателем науки о поведении, признанным во всем мире, является И. П. Павлов. В своей *теории классического обусловливания* он доказал, что новые формы поведения могут возникать в результате установления связи между врожденными формами поведения (или безусловными рефlekсами) и новым (условным) раздражителем, который изначально является нейтральным по отношению к организму. В известном эксперименте

с животными таким нейтральным стимулом выступал свет электрической лампочки во время кормления животного. Для формирования условной реакции необходимо соблюдать ряд условий: совпадение во времени предъявляемых стимулов (нейтрального и безусловного), достаточное по времени и постоянно сочетанное их предъявление. Так формируется условный рефлекс первого порядка, на основе которого можно формировать условные рефлексы второго и третьего порядка, что определяет картину поведения в целом. При отсутствии безусловного стимула происходит угашение сформированной условной реакции. Примером служат опыты с собаками, в которых предъявление корма в сочетании со световым сигналом формировало реакцию выделения слюны у животных, что в дальнейшем происходило и при изолированном предъявлении условного раздражителя. Однако даже при сформировавшейся условной реакции отсутствие безусловного раздражителя (корма) приводило к исчезновению (угашению) условно-рефлекторного поведения. На основании теории классического обусловливания и собственных практик А. Сальтер предложил условно-рефлекторную терапию в работе с заторможенными клиентами.

А. П. Федоров выделяет следующие требования для формирования условно-рефлекторной реакции:

1. Смежность, с опережением нейтрального стимула перед безусловным стимулом.
2. Повторение действий сочетанных стимулов.
3. Высокая потребность, лежащая в основе безусловной реакции.
4. Достаточно сильный нейтральный стимул.
5. Учет того, что насыщенный общий фон и обилие посторонних раздражителей затрудняют выработку условных рефлексов.

В формировании условно-рефлекторного поведения большую роль играет *процесс генерализации* — распространение поведения на ситуации иные, нежели те, в которых оно было приобретено. Данный феномен описал Дж. Уотсон, изучавший эмоции младенцев. Вместе с Р. Рейнер он экспериментально доказал возможность генерализации страха белых мышей у 11-месячного младенца, который до этого был к ним абсолютно безразличен. Сочетанное предъявление безусловного раздражителя (громкий звук) и белой мышки вызывало страх и плач маленького Альберта; в дальнейшем страх сохранялся при предъявлении ранее нейтрального стимула и распространился на предъявление других белых объектов (кролика, листа бумаги и т. д.). Сформировавшаяся реакция обусловленного страха весьма стойкая и сложно поддается коррекции. Основой для этого является создание условий: предъявление условного стимула в момент, когда пациент максимально спокоен. На основе условно-рефлекторной теории возникновения страхов Дж. Вольпе разработал методику систематической десенсибилизации, в ко-

торой мышечное расслабление выступало в роли противообуславливающей страху процедуры.

Возникновение и формирование поведения в результате стимула — не единственный путь. Само поведение является стимулом для среды, которая дает свой ответ на поведение. Это *закон эффекта Э. Л. Торндайка*, который утверждает, что когда после поведения следуют приятные последствия, появляется тенденция к его повторению, а если следуют неприятные или неудовлетворительные последствия, происходит отказ от повторения. Иными словами, поведение закрепляется его результатом. Развитие этих идей находим в теории *оперантного обуславливания В. Ф. Скиннера*. Организм активно воздействует на среду, оперирует с ней и получает некий результат. То есть речь идет о подкреплении или наказании поведения («пряник» и «кнул»). Подкрепление бывает двух видов — позитивным и негативным. Но и то и другое поддерживает предъявляемое поведение. *Позитивное подкрепление* — награда, которая приносит удовольствие или удовлетворение, так называемый закон выгоды (приобретения). *Негативное подкрепление* — изъятие из среды неприятных для организма стимулов, прекращение или предупреждение действия неприятных последствий. Например, когда холодно, мы надеваем шапку, что позволяет избавиться от неприятного стимула. Негативное подкрепление лежит в основе избегающего поведения. *Наказание* — прямой ответ среды, как правило, неприятный и болезненный; оно носит название авersiveного стимула («кнул»). Примером здесь может служить удар током при непроизвольном мочеиспускании, что предлагалось использовать в лечении энуреза. По мнению В. Ф. Скиннера, наказание не всегда эффективно в редуцировании поведения, так как организм активно ищет способы ухода от него, и новое поведение подкрепляется средой. Любое подкрепление напрямую связано с удовлетворением потребности организма, именно поэтому при проведении поведенческих вмешательств с подкреплением его выбор должен быть желаем тем, чье поведение корректируется. Иными словами, «человек должен нуждаться в “прянике” и хотеть его».

Важным понятием в поведенческой терапии является понятие *дискриминационного научения* — различение стимулов позволяет научиться тому, что является подходящим (неподходящим) поведением в данной ситуации. Для формирования поведения нужны соответствующие схемы подкрепления. В. Ф. Скиннер выделил четыре схемы: режим с фиксированной пропорцией; режим с фиксированным интервалом; режим с изменяющейся пропорцией; режим с изменяющимся интервалом. Постоянные режимы подкрепления необходимы для формирования нового поведения, непостоянные закрепляют существующее. Этот закон следует помнить, давая рекомендации родителям. Их непоследовательные действия поддерживают и закрепляют существу-

ющее поведение, для его модификации требуется постоянная система подкрепления нового желаемого поведения. А при сформированном новом желаемом поведении надо уходить на непостоянную схему подкрепления. Наиболее резистентным к угасанию является поведение, сформированное в результате подкрепления (*оперантное обусловливание*), именно в результате схем с переменным интервалом и переменным соотношением, а не сформированные в результате стандартного стереотипного сочетания раздражителей (*классическое обусловливание*).

Обучение методам подкрепления в поведенческой терапии детей и подростков играет главенствующую роль. Родителей обучают взаимодействию с ребенком, при котором они активно подкрепляют желаемое поведение и игнорируют нежелаемое. Поведение, которое не подкрепляется, в конечном итоге угасает.

Поведение формируется не только в результате действия стимула или оперантного научения (ответ среды), но и в результате социального научения. *Теория социального научения Альберта Бандуры* подчеркивает, что поведение человека обусловлено постоянным взаимным влиянием поведенческих, когнитивных и средовых факторов, то есть формируется посредством *викарного обусловливания*. Существует два его вида — классическое и оперантное. При *классическом викарном обусловливании* научение происходит в результате подражания действиям эмоционально значимой фигуры. Например, девочка подражает маме, наряжаясь перед зеркалом. При *инструментальном обусловливании* научение происходит в результате наблюдения не только за действиями Другого, но и за ответами среды на них. Все это позволяет выбрать подходящее оперантное поведение. Данный процесс уже задействует когниции, операции анализа и синтеза.

Викарное научение — это научение в результате взаимодействия и наблюдения за действиями других людей. Известно, что активнее происходит подражание особям, находящимся на более высоких ступенях иерархии (подростки подражают кумирам или лидерам своей референтной группы). Вероятность копирования действий модели повышается, если предмет подражания доступен для контакта (практика, когда знаменитости выходят к обычным людям, чтобы поделиться примером в совладании с какой-либо проблемой). Важный момент теории научения — наличие *самоподкрепления*, это ведущий способ регуляции поведения у взрослых. Помимо самоподкрепления, существует и *самонаказание*, выбираемое человеком, желающим избавиться от той или иной формы неподходящего поведения. Так формируется *самоконтроль*. На основе теории научения строятся психотерапевтические программы для работы детских и подростковых групп. Их лечебным фактором выступает моделирование поведения при позитивном подкреплении со стороны ведущего и участников.

Начиная с теории социального научения, интерес к когнитивным процессам положил начало второй волне когнитивно-поведенческой психотерапии, а именно когнитивной психотерапии. Целью поведенческой психотерапии является модификация внешнего поведения, когнитивной — изменение неэффективных способов мышления. Тренировка поведения используется для закрепления достигнутых на когнитивном уровне изменений.

Когнитивная психотерапия — один из самых широко распространенных методов работы среди отечественных врачей-психотерапевтов, что определяется ее привлекательностью для всех участников.

Во-первых, это обучающее направление как для специалиста, так и для пациента. Отношения учитель — ученик, лежащие в основе когнитивной модели, заманчивы для пациента, который желает овладеть контролем над собственным поведением и жизнью. Помимо этого, модель «лишает» его статуса больного, способствуя субъект-субъектным отношениям в терапии.

Во-вторых, врачам доступно достаточно большое количество переведенных на русский язык книг признанных зарубежных авторов — представителей когнитивной терапии второй волны: А. Бека и Дж. Бек, А. Эллиса, А. Лазаруса.

В-третьих, есть возможность самообучения данному методу (и для психотерапевта, и для пациента, который становится «сам себе терапевтом»). Безусловно, лучшее обучение — это обучение в рамках длительного овладения методом под руководством сертифицированных когнитивных терапевтов и супервизоров, прохождение собственной терапии, но такой вид обучения малодоступен для большинства специалистов.

В-четвертых, когнитивная терапия весьма структурированная, что позволяет снизить уровень тревоги, свойственный как начинающему терапевту, так и пришедшему к нему пациенту. Именно структурированность является важной поддержкой и лечебным инструментом для всех участников терапии.

В-пятых, когнитивная терапия опирается на высокую активность пациента и имеет в своем арсенале множество упражнений; ее обязательным элементом является выполнение домашних заданий.

При работе с детьми когнитивная терапия менее востребована в силу возрастных особенностей становления и развития когнитивных способностей, но, начиная с младшего подросткового возраста элементы когнитивной терапии могут применяться в разрешении их затруднений, а в работе с подростками она может быть и терапией выбора. Психообразовательный подход при работе с родителями полностью опирается на когнитивную терапию, как и группы социально-психологического тренинга.

Теория и методология когнитивной психотерапии

По мнению известного американского теоретика и преподавателя психологии Н. Смита, **когнитивная психология**, определяющая теоретическую базу когнитивной терапии, относится к органоцентрическим системам психологии и доминирует со второй половины XX века. Ее конструктами являются: обработка информации, разум, сознание, мозговая каузация (brain causation) и внутренняя репрезентация. Когнитивная психология перенесла акцент на внутреннюю причинность в противовес внешней причинности, акцентируемой S-R бихевиоризмом. Следует отметить, что когнитивная психология представляет собой не единую систему, а целый ряд в разной степени согласующихся между собой концепций. Также когнитивная психология является частью когнитивной науки — междисциплинарного подхода, включающего в себя психолингвистику, философию, антропологию, нейропсихологию и теорию вычислительных систем.

Наше изложение темы базируется на постулатах когнитивной психологии, теории и практике когнитивной терапии А. Бека. Она была распространена во второй половине XX века и продолжает быть начале XXI столетия. В этом учебнике мы уделим основное внимание классической когнитивной терапии, разработанной А. Беком и прекрасно изложенной в руководстве его дочери Джудит Бек.

Согласно **когнитивной теории** А. Бека, «ключ к пониманию и решению психологических проблем лежит в сознании пациента»:

- проблемы возникают из-за искажений реальности, основанных на ошибочных предположениях и допущениях;
- неправильные представления возникают в результате неправильного научения;
- при патологии на переработку информации влияет систематическое предубеждение, специфичное для каждой формы патологии.

Структура личности, в соответствии с когнитивной теорией А. Бека, состоит из четырех слоев; каждый следующий слой более глубокий и трудный для исследования и реконструкции (рис. 27.1).

Ядро личности определяют **глубинные убеждения** (абсолютизированные, обобщенные, укоренившиеся представления пациента о себе и окружающих). Дж. Бек выделяет две категории ядерных убеждений — беспомощности и неприятия. Примером первой могут служить убеждения: «Я беспомощен», «Я бессилен», «Я не контролирую ситуацию», «Я слаб», «Я в ловушке», «Я ни на что не способен» и др. Ко второй категории относятся убеждения: «Меня не любят», «Я непривлекателен», «Я нежеланный», «Меня не хотят», «Обо мне не заботятся», «Я плохой», «Я ненужный» и другие.



Рис. 27.1. Структура личности по А. Беку

Промежуточные убеждения формируются на основе глубинных убеждений. Они зачастую не поддаются четкому выражению словами и включают *отношения, правила и предположения*. Узнать их можно по ключевым словам (в приведенном ниже примере выделены курсивом). Так, промежуточные убеждения отношения начинаются со слов, выражающих отношение к глубинному убеждению. Правила определяют, как обходиться с имеющимся глубинным убеждением, а предположения указывают на то, что произойдет (или нет) в том или ином случае. Приведем пример на основе глубинного убеждения «Я не контролирую ситуацию». Отношение: «*Ужасно*, когда теряешь контроль». Правило: «*Нужно* все контролировать». Предположение: «*Если* я потеряю контроль, *то* моя жизнь рухнет». Такая композиция формируется конкретным личным опытом, и в случае иного жизненного пути могут сложиться иные промежуточные убеждения. Например: «*Ужасно*, когда тебя контролируют», «*Надо* во что бы то ни стало избавляться от контроля», «*Если* меня будут контролировать, *то* я буду несвободен». Таких комбинаций огромное множество, именно они влияют на восприятие человеком ситуации, которое, в свою очередь, определяет способ его мышления, а затем — эмоции (переживания), выбор и поведение. Следует отметить, что базальная схема — связь глубинных и промежуточных убеждений — индивидуальна для каждой личности и формируется в результате взаимодействия с миром и другими людьми, что приводит к формированию и усвоению определенных выводов, то есть убеждений, точность и функциональность которых могут варьировать. Как правило, особую роль в формировании глубинных и промежуточных убеждений играет

ранний опыт общения с близкими. Однако когнитивный терапевт уверен, что человеку под силу отказаться от дисфункциональных убеждений и приобрести новые, которые будут более функциональными и реалистичными. Этой цели можно достичь в процессе когнитивной терапии. По убеждению А. Элисса, «только в результате упорной работы можно достичь изменений иррациональных установок».

Автоматические мысли — это поток мышления, который существует параллельно с более явным потоком мыслей. Дисфункциональные автоматические мысли почти всегда негативны, кроме случаев, когда пациент страдает манией или гипоманией, нарциссическим расстройством либо употребляет психоактивные вещества (ПАВ). Автоматические мысли мимолетны и обрывочны, пациент замечает лишь «хвост» — эмоциональную реакцию, которая возникла в ответ на мысль, точнее, на ее содержание. Автоматические мысли могут принимать вербальную и визуальную формы, иметь стенографический вид и звучать в форме вопроса: «Ну нет!», «Что это?» и т. д. Автоматические мысли не подвергаются критике, а чаще они вовсе не осознаются. Но именно с них начинается работу когнитивный терапевт, так как они наиболее близки к осознанию, а значит, и к коррекции.

Когнитивные искажения — это систематические ошибки в суждениях. По данным разных авторов, их более 30 видов. Самые распространенные — следующие:

- персонализация — интерпретация событий в аспекте личных значений. «Все говорят обо мне»;
- дихотомическое мышление — мышление крайностями. «Либо все, либо ничего»;
- выборочное абстрагирование (извлечение) — придание огромной важности детали, извлеченной из контекста, при игнорировании другой информации. «Если мать не пришла в больницу, это значит, что она меня не любит»;
- произвольное умозаключение — бездоказательное или противоречащее очевидным фактам. «Я не смогу сдать экзамен»;
- сверхгенерализация — неоправданное обобщение на основе единичного случая. «Все больные»;
- катастрофизация — преувеличение последствий каких-либо событий. «Не поступлю в колледж — крест на моем будущем»;
- увековечивание — превращение кратковременных явлений в долговременные. «Я навсегда останусь никому не нужным»;
- поиск виноватого — поиск того, кого можно обвинить, когда что-то не ладится. «Во всем виноваты мои родители»;
- перфекционизм — желание быть во всем первым. «Делать лучше всех»;
- претензии на титул — стремление быть исключительным. «Не царское это дело!»

Систематические ошибки мышления улавливаются в речи и могут служить материалом для обсуждения и коррекции в случае их ригидности.

Когнитивная концептуализация

Когнитивный терапевт работает с когнитивной концептуализацией случая. Это обеспечивает ему точку отсчета для последующего глубокого понимания пациента. Терапевту стоит поразмышлять над следующими вопросами, обозначенными Дж. Бек:

- Чем страдает пациент? Каков его диагноз?
- Каковы его текущие проблемы? Как они возникли и за счет чего существуют?
- Какие дисфункциональные мысли и убеждения пациента поддерживают эти проблемы? Какие реакции (эмоциональные, физические и поведенческие) возникли в результате такого искаженного мышления?

Затем терапевт формулирует гипотезу о причинах возникновения у пациента данного расстройства:

- Какие установки, усвоенные в раннем возрасте, пережитый опыт и, вероятно, генетические факторы способствовали возникновению проблем?
- Каковы глубинные убеждения пациента (включая отношения, ожидания и правила), а также каковы его типичные мысли?
- За счет каких когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов, позитивных и негативных, пациент уравнивает свои дисфункциональные убеждения? Как он воспринимал (и воспринимает) себя, окружающих людей, свой внутренний мир и свое будущее?
- Какие стрессовые факторы могли способствовать возникновению его психологических проблем или нарушить его способность их разрешать?

Терапевт приступает к созданию когнитивной модели в самом начале терапии и работает с ней на протяжении всего курса, постоянно уточняя и дополняя. Пациент является активным участником ее создания, изменения собственного мышления и поведения возможны лишь при его принятии когнитивной модели.

Согласно *когнитивной модели*, эмоции и поведение людей зависят от восприятия ими разных жизненных обстоятельств. Как подчеркивали теоретики когнитивной терапии А. Бек и А. Эллис: «Не события сами по себе определяют самочувствие людей, а способ, которым они их *истолковывают*».

Цели когнитивной терапии:

- исправление ошибочной переработки информации (систематические ошибки мышления);
- выявление автоматических мыслей, их оценивание и реконструкция;
- выявление промежуточных убеждений, оценивание и реконструкция;
- выявление глубинных убеждений, оценивание и реконструкция.

Этапы когнитивной терапии

Установление контакта. Знакомство

Последнее слово определяет способ достижения цели данного этапа — установление рабочего альянса. Терапевт не только знакомится с пациентом, но и знакомит его с методом когнитивной терапии, раскрывая его основу — когнитивную модель, которая предполагает, что все психологические нарушения личности основаны на искаженном или дисфункциональном мышлении (которое, в свою очередь, искажает эмоции и поведение пациента). Известная модель ABC демонстрируется на примере, представленном самим пациентом. Подчеркивается, как дисфункциональные мысли влияют на его эмоциональную реакцию и дальнейшее поведение.

Идентификация (распознавание) эмоций

Довольно часто приходится видеть пациентов, которые плохо распознают свои эмоции. Очень часто вместо обозначения переживания они интерпретируют свое состояние или озвучивают свои мысли и представления, делают выводы. Мы называем это «сжиманием» когнитивного процесса и предлагаем его «распаковать», идентифицируя событие, мысль и эмоцию. Ведь эмоция является ключевой, сигнальной к идентификации и предшествующей автоматической мысли, а не следующей за ней. Для этого мы знакомим пациентов с разными эмоциональными состояниями и учим их идентифицировать. Этой цели можно посвятить от одного до трех занятий, с предложением начать вести Дневник чувств.

Для оценки интенсивности эмоции используется шкальная методика, результаты которой вносятся в График настроения. Данный инструмент является как обучающим, так и корректирующим и оценивающим динамику состояния пациента. Его можно комбинировать с различными составляющими, например с оценкой выраженности тревоги, страха, печали, злости, или любой другой эмоциональной реакции, а также тяги к употреблению психоактивных веществ или аддиктивной деятельности (игре, покупкам и т. п.).

Инструкция к построению Графика: отметьте на графике точку максимально хорошего настроения. Для этого вспомните ситуацию, когда вы испытывали максимально позитивные переживания, ваше настроение было максимально хорошим. Затем отметьте на графике точку максимально плохого настроения, связав его с конкретной ситуацией. После этого, отталкиваясь от выставленных ориентиров, отметьте на графике актуальное настроение. Делайте это трижды в день, до следующей встречи.

Работа с автоматическими мыслями

Когнитивная терапия опирается на приемы, предполагающие осознанную и структурированную оценку автоматических мыслей, в том числе при наличии сопутствующих негативных эмоций. Необходимо выявить характерные для пациента дисфункциональные мысли, которые искажают восприятие им реальности, вызывают негативные эмоции и препятствуют достижению поставленных целей. Эмоции, которые он испытывает, прямо связаны с содержанием его автоматических мыслей. Этот постулат важно неоднократно повторить, начиная работать с пациентом.

Выявление и оценка автоматических мыслей происходит во время сессии, при совместном с терапевтом анализе воспоминаний пациента, его представлений (образов), проведения ролевых игр или построения гипотез, а в дальнейшем (при освоении навыка) самостоятельно при встрече с проблемными ситуациями. В обоих случаях ключом к выявлению автоматической мысли является основной вопрос когнитивной терапии «О чем ты сейчас подумал?», который терапевт задает в момент появления «здесь и сейчас» эмоциональной реакции пациента (или ее знаков — физиологической реакции). Работая с воспоминаниями и представлениями, в ролевой игре мы предлагаем пациенту вести рассказ в настоящем времени, что позволяет актуализировать процесс. Таково действие принципа «здесь и сейчас».

Прежде чем приступить к работе с выявленной автоматической мыслью, терапевт определяет, действительно ли эта мысль заслуживает внимания. Он задает пациенту следующие вопросы:

1. Насколько вы сейчас доверяете этой мысли (0–100 %)?
2. Какие чувства и эмоции возникают у вас из-за этой мысли?
3. Насколько интенсивны эти эмоции (0–100 %)?

В случае большой интенсивности соответствующей негативной эмоциональной реакции и высокой степени доверия автоматической мысли терапевт предлагает пациенту оценить ее.

Автоматические мысли оцениваются по критериям *достоверности* и *выгоды*. Основным методом работы является работа с бланком дисфункциональных мыслей. Для поиска адаптивного ответа используются вопросы об автоматических мыслях (Дж. Бек):

1. Каковы доказательства, поддерживающие эту идею?
2. Каковы доказательства, противоречащие этой идее?
3. Существует ли альтернативное объяснение?
4. Что самое плохое может произойти? Смогу ли я пережить это? Что самое лучшее может произойти? Каков самый реалистичный исход?
5. Каковы последствия моей веры в автоматическую мысль?

6. Каковы могут быть последствия изменения моего мышления?
7. Что я должен делать в связи с этим?
8. Что я могу посоветовать... (имя друга), который находится в такой же ситуации?

Работа с промежуточными и глубинными убеждениями

Подход напоминает работу с автоматическими мыслями и следует тому же алгоритму: выявление, оценка, реконструкция. Важно, чтобы к моменту начала работы с промежуточными убеждениями пациент владел навыком работы с автоматическими мыслями, следуя когнитивной модели. Слишком раннее начало может привести к неудаче и снизить доверие к методу. Ведь промежуточные и глубинные убеждения — более стойкие и менее доступны критике. Они существуют как само собой разумеющиеся конструкты и имеют давнюю «историю» формирования. Работа с ними продолжается в когнитивной концептуализации случая. Вместе с пациентом ведется поиск ответов на вопросы:

- Как возникло глубинное убеждение и за счет чего оно поддерживалось?
- Какой жизненный опыт (особенно детский) мог способствовать возникновению и поддержанию данного глубинного убеждения?
- По каким правилам живет пациент?

На основе промежуточных убеждений пациент формирует компенсаторные стратегии, то есть поведение, которое ему позволяет справиться с неприятными для него негативными глубинными убеждениями.

Главные предположения пациента (если..., то) часто *связывают* его компенсаторные стратегии с глубинным убеждением: «Если я [использую свою компенсаторную стратегию], [мое глубинное убеждение не станет реальностью]. Однако если я [*не* использую свою компенсаторную стратегию], [мое глубинное убеждение *может* стать реальностью]». Это так называемые позитивные и негативные компенсаторные стратегии.

Диаграмма когнитивной концептуализации должна быть понятна как терапевту, так и пациенту. Ее необходимо постоянно уточнять и исправлять по мере поступления новых сведений. В диаграмму вносятся не только предположения, но и правила, и оценки. Терапевт представляет диаграмму пациенту в качестве техники, позволяющей разобраться в актуальных для него реакциях и ситуациях. Важно обратить внимание пациента на то, что убеждения *усваиваются* в процессе приобретения жизненного опыта, а не присущи человеку от природы, а следовательно, их можно пересмотреть и изменить.

Создание новых убеждений — *совместный* процесс. Чтобы правильно выбрать стратегию изменения старой идеи, терапевт мысленно формулирует более адаптивное убеждение и обсуждает его при заинтересованности пациента. Убеждение должно быть интегрировано пациентом, чтобы стать новым ядром для создания более адаптивной схемы. Показателем принятия им убеждения является высокая степень доверия к этой мысли и улучшение эмоционального состояния.

Другие техники, которые используют в реконструкции дисфункциональных убеждений: поведенческий эксперимент, ролевая игра, когнитивный континуум, использование окружающих в качестве ориентира.

Завершение когнитивной терапии

Завершение когнитивной психотерапии совпадает с обретением пациентом навыка отслеживать и реконструировать свое дисфункциональное мышление. Последовательный алгоритм ответов на вопросы позволит ему лучше ориентироваться в собственной жизни и ситуации: что я сейчас переживаю; что произошло до этого; что я после этого подумал и что это значит для меня; что дает мне это значение и насколько я ему доверяю; зачем мне так думать; что мне больше подходит в данной ситуации.

Мы описали алгоритм индивидуальной работы с пациентом. При работе с родителями и группой в большей степени используются техники диспута, конструктивного спора, ролевых игр, мозгового штурма.

Когнитивная психотерапия третьей волны

В третьей фазе развития когнитивно-поведенческой психотерапии, начавшей в 1990-е годы, в фокус исследования больше входят эмоции, отношения, интеракции, темы ценностей и смыслов, духовность. На место модификации поведения и когниций пришла ориентация на принятие болезненных феноменов и осознание того, что мысль перестала быть реальностью. Поведенческая терапия включила в себя методы из других традиций: гештальт-терапии, глубинной психологии, разных медитативных практик. К основным течениями третьей волны относятся:

1. Когнитивная терапия, основанная на осознанности, Дж. Тисдейл с соавторами — Mindfulness Based Cognitive Therapy (Segal et al., 2002).
2. Основанная на осознанности редукция стресса Дж. Кабат-Зинна — Mindfulness Based Stress Reduction (Kabat Zinn, 1990).

3. Терапия принятия и ответственности С. Хейса — Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999).

4. Метакогнитивная терапия Э. Велш — Metacognitive Therapy (Clark, Wells, 1994).

5. Диалектико-поведенческая терапия М. Линехан — Dialectical behavior therapy (DBT) (Linehan, 1996).

6. Функционально-аналитическая терапия Р. Кохленберга, М. Тсаи — Functional analytic psychotherapy (FAP) (Kohlenberg, Tsai, 1991).

7. Схемотерапия Д. Янга — Schema Therapy (Young, 1990).

8. Десенсибилизация и переработка движениями глаз Ф. Шапиро — Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro, 1989).

Четыре первых направления психотерапии сближает акцент на необходимости развития способности к принятию пациентами своего неприятного субъективного опыта. Концепт Mindfulness — «безоценочное осознание» — это безоценочный процесс восприятия того, что сейчас происходит во внутреннем или внешнем мире, что позволяет принять это как некую данность. Это любопытство пациента, созерцающего внутренние и внешние процессы, независимо от их положительной или отрицательной окраски. Мысли и чувства, как времена года, текучи; они приходят и уходят, не нуждаются ни в критике, ни в подавлении. Безоценочное осознание сознательно противостоит тенденции оценивать, критиковать, искать причины, планировать, предугадывать и т. п. Целью данной практики является сам процесс восприятия и развитие способности принимать то, что сейчас есть, как нечто ценное и преходящее. По мнению А. Б. Холмогоровой (2016), техники третьей волны после осознания и фиксации происходящих внутренних процессов направлены на развитие способности к их отстраненному осознанию в качестве внутреннего субъективного, не тождественного реальности опыта, но без попыток борьбы с ним и его изменения.

В терапии принятия и ответственности (Acceptance and Commitment Therapy) наряду с Mindfulness используется диффузия — создание дистанции с негативными интенсивными мыслями для достижения поставленной цели. Созданная в ходе эволюции «мыслительная машина», направленная на распознавание проблемы, поиск ее причин и устранение (необходимая стратегия выживания человечества), генерализировалась на область внутреннего мира и стала неэффективным способом в опознавании тяжелого переживания как проблемы, которое есть не что иное, как преходящий феномен, не требующий совладания. Поиск причин переживания, создание стратегий по его устранению, поиск возможности избегать чувств, возвращение к прошлому и тревога перед будущим для предотвращения негативных чувств и т. д. — все это приводит к развитию психического расстройства.

Именно поэтому важно направленное развитие способности принять и быть готовым испытывать, в том числе сильные негативные эмоции, развитие способности различать естественное страдание (горе, страх неудачи, сомнения и т. п.) и поддельное. Разработан ряд техник диффузии и описаны ситуации, в которых имеет смысл дистанцироваться от своих мыслей, что позволяет действовать вопреки им. Восприятие себя как постоянно меняющегося потока и наблюдателя процесса, принятие ответственности за реализацию собственных целей, обусловленных настоящими ценностями, и есть конечные цели терапии принятия и ответственности.

Важность терапевтических отношений в изменении поведения пациента подчеркивают представители функциональной аналитической терапии и диалектико-поведенческой терапии. Фокусом внимания терапевта становится не форма, а функция поведения.

Схемотерапия интегрировала в себя когнитивно-поведенческую терапию, психоаналитическую теорию объектных отношений, теорию привязанности и гештальт-терапию. Десенсибилизация и переработка движениями глаз (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) — подход разработан для лечения посттравматического стрессового расстройства, основан на нейрофизиологических феноменах билатерации и эффектах фазы быстрого сна. Проживание одновременно двух процессов — рассказа о травматическом событии и принудительного ритмичного движения глаз (терапевт просит фиксировать внимание на звуке или кинестетическом ритмичном раздражителе) — приводит к переработке травмы, снижению уровня тревоги и обнаружению ресурсов для совладания с ней. Последовательное движение за ощущениями, чувствами и когнициями пациента в сочетании с описанной процедурой позволяет подойти к первичному травматическому событию, что расширяет возможности данного подхода в работе с пациентами разных нозологических групп и возрастов. Строгие протоколы, доказательность и воспроизводимость результатов сделали данный подход востребованным страховыми компаниями, пациентами и врачами, что обеспечивает его современное развитие.

Контрольные вопросы

1. Какова цель поведенческой психотерапии?
2. Назовите основные теории, лежащие в основе поведенческой терапии.
3. Опишите теорию личности в когнитивно-поведенческой терапии второй волны.
4. Какие направления третьей волны когнитивно-поведенческой терапии вы знаете?

Рекомендуемая литература

1. *Бек Дж.* Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. — СПб.: Питер, 2018. — 416 с.
2. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под общей ред. проф. Ю. С. Шевченко. — СПб.: Речь, 2003. — 552 с.
3. *Добсон Д., Добсон К.* Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии. — СПб.: Питер, 2021. — 400 с.
4. *Кабат-Зинн Дж.* Куда бы ты ни шел — ты уже там: медитация полноты осознания в повседневной жизни / Пер. с англ. М. Белобородовой. — М.: независимая фирма «Класс», издательство Трансперсонального института, 2001. — 208 с.
5. *Ромек В. Г.* Поведенческая психотерапия: Учебное пособие для вузов. — М.: ЮРАЙТ, 2018. — 192 с.
6. *Лайнен М.* Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. М., СПб., Киев, 2008. — 590 с.
7. *Власов Е. А.* Руководство по EMDR. Институт консультирования и системных решений, 2020. — 512 с.
8. *Янг Д., Клоско Д., Вайсхаар М.* Схемотерапия: Практическое руководство. М.: Диалектика, 2020. — 464 с.

Глава 28. Телесно-ориентированная психотерапия в работе с детьми, подростками и их родителями

М. Ю. Горднова

Телесно-ориентированная психотерапия (ТОП) — один из современных методов психотерапии, который активно интегрируется специалистами с другими методами психотерапии в повседневной практической профессиональной деятельности. ТОП опирается на холистический подход и рассматривает человеческий организм как единство духовного (психического) и телесного, что созвучно с представлениями гуманистического направления в психотерапии, использующего телесный эксперимент как важную составляющую практики.

Все методы ТОП условно можно разделить на две группы — психодинамические, вышедшие из психоанализа (вегетотерапия В. Райха, биоэнергетический анализ А. Лоуэна, первичная терапия А. Янова, Розен-метод и т. п.), и методы ТОП, с корнями в традиционных культурах Востока (хатха-йога, айкидо, дзен-буддизм, метод телесного осознания Моше Фельденкрайза и т. п.). Первая группа методов ориентирована прежде всего на осознание, проживание и отреагирование раннего болезненного опыта, нашедшего отражение в телесности, что позволяет человеку стать более целостным, свободным и счастливым. Вторая группа методов направлена на гармонию личности и достижение единства функционирования тела и психики в настоящем, без учета прошлого опыта и необходимости его телесного проживания. Данные практики порой становятся частью мировоззрения и жизни человека, позволяя ему достигать повседневного равновесия.

Можно сказать, что для пациента, выбирающего первое направление, исследование и изменение неизбежно связано с переживаниями при встрече с драматичным (травмирующим) опытом прошлого, а второе направление фокусирует на «здесь и сейчас» с приобретением практик, направленных на саморегуляцию психоэмоционального состояния без обращения к негативным переживаниям, связанным с прошлым. В настоящее время последний подход широко востребован благодаря возможности самостоятельной

практики и его целительности. Однако мы считаем, что данное направление не совсем психотерапия — скорее телесные практики с «побочным психотерапевтическим эффектом», что нисколько не умаляет их эффективности и целесообразности применения. Именно эти практики хороши в групповой работе психосоматических и психотерапевтических отделений и могут быть рекомендованы для «домашнего использования» в совладании с повседневностью.

Начало телесной психотерапии положил Вильгельм Райх, который ответил на вопрос: каким образом человек обращается с вытесненным материалом, как и за счет чего происходит вытеснение? Это дало мощный толчок развитию дальнейших воззрений на телесные функции и их участие в генезе психических расстройств. Идеи Райха подхватили Е. Гиндлер, Ш. Селвер, Л. Перлз и Ф. Перлз. Опираясь на психоаналитические теории Зигмунда Фрейда и Шандора Ференци, Вильгельм Райх разработал теорию «мышечного панциря», связав постоянные мышечные напряжения в теле человека с его характером и типом защиты от вытесненного болезненного эмоционального опыта. Он полагал, что хронические мышечные зажимы блокируют три основных эмоциональных состояния: тревожность, гнев и сексуальное возбуждение (развивая эту идею, гештальт-терапевты подчеркивают, что можно остановить любое эмоциональное состояние). Защитный панцирь не дает человеку переживать сильные эмоции, ограничивая и искажая выражение чувств. Формирование характера является результатом связывания вегетативной энергии, а панцирь характера и мышечный панцирь функционально идентичны. На основании теоретических построений В. Райх разработал специальную терапевтическую методику, позволяющую снижать хроническое напряжение определенных групп мышц и таким образом освобождать эмоции, которые этим напряжением сдерживались. Высвобождаемая вегетативная энергия сопровождается воспоминанием о ситуации, в которой осуществилось подавление влечений и желаний, и эмоциональным отреагированием. В. Райх предлагает работать с расслаблением мускульного панциря, объединяя его с аналитической работой. Он обнаружил, что расслабление мышечного панциря освобождает значительную либидозную энергию и помогает процессу психоанализа. Детальный анализ позы пациента и его физических привычек помогает осознать, как подавляются жизненные чувства и блокируются в разных частях тела. Для этого Райх просил пациентов усиливать определенный зажим, чтобы лучше прочувствовать и осознать его, выявить эмоцию, которая связана в этой части тела. Он увидел, что лишь после того, как подавляемая эмоция находит выражение, пациент может полностью отказаться от хронического напряжения или зажима.

Постепенно Райх начал работать прямо с зажимаемыми мышцами, разминая их руками, чтобы высвободить связанные в них эмоции и переживания болезненных воспоминаний. Он ввел понятие универсальной биоэнергии, присущей всем вещам, — оргона, обозначающего семь горизонтальных колец, или зон, которые находятся под прямым углом к позвоночнику. Эти зоны препятствуют свободному течению энергии, опускающейся сверху вниз (глазной, оральный, шейный, грудной, диафрагмальный, поясничный и тазовый блоки). Они являются зонами мышечного панциря, охватывающими тело и блокирующими три основных эмоциональных состояния — гнев, страх и сексуальное наслаждение (данные кольца «удивительно» совпадают с описанием чакр). Райх предложил упражнения для разблокировки каждой такой зоны.

С целью распускания мышечного панциря используются три типа средств:

- 1) накопление в теле энергии посредством глубокого дыхания;
- 2) прямое воздействие на хронические мышечные зажимы (давление, зажимывание и специальные упражнения), чтобы их расслабить;
- 3) поддержание сотрудничества с пациентом в открытом рассмотрении сопротивлений и эмоциональных переживаний, которые при этом выявляются.

Развитие идей об энергетических процессах нашло продолжение в **биоэнергетическом анализе** ученика В. Райха — **Александра Лоуэна**. Увлечение вегетотерапией и дальнейшее ее развитие позволило ему создать новый метод психотерапии, получивший название «биоэнергетический анализ». По словам самого А. Лоуэна, биоэнергетический анализ опирается на *«тело как на спасителя души»* и представляет собой *«терапию души через работу с телом»*. Цель биоэнергетического анализа — возвращение пациента в реальность, где находится он сам, его тело и сексуальность, благодаря воссоединению сознания и тела. Для этого нужно избавиться от помех, препятствующих спонтанному освобождению тела от напряжения, появляющегося в результате его неправильного положения. Приобретение неправильной телесной привычки — результат влияния общества на личность, подавления его «первичной сути». Жизнь А. Лоуэна и его жены Л. Лоуэн является иллюстрацией приверженности данной теории, ставшей их мировоззрением.

Биоэнергетическая работа с телом включает специальные манипуляции и упражнения или практические опыты, которые помогают осознать напряжения и высвободить их с помощью специально подобранных движений, определенных поз, манипуляций с мышечными фасциями, дыхательных техник и техник эмоционального раскрепощения, вербальных способов

выражения и высвобождения эмоций, физического контакта с участниками группы. Важно помнить, что каждый сокращенный мускул блокирует определенное движение (экспрессивное выражение заблокированной эмоции). Лоуэн сочетает непосредственную работу с телом и психоаналитический процесс, так как биоэнергетическое изменение действует одновременно на двух уровнях: соматическом — увеличиваются подвижность, координация и контроль и психическом — реорганизуется склад ума и образ мышления. Пока не будет получен этот двойной эффект, стабильные изменения невозможны. Новая функция должна органично войти в осознанную часть Эго прежде, чем пациент воспримет ее как собственную. Биоэнергетическое лечение включает в себя тщательную проработку ежедневных взаимоотношений и поведения, а также генетических и динамических сил.

Основоположники **метода чувственного осознания** скорее ориентированы на методы работы с телом и саморегуляции, они ближе к восточным практикам и философии. Сам термин «чувственное сознание» (sensory awareness) предложила Шарлотта Селвер около 1950 года. Ранее разработанный Эльзой Гиндлер в начале 1910-х годов метод не имел названия, что, по мнению его автора, «позволяло ему жить и развиваться, не превращаясь в мертвую систему». То, что в начале было интуитивным самолечением (Эльза с его помощью смогла вылечиться от туберкулеза), стало мировоззрением и мировосприятием, выходящим далеко за пределы лечения болезни. До самой смерти в 1961 году она следовала своему подходу, экспериментируя и обучая многих учеников. Шарлота Селвер, а затем и ее муж Чарльз Брукс распространили идеи Э. Гиндлер в США. Впоследствии ее работой заинтересовались ряд психоаналитиков, и некоторые из них — Эрих Фромм и Фредерик Перлз — стали ее учениками. Очень многие идеи и упражнения затем органично вошли в практику гештальт-терапии.

Чувственное сознание — это трехмерный процесс, состоящий из осознания телесных ощущений, из обучения дифференцированному восприятию ощущений тела, эмоций, образов и из установления взаимосвязи между ними. Данная целостность присуща ребенку, но человека с детства учат приуменьшать значение собственного опыта и «учиться на опыте других», то есть подменять собственное чужим, удовлетворяющим окружающих, прежде всего родителей и близких. Родители часто реагируют на детей с позиции своих предпочтений и потребностей, вместо того чтобы способствовать их реальному и свободному развитию. После многочисленных вмешательств внутреннее, присущее ребенку чувство ритма запутывается, как и внутреннее чувство ценности собственного опыта.

Еще одна современная проблема, ведущая к дезинтеграции целостности и подмене собственного опыта ребенка, — совершение усилий (насилие). Как много родителей, которые хотят, чтобы их ребенок сел, встал, пошел, заго-

ворил (лучше на двух языках) как можно раньше! Они не хотят дожидаться естественного процесса развертывания способностей. Ведь быть хорошим родителем, по их мнению, — значит иметь ребенка с особыми способностями. Детей учат, что недостаточно дать вещам происходить самим по себе; их учат «стараться», чтобы добиться результатов, необходимых маме или папе. Так совершается насилие над собственным процессом. Здесь и происходит разрыв целостности, ребенок запутывается в чувствовании и сознании себя и своих потребностей, которые подменяются потребностями любимых взрослых. При этом ощущения собственного тела игнорируются и «забываются», идет «настройка» на ожидания любимых близких, а затем других людей. В конце концов, становясь взрослым, человек перестает доверять своему телу и себе. Это часто звучит в словах клиентов или пациентов: «Я не знаю, действительно ли я это чувствую (ощущаю, хочу и т. д.)».

Занятия по методу чувственного сознания помогают преодолеть этот барьер, учат более полному телесно-инстинктивному (чувственному) функционированию. В процессе обучения возникает понимание, что восприятие относительно, а наше мышление часто обусловлено субъективной информацией, получаемой от окружающих, а не реальной действительностью. Это во многом перекликается с дескриптивными и оценочными когнициями в рационально-эмотивной терапии А. Эллиса. Ориентировка на ощущения, получаемые в опыте, делает наше мышление более объективным, а поведение — в большей степени соответствующим нашим намерениям, а значит, более свободным.

Важным аспектом метода чувственного сознания является изучение процесса коммуникации и значения прикосновений во взаимодействии между участниками группы, сознание себя в присутствии другого. Степень близости и дистанцированности, желание взаимопомощи и ответственность, проблемы доверия, принятия и отдавания, чувствование окружения и степень восприятия и чувствования окружением себя — те стороны процесса, которые осознаются участниками группы на телесном уровне гораздо легче и быстрее. Как я вступаю в контакт с другим? Что для меня есть присутствие другого? Как я воспринимаю его прикосновения? Что происходит со мной при этом? И так далее. На данные вопросы человек может ответить, опираясь на чувственный опыт. Все это позволяет не только осознать и приблизиться к самому себе, но и интегрировать новый (на самом деле просто забытый) опыт.

Многие упражнения в системе чувственного сознания основаны на фундаментальных положениях и деятельности — лежании, сидении, стоянии, ходьбе. Ставшие привычными и стереотипными, именно эти действия несут «забытый» чувственный опыт, изначально принадлежащий нам. По мнению авторов методики, упражнения предоставляют естественную

возможность открыть свое отношение к окружающему миру, развить сознательную осведомленность о том, что именно мы чувствуем и делаем. Большинство упражнений имеют медитативную ориентацию. Ш. Селвер и Ч. Брукс указывают, что по мере постепенного развития внутреннего покоя ненужные напряжения и ненужная деятельность сокращаются, восприимчивость к внутренним и внешним процессам усиливается, что приводит к другим изменениям в личности. Метафорично можно назвать данный метод «дорогой возвращения к себе».

Телесный гештальт-эксперимент. Гештальт-терапия органично впитала идеи предшественников и, будучи холистической и процессуальной по сути, базируется в своей практике на опыте проживания. В отличие от эксперимента в когнитивно-поведенческой психотерапии, носящего характер научения и приобретения определенного навыка или разрушения дезадаптивного убеждения, гештальт-эксперимент необходим для исследования и приобретения нового опыта. Он направлен на разворачивание остановленных процессов и достижения контакта, дающего новизну. В своей вводной лекции о гештальт-терапии Роберт Резник подчеркивает, что гештальт-терапия не ориентирована на решение поставленных клиентом проблем, она лишь дает возможность выбрать подходящее для ситуации решение на основе лучшего осознания. Лучшее осознание возможно только на основе дифференциации (или переживания разницы), которая создается в условиях лечебного взаимодействия с терапевтом. Задача терапевта — создать условия для дифференцирования и осознания. Обращение к телу — важный путь следования этому процессу. Ключевым звеном психопатологии в гештальт-подходе является тревога, трактуемая как «возбуждение с недостатком кислорода». Возбуждение — это переживание энергии интенциональности, связанной с эмоцией и, конечно, с потребностью, формирующейся в фигуру. Именно недостаток кислорода сопровождает остановку интенциональности. Возбуждение, которое могло быть дифференцировано в эмоцию, становится тревогой, обездвиживая процесс контактирования. Обращение к дыханию позволяет дифференцировать происходящее, вот почему важно отслеживать дыхание клиента, содействовать его полному и свободному дыханию. С помощью дыхания мы останавливаем проявления чувств, а при постоянном подобном действии перестаем их замечать, равно как и свой способ дышать.

Контакт — сердце гештальт-терапии; он всегда телесен. Мария Мионе говорит о двух видах телесности: тело «переживаемое» и тело «стремящееся, к другому». Переживаемое тело — это переживание своего существования («я существую!»). Границы, баланс, трехмерность, объемность, дыхание, чувство центра тела, поддержка или опора, сознание возможности двигаться и быть видимым (не прозрачным) — характеристики переживаемого телес-

ного опыта. Работая с пациентами, мы нередко сталкиваемся с нарушениями характеристик телесного опыта, их восстановление позволяет улучшить качество осознания. Тело, «стремящееся к другому», определяет возможность движения к миру. Нарушения в этой зоне возможны как в движении к другому, так и в остановке этого движения. Пациент испытывает сложность при трансформации «от чувствовать к действовать». При длительной остановке, а значит в ситуации постоянного длительного напряжения, теряется чувствительность, возникают отчужденные телесные области, «чуждые куски». Это ярко проявляется при ипохондрическом расстройстве, когда тело становится «тюремщиком» человека. Данный феномен отражается и в языке: пациенты говорят, что воспринимают определенную часть тела как не свою, чуждую и даже лишнюю.

По мнению Джеймса Кепнера, отчуждение телесности в процессе приспособления к внешней среде происходит при отщеплении следующих аспектов соматического «Я»: чувствующее «Я» («я не чувствую»),двигающееся «Я» (блок экспрессивного выражения эмоции и приближения к другому), болезненное «Я» (десенсибилизация болезненных переживаний) и сексуальное «Я» (табуирование). Терапия направлена на интеграцию телесного «Я».

Гештальт-эксперимент направлен на осознание естественного развития процесса, без вмешательства извне. Не ставя особую задачу (например, «распустить мышечный панцирь»), терапевт готов встретиться с любым разворачивающимся «здесь и сейчас» процессом и поддержать его. В работе с детьми телесные практики прежде всего направлены на саморегуляцию (заметить телесную реакцию, обозначить и придать смысл, найти оптимальный ответ), а телесный эксперимент в работе с подростками и родительско-детской диаде или семье — на раскрытие процесса контактирования (взаимодействия).

Приведем примеры упражнений.

Упражнение «Дерева». Может быть использовано в работе с семьей, в семейно-групповой и групповой психотерапии, где участники не являются членами семьи. Цель данного упражнения — осознание принадлежности к семейной группе, вскрытие семейных конфликтов и противоречий, а также их коррекция посредством телесного взаимодействия и осознания.

Инструкция (для работы в семейно-групповой психотерапии): «Сейчас я предложу вам еще одно упражнение под названием “Дерева”. Представьте себе, что каждая семья — это представители какой-то породы деревьев. Например, одна семья — дубы, другая — липы, третья — клены. Выберите дерево — символ своей семьи».

После того как семья выберет дерево, она представляет свой символ, давая краткое пояснение сделанного выбора. Например, «мы — семья

берез. Мы очень веселые и радостные, любим, когда вокруг водят хороводы и играют дети. Под нами растут грибы подберезовики и земляника». Это описание дает диагностическую информацию о семье, которую в дальнейшем ведущий использует при обсуждении полученного материала. Такое пояснение дает каждая семья. После этого ведущий группы предлагает следующую *инструкцию*: «Каждое дерево рождает семечко, чтобы оно проросло, стало крепким и красивым деревом. Сейчас каждый из вас станет маленьким семечком своего дерева. Давайте встанем. Закройте глаза, представьте себя семечком. Вот подул ветер, подхватил семена и закружил их в воздухе. Начинайте двигаться (глаза остаются закрытыми). Семена отдаются на волю ветру, подхватываются потоками воздуха. Ветер становится сильнее, с каждым порывом семена кружатся все быстрее и разлетаются в разные стороны (участники, кружась под музыку, двигаются по залу). Ветер стих, и семена плавно опускаются на землю — все садятся на пол (глаза по-прежнему закрыты). И вот наступает весна. Землю согревают лучи солнца, тает снег, влага питает почву — и семечко пробуждается. Оно наливается, разбухает... и из него проклевывается тонкий росточек. Он совсем маленький и хрупкий, но очень сильный и упорный! Росток начинает тянуться к свету, цепляясь корешками за землю. Он становится все больше и наконец пробивает землю, стремясь тонким стебельком к солнышку. Его корешки превращаются в корни, а стебель становится выше и тверже. Вот появляются веточки и тоже тянутся вверх. Все выше и выше становится росточек, это уже настоящее деревце с ровным стволом и ветвями, на которых распускаются зеленые листочки. Все глубже в землю уходят корни деревьев, все выше дерево, гуще его крона и мощнее ветви. И вот уже красивое, стройное, мощное дерево стоит перед нами. Шелестит густая листва, крепкие ветви поддерживают густую крону, тянутся навстречу солнцу и небу, а мощные корни берегут и питают дерево. Почувствуйте это! А теперь откройте глаза, посмотрите, где вы растете, кто рядом с вами, где расположились представители вашей породы деревьев. Повзаимодействуйте друг с другом. Хорошо! А теперь вернемся в круг, объединитесь с членами вашей семьи и обсудите пережитое».

Комментарий. При обсуждении фокусируются проблемы принадлежности и самостоятельности в семье. В этом помогают вопросы следующего плана: где вы оказались после того, как проросли? Где оказались члены вашей семьи? Каково вам там было? Как вы к этому отнеслись? Что оказалось приятным или неприятным? Попытались ли вы дотянуться до «своих» или других деревьев? Что было с вами, когда к вам тянулись другие деревья? Как вы обошлись с отказом во взаимодействии? После обсуждения в малых группах участники выносят свой материал на общий круг. Обсуждаются вопросы, касающиеся семейного взаимодействия: что было общего? Чем

мы отличались? Что оказалось самым сложным? Что мы узнали нового о себе и друг о друге?

В случае работы с группой, где участники не являются членами семьи, до начала упражнения мы просим людей объединиться в тройки (четверки), дав *инструкцию*: «Итак, вы объединились в группы. Теперь выберите для своей группы дерево, которое будет вашим символом». Как и в работе с семьями, группы представляют свое дерево, давая краткое пояснение выбора (в этом случае данный этап позволяет сплотить малую группу и подводит участников к принятию группы как семейной). Затем ведущий продолжает: «У нас появились следующие семьи (перечисляет деревья, выбранные символами). Каждая семья — особенная, как и породы деревьев, выбранные вами. Побудьте этим деревом, ощутите его свойства... А теперь перейдем к упражнению». Далее инструкция повторяет вышеизложенную, начиная со слов «Каждое дерево рождает семечко...».

Дальнейшее обсуждение касается круга вопросов, представленного выше, с той разницей, что участники переходят от осознания взаимодействия «здесь и сейчас» к осознанию взаимодействия в своей реальной семье и ситуации.

Упражнение «Дрессировщик». Цель данного упражнения — диагностика и коррекция родительско-детских взаимодействий. Лучше всего поводить его в группе, где можно получить не только обратную связь, но и увидеть иное модельное поведение.

Инструкция: «Сейчас мы с вами сыграем в новую игру. Она называется “Дрессировщик”. Я думаю, вы знаете, какая это сложная, а порой опасная профессия. Необходимо хорошо знать повадки животных, быть очень внимательным и заботливым, но в то же время смелым и настойчивым, чтобы добиться от животного выполнения команд. У каждого дрессировщика — собственный метод и свои качества, на которые он опирается, а у каждого животного — индивидуальный характер. Важно найти подход во взаимодействии. Сейчас дети будут животными. Вы сами выберете, кем хотите стать. Вы можете сказать об этом или остаться неизвестным для дрессировщика зверем. Дрессировщику нужно найти подход к своему животному и добиться от него выполнения команд. Сделав это, вы поменяетесь ролями, и дети смогут побыть в роли дрессировщика. Следует помнить, что животные не понимают человеческий язык. Для дрессировки у вас есть достаточно времени — 20 минут». (Если дети — дошкольники, время игры уменьшается до 5–10 минут.)

Игра проводится в помещении с напольным покрытием. «Животные» занимают любое место в пространстве и начинают вести себя в соответствии с ролью. Используется музыкальное фоновое сопровождение. Обычно требуется 15–20 минут на завершение упражнения в одну сторону. Затем —

обмен ролями. После завершения пары обсуждается полученный результат. Затем обсуждение переносится в общий круг.

Комментарий к упражнению. В ходе выполнения упражнения психотерапевт может видеть паттерны взаимодействия в родительско-детских парах. Обмен ролями позволяет родителям прочувствовать на себе свой стиль отношения к ребенку, поскольку ребенок часто демонстрирует тот же стереотип поведения, что и родитель, либо родитель начинает осознавать, что именно его действия вызывают ответную реакцию ребенка. Посредством телесного опыта родитель осознает, как происходит взаимодействие в ситуации контроля-подчинения. Вопросы ведущего помогают участникам видеть, как им удастся справиться с ролью родителя и контролировать поведение ребенка, что способствует или препятствует проявлениям у него упрямства, а также как происходит смена ролей ведущих — ведомый.

Мы просим обсудить следующее: удалось ли вам добиться от животного выполнения ваших команд? Что в ваших действиях помогло вам справиться с этой задачей? Что, наоборот, мешало? Что вы переживали, выполняя упражнение? На что вы обратили внимание? Кем больше вам понравилось быть и почему? Какие чувства вам помогали или мешали справиться с поставленной задачей? Чего вы ждали от дрессировщика, когда были животным? Что помогало, а что мешало вам следовать за ним? При обсуждении в парах (иногда это можно делать в четверках) часто происходит осознание, что отношения всегда взаимосвязаны и взаимозависимы и определяются вниманием к потребностям другого. В дальнейшем обсуждение переносится на реальные актуальные отношения в семье.

Игровая форма, телесное взаимодействие, проживание и переживание — процессы, наиболее свойственные детскому возрасту. Для подростков и взрослых они служат творческим, экспрессивным способом интеграции отщепленных телесных аспектов в обретении целостности.

Контрольные вопросы

1. Назовите представителей телесно-ориентированной психотерапии.
2. Какова роль мышечных зажимов в формировании характера?
3. Какие способы работы с телесными блоками используются в биоэнергетическом анализе?
4. Чем отличается телесный эксперимент в гештальт-терапии от телесного эксперимента в когнитивно-поведенческой психотерапии?

Рекомендуемая литература

1. *Баскаков В. Ю.* Свободное тело: Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. — 224 с.
2. *Кепнер Дж.* Телесный процесс: Работа с телом в психотерапии. — М., 2019. — 294 с.
3. Сборник биоэнергетических опытов // А. Лоуэн, Л. Лоуэн / Пер. с англ. Е. В. Поле. — М.: ООО «Издательство АСТ», 2004. — 188 с.
4. *Тимошенко Г. В., Леоненко В. А.* Работа с телом в психотерапии: Практическое руководство. — М.: Психотерапия, 2006. — 408 с.

Глава 29. Танцевально-двигательная психотерапия

Н. Ю. Оганесян

Танцевально-двигательная психотерапия — уникальный метод психотерапии, который базируется на следующем принципе: тело и психика неразрывны и взаимосвязаны и, следовательно, оказывают постоянное взаимное влияние друг на друга. Работая с танцем, мы можем воздействовать на формирование психомоторной сферы и тем самым непосредственно влиять на развитие когнитивных процессов. Танцевально-двигательная психотерапия основана на убеждении, что существует взаимосвязь между движением и эмоциями. В теле есть мышечная память, которая тесно связана с чувствами, которые мы когда-либо переживали в определенных ситуациях. Когда мы начинаем двигаться, телесные движения естественным образом вызывают воспоминания и связанные с ними эмоции.

Движение само по себе меняет ощущения, и меняющиеся физические ощущения часто обостряются в танце. Они обеспечивают базис, на котором возникают и выражаются чувства и переживания. Танцевальный психотерапевт может поработать с телесными ощущениями и перевести их действие таким образом, чтобы эмоция и движения усиливали друг друга: движение становится прямым выражением внутренних чувств. Когда человек освобождается от переживаний и негативных эмоций, наступает состояние внутреннего очищения. Изменения в паттернах движений могут привести к изменению восприятия образа тела, а изменения во внутреннем мире человека способны привести к изменению движений.

Американский танцевальный терапевт М. Левенталь утверждала, что танцевально-двигательная психотерапия для особых детей «фундаментально работает с развитием и интеграцией сенсорных систем и связанной с ними моторикой, в конечном итоге выстраивая образ тела и развивая “Я”-концепцию». Сенсомоторные действия соединяют движение всего тела и сенсорное воздействие, вызываемое им. Сенсомоторная интеграция включает в себя взаимодействие вестибулярного, тактильного, проприоцептивного, аудиального и визуального каналов с двигательной активностью.

Психолог Энн Джин Айрес, известная тем, что разработала теорию сенсорной интеграции, полагала, что моторное планирование зависит от развития полуосознаваемой схемы тела, или его внутренней модели, которая начинает развиваться с осознания тактильных, вестибулярных и проприоцептивных ощущений. Поступающая от кожи и суставов сенсорная информация помогает сформировать в мозге модель или внутреннюю схему устройства тела как инструмент для выполнения моторных актов.

Теоретическое обоснование метода танцевально-двигательной психотерапии

Танцевально-двигательная психотерапия — это психотерапевтическое использование танца и движения как процесса, способствующего интеграции эмоционального и физического состояния личности.

Моторные навыки реализуются через тело. Наша самооценка и самовосприятие влияют на наше поведение и опыт, а преднамеренное движение — на психологическое функционирование. Моторная система целостна. И центральная нервная система, и психика оказывают большое влияние на моторные (двигательные) навыки. Кроме того, внешние и внутренние сенсорные стимулы играют свою роль, а мотивация инициирует и управляет двигательным поведением, влияющим на интенсивность и характер двигательных действий.

В названии метода на первом месте стоит слово «танцевальная». Танец — это прежде всего телесное осознание, схема тела. Она представляет собой неосознаваемый механизм, лежащий в основе моторной координации, который обеспечивает ЦНС необходимой информацией о том, как тело и его части соотносятся с окружающим пространством. Схема тела является проприоцептивно-моторно-пространственной, она зависит от ориентации тела относительно направления действия силы тяжести, а также от положения головы и конечностей. Данная схема обуславливается информацией как о совершаемых, так и о задуманных паттернах движений, поступающей в виде тактильных, проприоцептивных и вестибулярных сигналов.

Использование тела при выполнении действий способствует интеграции сенсорной информации и формированию схемы тела. Таким образом, если сенсорная информация, которую тело получает от своих сенсорных рецепторов, неточна, у мозга оказывается слабая основа для построения схемы тела.

Переработка знаний о собственном теле есть телесное осознание. Это более широкое понятие, чем схема тела, включающее в себя следующие

характеристики, выделенные нами на основе исследований Н. В. Ротмановой, В. Шонфельда, В. В. Столина, П. Бернштейна:

- информация о нашем теле и теле вообще, его функционировании и особенностях (концепция тела);
- информация о названиях частей тела и их назначении (статический образ тела, схема тела; система представлений о теле в спокойном состоянии, в движении, в пространственных координатах и взаимоотношения отдельных частей тела);
- информация об образе тела (внутренние представления, оценки, восприятие; установки, связанные с внешностью и функциями отдельных частей тела и тела в целом; психическое отражение тела);
- информация о расположении частей тела относительно друг друга и окружающей среды (внешняя поверхность и внутренняя граница тела);
- информация о расположении тела относительно окружающего пространства (телесное пространство);
- информация о движении тела по пространству (динамический образ тела, положения тела в каждый момент движения и возможные изменения в пространстве);
- телесное самочувствие с его эмоциональными проявлениями (забота о собственном теле);
- отношение к собственному облику, внешности под влиянием оценок социального окружения; представления, как он выглядит в глазах других людей, и социальных установок, а также представления об идеальном образе тела (телесное «Я» при взаимодействии);
- особенности образа тела в условиях эмоционального и сенсорного дефицита.

В танцевально-двигательной психотерапии мы обращаемся непосредственно к телу и его движениям, пробуждая двигательную активность и освобождая внутренний мир чувств, формируем реалистичный образ собственного тела.

Танец — это и сенсорная интеграция, взаимодействие всех органов чувств, способность адекватно реагировать на определенные стимулы и действовать в соответствии с ситуацией.

Существуют три базовые системы восприятия ощущений, которые являются основой для сложного взаимодействия всех органов чувств:

- вестибулярная система — система поддержания равновесия;
- тактильная система — система кожной чувствительности (экстероцепция);
- проприоцептивная система — система кинестетического восприятия (мышечно-суставное чувство) — восприятие собственной позы и движения.

Три названных вида чувствительности функционируют на основе ощущений, которые зарождаются или воспринимаются в непосредственной близости

сти от тела человека или внутри него и отвечают за осознание собственного тела, формирование его образа. Дисфункция сенсорной интеграции нарушает процесс переработки информации, поступающей от органов чувств.

Нарушение трех базовых ощущений проявляется как повышенная чувствительность (гиперфункция) — в виде сенсорных защит или пониженная чувствительность (гипофункция) — в виде сенсорной аутостимуляции — при восприятии раздражителей и их осознании, а также в двигательной реакции на дискомфортные стимулы.

В первом случае наблюдается повышенная чувствительность к сенсорным стимулам. Чтобы избежать дискомфортных впечатлений, ребенок пытается оградить себя от направленных воздействий, выстраивая систему пассивных или активных защит от внешнего вмешательства, испытывая соответствующие им состояния отрешенности и сопротивления и формируя отрицательную избирательность к сенсорным стимулам: в центре его внимания оказывается то, что он не любит и не принимает, чего боится. Он может лечь в позу эмбриона, убежать в дальний угол зала, накрыться спортивным ковриком и т. п.

Во втором случае, при дефиците активных положительных контактов с окружающей действительностью, имеет место снижение чувствительности к сенсорным раздражителям. У ребенка наблюдается особая захваченность отдельными приятными вестибулярными, проприоцептивными, тактильными ощущениями, связанными с изменением положения тела в пространстве, ощущением своих мышечных связок и суставов, соприкосновением. Такие стереотипии и аутостимуляции — неосознанные, произвольные, повторяющиеся движения рассматриваются танцевальным терапевтом как способ невербального взаимодействия и эмоционального контакта аутичного ребенка с окружающим миром.

Вестибулярная система — способность удерживать позу, равновесие — создает движение и определяет положения тела в пространстве. Она сообщает нам, как мы двигаемся: быстро или медленно, вперед или назад, вверх или вниз, вправо или влево, вокруг горизонтальной или вертикальной оси — либо не двигаемся вовсе. Именно вестибулярная система помогает ребенку, преодолевая силу тяжести, сохранять вертикальное положение и свойственное только человеку прямохождение.

Недостаток движения и одностороннее стимулирование органов чувств (визуально-акустическое) ведут к нарушениям равновесия. Равновесие движений, психики и эмоций неразделимы. Дети с повышенной чувствительностью вестибулярной системы испытывают проблемы в деятельности, которая связана с движением, равновесием, координацией. А у детей с пониженной чувствительностью вестибулярной системы отмечаются аутостимуляции: потребность в беге по кругу, прыжках, раскачивании, вращении.

Тактильная система — система кожной чувствительности (экстероцепция). Это способность получать сигналы через кожные рецепторы от прикосновения, давления, температуры, болевого ощущения.

Кожа — крупнейший специализированный орган человека, отвечающий за ощущение собственных физических границ. Кожные рецепторы и вестибулярная система обеспечивают стимуляцию головного мозга.

Нарушения поведения часто оказываются связаны с повышенной или пониженной чувствительностью кожи и обязательно — с пониженной чувствительностью системы кинестетического восприятия. По мере улучшения сенсорной интеграции и налаживания общего равновесия ребенка эти нарушения исчезают.

Дети с повышенной чувствительностью кожи при любых движениях испытывают неприятные ощущения в случае касания, объятий, поцелуев. У них встречается повышенная чувствительность вестибулярной системы. У детей с пониженной чувствительностью кожи наблюдается утрата восприятия боли: мышечный тонус очень низкий. Вестибулярная система у них почти всегда отличается пониженной чувствительностью — дети не могут насытиться сенсорными стимуляторами. Здесь можно выделить следующие феномены: очень низкая восприимчивость к боли, холоду, жаре; отсутствие чувства дистанции в общении и как следствие — беззащитность при контактах с другими людьми; частое спотыкание, плохая ориентация в пространстве и времени.

Проприоцептивная система — система кинестетического восприятия (мышечно-суставное чувство), восприятие собственной позы и движения. Это способность получать сигналы от рецепторов мышц, кожи и суставов о положении тела, весе, давлении, растяжении, движении и изменении позиции. Она формирует схему тела и участвует в планировании сложных движений. Кинестетическая информация воспринимается в глубине тела: мышцами, сухожилиями, суставами. Организм человека всегда может ею воспользоваться, если она регулярно пополняется. Чем лучше наша кинестетическая информированность и телесное восприятие, тем лучше мы воспринимаем себя в пространстве по отношению к другим людям и предметам. Распознавание образа связано с кинестетической информацией. Нарушения в области кинестетического восприятия встречаются только при пониженной чувствительности с переходом к разным вариантам нормы.

Кроме того, у ребенка с нарушением восприятия важно проверить слух и зрение. Часто проверка не выявляет ничего определенного, и все же остается впечатление, что ребенок видит или слышит не вполне хорошо. В таких случаях речь идет о нарушении обработки звуковых или зрительных стимулов.

Зрительная система — способность правильно воспринимать, различать, обрабатывать и отвечать на то, что мы видим. Это самый мощный источник информации о внешнем мире: изучает предметы, определяет телесные позы, информирует о нашем положении в пространстве. Дети с повышенной чувствительностью зрительного восприятия избегают визуального ощущения — часто закрывают глаза, предпочитают находиться в темноте. Дети с пониженной чувствительностью зрительного восприятия ищут визуальные ощущения: включают и выключают свет; смотрят на предметы, скосив глаза или с необычного ракурса, любят смотреть на повторяющиеся движения (переворачивание страниц книги, открытие и закрытие двери, движения пальцами перед лицом), выстраивают вещи в линию.

Слуховая система — информация от звукового окружения. Она определяет способность правильно воспринимать, обрабатывать и отвечать на звуковую стимуляцию, дает сведения о местоположении объектов и событиях. Дети с повышенной чувствительностью слухового восприятия избегают звуковых ощущений: закрывают уши, когда говорят громко; могут слышать очень слабые звуки. Дети с пониженной чувствительностью слухового восприятия ищут звуковые ощущения, но не показывают вида, что слышат. Они любят музыку и часто пытаются повторять конкретные звуки, которые могли услышать.

Практическое обоснование метода танцевально-двигательной психотерапии. Метод танцевально-двигательной психотерапии удовлетворяет потребность ребенка в осознании себя, а также окружающего предметного мира, обеспечивает развитие моторных, сенсорных, познавательных и эмоциональных умений ребенка.

Основными функциями танцевально-двигательной психотерапии являются:

- катарсическая (очищающая от негативных состояний);
- регулятивная (снятие нервно-психического напряжения, регуляция психосоматических процессов, моделирование положительного психоэмоционального состояния);
- коммуникативно-рефлексивная (обеспечивает коррекцию нарушений общения и взаимоотношений, формирование адекватного межличностного поведения и самооценки).

Универсальных психотерапевтических техник для детей с различными формами аномального развития быть не может, поскольку эффективность психотерапевтических воздействий зависит не только от объективных, но и от субъективных факторов. Объективными факторами принято считать:

- степень тяжести аффективного, интеллектуального и речевого дефекта у ребенка;

- конкретность и четкость поставленных задач танцевально-двигательной психотерапии;
- четкость организации процесса танцевально-двигательной психотерапии;
- время начала психотерапевтических воздействий;
- профессиональный опыт психолога — танцевально-двигательного психотерапевта и его личностный потенциал.

К субъективным факторам можно отнести:

- установки ребенка и родителей на танцевально-двигательную психотерапию;
- отношение ребенка и родителей к танцевально-двигательной психотерапии и танцевально-двигательному психотерапевту — психологу.

Выделяют следующие **организационные формы** танцевально-двигательной психотерапии:

1. Индивидуальная — все упражнения направлены на овладение экспрессией собственного тела, невербальное выражение разных состояний.
2. В парах — формируется отношение к партнеру, способность воспринимать, чувствовать и принимать его.
3. В групповых упражнениях — отрабатываются навыки взаимодействия в коллективе, совместной деятельности.

Программа танцевально-двигательной психотерапии включает в себя элементы корригирующей гимнастики в сочетании с техниками танцевально-двигательной психотерапии, направленными на формирование образа тела и знакомство ребенка с телом, которое позволяет расширить сферы осознания своих потребностей и переживаний.

Программы пишутся индивидуально для каждого ребенка и каждой группы. Движения, направленные на развитие координации, которые разучивают дети, должны быть доступны и нетрудны в исполнении.

Для составления программы необходимо:

- учитывать возрастную зрелость ребенка;
- знать трудности каждого ребенка, его сильные и слабые стороны;
- помнить, что ребенок должен чувствовать себя спокойно и уверенно;
- следить, чтобы в группе ребенок чувствовал себя ее членом, а не одиноким;
- показывать движения самому, так как телесное понимание лучше достигается с помощью показа, нежели через словесное объяснение;
- учитывать важность телесного контакта с ребенком;
- очень тщательно и внимательно готовить каждое занятие, но если дети выразили потребность делать что-то другое, идти за их желанием;
- очень тщательно подбирать музыкальное сопровождение, стараясь, чтобы ритм музыки соответствовал собственному ритму ребенка;
- делать все для того, чтобы каждый ребенок в группе чувствовал другого и помогал ему; группа должна быть доброжелательной.

В работе групп танцевальной терапии используются традиционные принципы групповой психотерапии: добровольности участия; «здесь и сейчас»; конфиденциальности; открытого выражения чувств; ответственности; активности.

Каждое занятие преследует одну из **целей**:

1. Развитие креативности.
2. Осознание самого себя как личности.
3. Коррекция и разрешение проблем.
4. Повышение самооценки.
5. Коррекция тела, улучшение координации движений и осанки, разблокирование мышечных зажимов и локальных напряжений мышечных групп.
6. Ориентация и взаимодействие с пространством вокруг. Достигается при помощи тренировки геометрии танца, освоения как можно большей площади зала во время танца.
7. Развитие умения вести невербальный диалог. Понимание другого человека через движение, считывание движений.
8. Развитие умения вести диалог. Осознание себя и партнера: я — личность, слушаю, вижу и чувствую другого как личность и уважаю его.

Танцевально-двигательная психотерапия дает возможность сделать телесную практику с детьми позитивной и реалистичной, улучшить их самооценку, контактность, коммуникативность. Достичь этого можно с помощью **серии задач**, поставленных перед каждой сессией с учетом динамики улучшения психоэмоционального и психомоторного состояния ребенка. Ими могут быть:

- развитие ощущения собственного тела;
- помощь в тренировке расслабления, снятие телесных напряжений;
- развитие умения выражать эмоции;
- развитие концентрации внимания;
- развитие креативности внутреннего «Я»;
- развитие творческого воображения;
- интеллектуальное развитие в области разных видов искусств;
- снятие напряженности в отношениях между сверстниками;
- тренировка умения слушать и слышать других;
- развитие коммуникативности;
- выявление проблем у отдельно взятого ребенка и группы;
- корректировка проблем отдельного ребенка и группы.

Перечисленные задачи решаются с помощью различных **техник** танцевально-двигательной психотерапии:

1. Кинестетическая эмпатия — терапевтические двигательные взаимоотношения как эмпатическое принятие партнера посредством отзеркаливания (М. Чейс).

2. Аутентичное движение как метод активного воображения в движении. Основательница этого метода — Мэри Старк Уайтхаус.
3. Телесное действие как символ передачи эмоций и идей, которые не поддаются выражению на повседневном языке.
4. Структурированный танец.
5. Творческий танец или импровизация.
6. Контактная импровизация.
7. Ритмическая групповая активность.
8. Танцевальная игра. Применение данного метода и методика составления программ танцевальной игры описана в нашей книге (Гренлюнд Э., Оганесян Н. Ю., 2011).
9. Музыкальное сопровождение.
10. Использование психотерапевтического рисунка.
11. Использование предметов.
12. Дыхательные психотехнологии.
13. Техники работы с телом (элементы оздоровительной корригирующей гимнастики, самомассаж, приемы тренировки на координацию движений, работа с пространством).

Данные техники подбираются для каждой танцевально-терапевтической сессии в зависимости от поставленной задачи.

Остановимся подробно на **технике танцевальной игры**, наиболее применимой в психотерапевтической работе с детьми. Особенно успешно она используется при тикозных расстройствах, в том числе синдроме Жилиа де ля Туретта (F 95.2 по МКБ-10). Танец, который сочетается с игрой, помогает в свободной импровизации переработать напряжение чувств. Каждый ребенок нуждается в символической игре, действующей воображение и таким образом развивающей его, прорабатывая напряжение в ситуации «здесь и сейчас».

Урок танцевальной игры — шанс посредством физической тренировки разогреть тело и открыть его для движения, а также снять психическое напряжение, которое препятствует выражению чувств. Вначале дети могут ходить по кругу, чтобы почувствовать друг друга, затем им можно предложить упражнения на базовые движения (надо крутиться, сгибаться, разгибаться). Здесь же могут быть использованы движения из гимнастики, переработанные с целью развития двигательного языка. Следующим этапом может стать работа со всем телом, включающая контрастные движения с пониманием различий: большой-маленький, быстрый-медленный, плавный-резкий и т. д. Если дети устают, они могут лечь на пол и просто слушать музыку или под руководством танцевального терапевта погрузиться в релаксацию. На следующем этапе можно перейти к танцевальной импровизации

(по желанию ребенка с любым предметом или игрушкой). Танцевальная игра-импровизация может включать образный «танец дождя» или «танец ветра», «на даче» и т. п.

Важные условия для работы в танцевальной игре:

- границы работы;
- инструкции;
- преподавательский подход;
- тренировка самостоятельности;
- развитие собственной инициативы ребенка;
- контактность;
- понимание группы;
- доступная для ребенка вербализация.

Родители могут быть помощниками в танцевальной игре — танцевать вместе с детьми, делать какие-либо упражнения, — или объектом идентификации, или публикой, которая поддерживает ребенка. Так как танцевальными терапевтами чаще являются женщины, для детей, особенно мальчиков, помощь папы в танцевальной игре незаменима.

Обычная танцевально-двигательная сессия для детей имеет следующую структуру:

1. Приветствие.
2. Цветовая диагностика.
3. Аутотренинг.
4. Разминка.
5. Работа над формированием движений и их координацией.
6. Танцевальная игра.
7. Техники релаксации.
8. Заключительная цветовая диагностика.
9. Ритуал завершения.

Регулярность и продолжительность групповых и индивидуальных сессий — два раза в неделю от 30 минут до 1 часа. Группы подбираются в зависимости от диагноза и актуального состояния на момент лечения.

В завершение главы приведем пример танцевально-двигательной психотерапии для коррекции особенностей развития сенсорных систем у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС, в том числе РДА — ранний детский аутизм).

У детей, страдающих аутизмом, наблюдается своеобразное развитие моторных функций. Нередко оно проявляется в отсутствии плавности движений, неловкости, неуклюжести, в недостаточно координированной походке и недоразвитии тонкой моторики. В более тяжелых случаях наблюдаются нарушения в организации программы движения при относительно

удовлетворительном уровне развития координации движений. Отсутствие плавности движений указывает на нарушение связи между корковыми и подкорковыми функциями. По мере увеличения степени тяжести РДА отмечаются выраженные нарушения программы движения и зрительно-моторной координации. Среди детей с заметными отклонениями существуют всевозможные смешанные варианты, комбинации сильных и слабых движений, которые могут выглядеть как хаотичные или замедленные и часто повторяющиеся.

Цель танцевально-двигательной психотерапии у детей-аутистов — гармонизация их собственной телесной картины и особенностей взаимодействия с окружающим миром. **Способом решения поставленной цели** в работе с аутичным ребенком для танцевального терапевта является установление контакта на сенсомоторном уровне, на котором он функционирует. Имитируя движения ребенка, терапевт ищет движение, посредством которого можно быстрее войти в контакт с ребенком на невербальном уровне, сформировать образ тела и развить терапевтические взаимоотношения. Танцевальному психотерапевту требуется много времени для установления эмоционального контакта с аутичным ребенком посредством стимуляции его сенсорных систем, отвечающих за формирование образа, схемы и границ тела, а также за ориентировку в пространстве.

Работа с координацией движений — главная мишень танцевально-двигательной психотерапии детей с расстройством аутистического спектра.

Приводим фрагмент работы танцевально-двигательного терапевта с ребенком, страдающим РАС. Всего проведено 25 сессий в условиях центра социально-педагогической реабилитации. Мальчик А, 2 года 6 месяцев, обращенную речь не воспринимает. На занятиях сидит с игрушкой в руке и «поет», на обращение воспитателя не реагирует, инструкции не выполняет, в любой момент может встать со стула и подойти к заинтересовавшему предмету. Ни с кем не вступает во взаимодействие — ни с детьми, ни со взрослыми. Умеет перешагивать препятствие приставным шагом, что соответствует умению полуторагодовалого ребенка.

Описание 3-й сессии. Дополнительный материал: картинка с изображением краба. После небольшой разминки А. был показан рисунок с изображением краба и сказано, что это крабик, он умеет ходить боком, и мы сегодня будем повторять движения краба. Упражнение «Крабик» входит в серию психомоторных упражнений для развития пространственной ориентации и используется в танцевально-двигательной психотерапии для тренировки приставного шага в позициях вперед-назад, вправо-влево, диагональ, круг. Танцевальный терапевт взяла левую ногу ребенка за лодыжку, приподняла и опустила ее на пол чуть левее первоначального места и проговорила: «Ножка убегает». Потом, взяв правую ногу мальчика за лодыжку, при-

ставила ее к левой ноге со словами: «Ножка догоняет». Так, шаг за шагом, ребенок учился ходить то влево, то вправо. Мышцы ног у А. в тонусе — их тяжело переставлять, а приподнять можно на небольшую высоту. Далее учились танцевать, введя знакомые ребенку топая ногами. Во время танца А. реагировал улыбкой пока только на приседание на стул и подъем с него. Взгляд во время всего танца блуждал по кабинету. После танца сели на стул, и А. поаплодировал себе с помощью психолога. Мышцы рук слабые. Завершили сессию киванием: А. кивал, повторяя движения танцевального терапевта.

На 14-й сессии А. обратил внимание на баскетбольные кольца в зале. Танцевальный терапевт объяснила и показала, для чего они предназначены, — кинула мяч в кольцо. А. загорелся желанием самостоятельно забить мяч в корзину. Пытаясь это сделать, он обратил внимание на то, что на противоположной стороне висит такая же корзина. Показал на нее указательным пальцем и проговорил: «Туда!». Несмотря на то что мяч забросить не удавалось, ребенок без капризов настойчиво продолжал свои попытки.

В процессе 25 сессий индивидуальной танцевально-двигательной психотерапии у ребенка значительно повысилась концентрация внимания. Эмоциональный фон стал спокойнее. Он научился понимать команды. Поддерживал игру с танцевальным терапевтом и мог станцевать небольшой танец, держась за терапевта. Улучшились оптико-пространственное восприятие и координация движений. Затем ребенок был включен в небольшую группу для развития коммуникативных навыков со сверстниками.

В заключение можно сказать, что танцевально-двигательная психотерапия как метод невербальной психотерапии эффективна в рамках коррекционной работы с детьми, имеющими различные нервно-психические расстройства.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятию танцевально-двигательной психотерапии.
2. Что включает в себя понятие «сенсомоторная интеграция»?
3. Что означает понятие «образ тела»?
4. Каковы задачи танцевально-двигательной психотерапии для работы с детьми, имеющими нервно-психические расстройства?
5. Назовите психотерапевтические мишени танцевально-двигательной психотерапии для детей с нарушениями аутистического спектра.

Рекомендуемая литература

1. Гренлюнд Э., Оганесян Н. Ю. Танцевальная терапия: Теория, методика, практика. — СПб.: Речь, 2011. — 228 с.
2. Кислинг У. Сенсорная интеграция в диалоге: понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие. 5-е изд. — М.: Теревинф, 2015. — 240 с.
3. Мамайчук И. И. Помощь психолога детям с аутизмом. — СПб.: Речь, 2007. — 288 с.
4. Рамос Валерио Л. Э. Методика КМСЕ в динамике антропософской танцевальной психотерапии. Теоретическое обоснование. Система диагностики. Оценка эффективности. Санкт-Петербург, Mauritius. LAP LAMBERT Academic publishing, 2019. — 93 с.
5. Milena Adamkova & Bela Hatlova (Eds) Psychomotor Therapy in the Treatment of Sshizophrenia University of J.E. Purkyne in Usti nad labem, Czech republic, 2012, 272 p.

Глава 30. Семейная психотерапия

Семейная системная психотерапия

Э. Г. Эйдемиллер, С. А. Кулаков

Существует минимум три определения семейной психотерапии.

Первое: семейная психотерапия является формой проведения основного метода психотерапии применительно к проблемам конкретной семьи.

Второе: семейная психотерапия является комплексом приемов и методов психотерапии, направленных на коррекцию психологического, социального и биологического статуса клиента в семье и при помощи семьи. Согласно этому определению семья содержит в себе как саногенный, так и патогенный потенциал.

Третье: семейная психотерапия — самостоятельные методы психотерапии, опирающиеся на определенные теории (систем, кибернетики, коммуникативных каналов и другого).

Среди наиболее частых подходов применяется структурная семейная психотерапия, стратегическая семейная психотерапия и поведенческая семейная психотерапия.

В структурном подходе подросток рассматривается как «носитель симптома», а семья — как пациент. Целью структурных вмешательств служит изменение структуры семьи для улучшения функционирования всех ее членов и создание более сбалансированной семейной системы. Например, в ригидной семье организовать более открытую коммуникацию и переговоры, хаотичной семье помочь выстроить иерархическую структуру, восстановить родительский контроль и сотрудничество в супружеской подсистеме, что обеспечит адекватное руководство семьей и воспитанием детей. В разобщенной системе психотерапевт помогает объединению семьи на основе помощи «идентифицированному пациенту» и прояснения возможных выгод для всех членов семьи. Важно отметить, что поставленные цели по изменению семейных структур должны соответствовать темпу восприятия семьей обратных связей.

Часто дисфункциональные семьи действуют по правилу «все или ничего» при рассмотрении возможных перемен. Нередко они опасаются, что в случае изменений они будут крайними по характеру. Например, передача ответственности подростку в «запутанной системе» может быть затруднена из-за страха матери перед его полным отделением от семьи и столкновением с супружескими проблемами.

В стратегической семейной психотерапии основное значение придается анализу нарушений семейной иерархии. Стратегия, используемая в этом психотерапевтическом подходе, основана на манипулировании властью. Иначе говоря, психотерапевт перераспределяет власть между членами семьи. Считается, что поведенческие отклонения ставят молодого человека на более высокую позицию, по сравнению с родителями, на лестнице семейной иерархии. Иерархия в семье определяется неизменно повторяющейся последовательностью, с которой один член семьи сообщает другому, что он должен делать. Порядок сообщений, при котором родители говорят детям, что им следует выполнять, в семьях без «носителя симптома» встречается гораздо чаще, чем противоположный. В семьях, где поведению детей присущи серьезные отклонения, психотерапевт сталкивается с такой ситуацией, при которой подростки, продолжая экономически и эмоционально зависеть от родителей, отказываются выполнять то, чего от них требуют старшие. Психотерапевтические вмешательства, применяемые этой школой, служат для установления в семье иерархии, при которой родители начинают занимать более высокую позицию по отношению к молодым людям. Коммуникация между родителями и детьми включает в себя сообщения о родительских ожиданиях, обращенных к детям, а также о правилах, на выполнение которых рассчитывают старшие, и, наконец, о мерах, последующих в случае нарушения установленных правил. Когда подросток теряет власть над родителями, он начинает вести себя в соответствии с социальными требованиями.

Поведенческое направление семейной психотерапии основано на принципах теории научения. Используются приемы и методы классического, оперантного и других видов научения (контракты, жетонная система, тренинг родительской компетентности, проблеморазрешающий подход).

В современной семейной психотерапии наблюдается тенденция к разделению терапевтических подходов на модернистский (конструктивистский, логический) и нарративный. В отечественной литературе по лингвистике существует прямой перевод этого слова с английского — нарративный (дословно — рассказывающий, описывающий, наглядно-образный). Последний подход считается более «гуманным». Истории, рассказываемые клиентом, могут носить печальный и комический характер, а выводы — быть абсурдными. Это деление, на наш взгляд, условно. Часто одно психотерапевтиче-

ское занятие использует множество комбинированных приемов. На рубеже тысячелетий границы между разными подходами семейной психотерапии стираются. Например, в структурной психотерапии, как и в поведенческой, отправным пунктом для психотерапевтического вмешательства служит наблюдение за поведением членов семьи. В стратегической семейной терапии постановка гипотез и задач психотерапевтом сближает его позицию с директивностью поведенческого подхода. Так, при сборе семейного анамнеза по генограмме составляется семейная история, учитываются «метафоры», «символы» и «темы». В каждом направлении семейной психотерапии можно найти определенные позитивные стратегии и использовать их в работе с детьми и подростками.

В целом необходимо определить, какие дисфункциональные семейные паттерны могут быть изменены. Учитываются аффективные, поведенческие и когнитивные ожидания каждого члена семьи. Независимо от применяемых подходов, семья должна активно участвовать в лечении.

Объектом вмешательства является не только дисгармоничная семья, но и семья, находящаяся в кризисе. Важно найти ресурсы семьи, способности и мотивацию к изменениям, акцентировать внимание на решении актуальных проблем.

Общие цели разных методов семейной психотерапии можно представить следующим образом:

- изменение в семье ряда представлений (установок, предположений) о предъявляемой проблеме;
- трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу;
- модификация проницаемости границ между подсистемами;
- создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство;
- уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из ее членов;
- коррекция разных форм иерархического несоответствия;
- прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи, вынесение на поверхность важных «незаконченных дел», открытие семейных секретов, улучшение коммуникативного стиля между членами семьи.

Семейная психотерапия представляет собой особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у ее больного члена. Обычно она сосредоточена на более чем одном члене семьи, хотя может иметь дело с одним из ее представителей на протяжении всего курса лечения.

Основные положения системного подхода

Семья — открытая, развивающаяся система, в которой равновесие поддерживается благодаря постоянному переходу от гомеостаза к изменениям.

Наша жизнь протекает в широкой иерархии взаимодействующих систем (от молекулярного уровня до космоса). Семья представляет собой открытую систему, где члены семьи взаимодействуют друг с другом и окружающими системами (школа, производство). Семья постоянно развивается вследствие взаимодействия («обратных связей») с внешними системами (биологическими и социальными). Внешние силы могут оказывать положительное или отрицательное влияние на семью, а она, в свою очередь, воздействует аналогичным образом на другие системы. Таким образом, семейная система стремится, с одной стороны, к сохранению сложившихся связей, с другой — к развитию и переходу на более высокий уровень функционирования.

Эта система имеет следующие характеристики:

- 1) система как целое больше, чем сумма ее частей;
- 2) что-либо затрагивающее систему в целом влияет на каждую отдельную единицу внутри системы;
- 3) расстройство или изменение в состоянии одной части системы отражается в изменении других частей и системы в целом.

Симптом и система связаны между собой и служат для каких-то целей семьи.

Принципы системного подхода входят во все модели семейной психотерапии. Они могут быть суммированы следующим образом:

1. Люди в семьях тесно связаны друг с другом и «застревают» на отношениях и установках, которые чаще способствуют появлению проблемного поведения, чем росту и развитию каждого члена семьи.
2. Люди, живущие в тесной близости, постепенно устанавливают картины взаимодействия, состоящие из относительно стабильных последовательностей вербального и невербального поведения.
3. Картины взаимодействия, поведение и установки, которые наблюдает и в которые вовлечен терапевт, могут быть восприняты им «линейным» (установление причинно-следственных отношений) или «циркулярным» (обнаружение связи симптома с проблемами в семье; определение циркулярной последовательности событий, взаимно влияющих на каждого члена семьи) способом.

4. Проблемы в семейной жизни часто связаны с дилеммами в адаптации к некоторым средовым влияниям или изменениям (горизонтальные стрессоры). Такие изменения уже могли произойти или могут произойти. Например, юноша, который отделяется от родительской семьи, миграция семьи или неминуемый развод. Все это заставляет расстаться со старыми картинами отношений и создавать новые.

Живая система характеризуется изменчивостью от хаоса (энтропия) до ригидности — по отношению к большому комплексу устойчивых, повторяющихся картин взаимодействия. Здоровые и дисфункциональные члены семьи имеют шанс проявить множество способов реагирования на «обратную связь» из среды. Следовательно, обратная связь может быть обозначена как системный ответ на требуемые изменения для адаптации. Она может проявляться отказами от изменений, поддерживая гомеостаз (например, оставить вещи такими, какие они есть). Члены гармоничной семьи быстро и адекватно реагируют на изменение внешней и внутренней ситуации. Реакцией на «обратную связь» является позитивное изменение в семье, рост и креативность ее членов. В таких семьях при возможности притяжение между родителями, супружеская и детская подсистемы имеют четкие границы. Здоровая семья основана не на доминировании родителей над детьми, а на том, что сила первых обеспечивает безопасность вторых. Семейные правила здесь открыты и служат позитивными ориентирами для роста каждого члена семьи. Подробные детали, рассуждения, способы и языковые особенности, которыми семья пользуется для описания этих изменений, служат ключами к открытию нюансов функционирования семейной системы и решению их проблем.

5. Невысказанные эмоции, ригидные установки, секреты могут стать сильным препятствием для нормализации гомеостаза.

Дисфункциональная семья — семья, которая не обеспечивает личностный рост каждого из своих членов.

6. Дисгармоничные (дисфункциональные) семьи — ригидные семейные системы, которые пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами, независимо от изменения внешних условий. В результате этого блокируются актуальные потребности самого «слабого» члена семьи (чаще — ребенка), и у него возникает какое-либо заболевание (соматическое, психосоматическое или психическое расстройство). Он становится «носителем симптома», который позволяет удерживать старые сложившиеся взаимоотношения между членами семьи. Симптоматическое поведение появляется в результате стереотипных, «застывших» ролевых взаимодействий между членами семьи,

служит «коммуникативной метафорой» (шифром потребностей семейной системы), отражая некоторые закрытые темы, прямое обсуждение которых нарушило бы семейные правила. Если семья рассматривается как саморегулирующаяся система, а симптом — как механизм регуляции, то в случае ликвидации симптома вся система окажется временно нерегулируемой.

7. С системной точки зрения изменение — не единственное решение единственной проблемы, а дилемма, требующая разрешения. Принципиальный вопрос семейной психотерапии заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет. Дискуссия переносится с обсуждения проблемы, кто является носителем симптома, что его вызывает и как от него избавиться, на проблему, как без него будет функционировать семья и какую цену ей придется заплатить за его исчезновение.

8. Концепция гомеостаза должна учитываться при любом вмешательстве в семью. Полезно знать, до какой степени аспекты семейной жизни изменились и какие картины предыдущих семейных взаимоотношений поддерживаются, что влияет на развитие личности ребенка и что может возникнуть в результате последующей семейной реорганизации. Дисфункциональные семьи часто пытаются сохранять статус-кво, несмотря на попытки психотерапевта стимулировать изменения.

9. «Идентифицированный пациент», или «носитель симптома», может возникнуть в семье как при попытке сохранения гомеостаза во время прохождения какой-либо стадии жизненного цикла, так и при разрешении конфликта неадекватным способом. Ряд семей пытаются в ответ на системные стрессоры, сдвиги или травмы реагировать усилением ригидных картин взаимодействия («инконгруэнтная адаптация»). Сохранение или усиление негибких способов реагирования почти универсально в ситуациях страха, возникающего в результате болезни, миграции, расовой дискриминации и других факторов, связанных с потерей, но при длительном использовании этого механизма защиты нарушается естественный обмен энергии в семье и при соответствующей генетической предрасположенности симптоматика может достигать даже психотического уровня.

Наблюдение 1

Андрей, 13 лет. До 11 лет никаких проблем с мальчиком не было. В 11 лет впервые отмечено появление жалоб на страх смерти, который сопровождался головокружениями, сердцебиением, онемением рук и ног, покалыванием в кистях рук. Требовал корвалола, после которого все симптомы проходили. Эти жалобы наблюдались в течение двух месяцев, затем в течение двух лет не регистрировались.

Жалобы появились вновь весной 1998 года, после ухода отца. Мальчик стал плаксив, снизилось настроение («Отец ушел — это конец моего

представления о жизни»). Летом 1998 года подросток ездил к родителям отца, и у него возник страх, как он один будет возвращаться в Петербург. Когда он прибыл в наш город, его отвезли к бабушке для снятия сглаза («папина новая жена «сглазила», чтобы папа ко мне не тянулся»), но результат «доморощенной» психотерапии был отрицательным. В середине сентября присоединились другие необычные отклонения в поведении. Вот как мальчик сам описывает свои жалобы: «Это началось где-то полмесяца назад. У меня появилось ощущение двойного пространства (будто я вижу себя со стороны). После этого у меня появились страхи за здоровье, мне чаще стало становиться плохо. Затем возникла навязчивая мысль, что мне должно стать плохо. Я стал ощущать страх, когда входил в метро, а потом страх выходить на улицу надолго. Появилось ощущение уныния, мысль, что я никогда не поправлюсь. Настроение стало меняться очень часто». Боязнь за здоровье трансформировалась в страх смерти. Мальчик отказался ездить в метро и другом общественном транспорте. В конце сентября снизилась успеваемость в школе; кроме того, периодически повышалась температура тела до 37,2. В начале ноября на улице отмечен эпизод суженного сознания: видел только мать и дом. Испытывал ощущения, будто он находится в маленькой стеклянной комнате. Присоединился страх открытого пространства, и подросток отказался посещать школу.

Наблюдался в отделении невротиков, получал феназепам. В результате медикаментозной терапии «расстройство двойного пространства» стало менее интенсивным. Назначенная затем гипнотерапия не принесла улучшения: сохранялись сниженное настроение и тоска, появилась потребность говорить о смысле жизни. Часто спрашивал мать, любит ли она его. Дома в выходные дни слушал записи любимых мелодий через плеер, телевизор не смотрел. В конце сентября этого года мальчик убедился, что отец в семью не вернется; он был вскоре госпитализирован в психиатрическую больницу.

В отделении вначале плакал и грустил по дому, отмечалось сниженное настроение. Получал медикаментозную терапию: антидепрессант флуоксан — 2,5 мг/сутки. Настроение улучшилось. Играл с детьми, приступил к учебе в школе. В домашний отпуск мать забрала его на машине. Дома был тревожен, звонил лечащему врачу. На фоне продолжающейся биологической терапии постепенно повеселел, во второй отпуск ездил уже на общественном транспорте. Дома после слов матери «скоро папа приедет» произошел срыв — мальчик стал апатичным, тревожным и снова попросился в больницу. Возобновился страх смерти.

Прародительская семья. Дед по линии матери обижал собственную жену, кричал на нее. Бабушка, по характеру закрытая и сдержанная, терпела его эмоциональные взрывы.

Мать Андрея вышла замуж за курсанта морского училища в 18 лет и «сделала» его капитаном. Мотивы вступления в брак: любовь плюс неосознанный поиск защитника от родительской семьи. Четко определить свои чувства к мужу не смогла. Называет его папа Сережа. Знала, что вышла замуж за бродягу, но думала, что сумеет его переделать. Из беседы с ней возникло предположение, что для нее важен сам факт официально зарегистрированных отношений. После родов она страдала пониженным настроением, была тревожна, испытывала страх за воспитание ребенка. Принимала транквилизаторы. Последние годы муж часто и надолго (8–10 месяцев) уходил в рейсы, а летом уезжал помогать матери. Разлуку переносила тяжело, но оставалась верной женой. Ею интересовались другие мужчины, но как только дело доходило до интимных намеков, быстро обрывала отношения. Муж не оправдал ее надежд, она часто обижалась на него, но свои чувства обычно скрывала. Зависима от мнения собственной матери, находится в конфликтных отношениях с отцом. Андрея сильно опекает, в 13 лет он редко куда-либо ездит один, не умеет даже разогреть еду.

Со свекровью отношения сложные. С самого начала совместной жизни первая вмешивалась в их отношения, пыталась контролировать супругов даже на расстоянии. В январе 1998 года свекрови удалось «найти другую жену для своего сына», и, вернувшись из рейса, он сказал, что уходит навсегда. Внутренне, несмотря на состоявшийся вскоре развод, мать Андрея не верила в окончательный разрыв отношений, пыталась вернуть сыну отца: просила навещать его, приезжать к нему. У матери есть родной брат: 41 года, замкнутый, неженатый.

Дед Андрея по линии отца всю жизнь жил по правилу — не перечить своей жене. Отец Андрея — молчаливый, необщительный. Когда приходил из рейса, предпочитал находиться дома и смотреть телевизор, чем идти в гости. Любит сына. В декабре 1997 года покинул семью, оставив жене и сыну по письму («Раньше я жил неправильно...»). Переехал к родителям. В настоящее время состоит в гражданском браке с новой женщиной. Имеет брата-близнеца, который проживает в подмосковном городке. Он женат, у него сын 12 лет.

Пациент осмотрен консилиумом врачей в ноябре 1998 года. «До 11 лет развитие ребенка было нормальным. С 11 лет — симптоматика, которая проявлялась в виде синдрома вегето-сосудистой дистонии: головокружения, онемение в мышцах рук и ног, нарушения ритма сердца. В 13 лет присоединились дереализационные нарушения, которые носят пароксизмальный и перманентный характер, сочетаясь с истерической и тревожно-депрессивной симптоматикой. Бредово-галлюцинаторной продукции не выявлено. При психологическом обследовании выявлены структурные нарушения

мышления. Контекст семейных отношений деформирован, ребенок играет роль «носителя симптома», благодаря которому бессознательно пытается вернуть любовь матери и отца. Отношения матери и сына носят симбиотический и инцестозный характер. Ребенок своим поведением отражает «расщепленные» («схизисные») отношения в семье. Отмечается выраженная регрессия на оральную стадию (на рисунках превалирующим элементом является рот). Все поведение имитирует поведение младенца, боящегося потерять мать.

Семейный диагноз

Первым шагом в любом психотерапевтическом подходе является формирование гипотезы, без которой психотерапевт не в состоянии получить или организовать информацию. Проявление симптома часто совпадает с определенным или заранее предвиденным изменением в семье, угрожающим нарушить равновесие (уход из семьи одного из ее членов, вступление в брак, переход на другую работу, поступление в школу, развод, достижение переходного возраста или средних лет, болезнь или смерть).

Тревога, вызванная данными изменениями, активизирует дремавшие до этого конфликты, которые, вместо того чтобы разрешиться, находят выражение через симптом.

Собирая семейный анамнез психических расстройств, клиницист может получить ключи к появлению отклоняющегося поведения. Необходимо выяснить не только прошлую историю лечения и установления психиатрического диагноза, но и подобные, трудно диагностируемые коморбидные симптомы у другого члена семьи.

Семейный диагноз, представляя собой клиническую основу семейной психотерапии, требует от специалиста в области психического здоровья знания системного подхода. Рекомендуется задать членам семьи и самому себе вопросы и получить информацию о следующих картинах взаимодействия (поведения) в семье.

Функции симптомов

Одни и те же симптомы в разных системах могут нести противоположный смысл и иметь разные функции, поэтому важен анализ уникальной ситуации данной семьи. Понимание того, что может означать то или иное симптоматическое поведение в контексте отношений семьи, каков его смысл для отдельных ее членов и для системы в целом, является одной из важных задач семейного психотерапевта. Симптоматическое поведение — часть

циркулярных коммуникативных последовательностей, имеет функции, связанные со стабилизацией и развитием семейной системы.

Обратим внимание на две наиболее важные функции симптомов в семейной системе.

Морфостатическая функция. В происхождении эмоциональных и поведенческих расстройств вследствие злоупотребления психоактивными веществами особое место принадлежит способам разрешения конфликтов между членами семьи. В этом случае симптом носит морфостатическую (отклонения в сторону снижения) функцию в семье. Блокирование отрицательных эмоций между членами семьи в дисгармоничных семьях создает ситуацию перенапряжения. Носитель симптома непроизвольно «оттягивает» энергию на себя. Идентифицированный пациент помогает сохранять семейный гомеостаз, ребенок — носитель симптома подкрепляет родительскую потребность в контроле (позитивная трактовка симптома — positive connotation).

Позитивная трактовка симптома (переопределение) — поиск позитивного значения симптома или поведения для семейной системы. В тех случаях, когда совершаются насилие, самоубийство, инцест или криминальные действия, положительно определяется мотивация, стоящая за такими поступками, а не сами поступки.

Так, девиантное поведение ребенка может служить попыткой уменьшить напряжение в браке родителей, оно играет роль психологической защиты. Родители временно откладывают свои конфликты и переключаются на симптом.

Морфогенетическая функция (позитивная обратная связь, отклонение в сторону усиления) имеет своей целью изменение семейной системы, переход на другую стадию. Идентифицированный пациент нарушает жесткие семейные правила. Так, подросток может предпринять суицидную попытку в качестве крайней меры, чтобы получить больше жизненного пространства для себя и желая изменить жесткие семейные правила.

Появление носителя симптома может быть инконгруэнтной попыткой в необычной форме воздействовать на ригидную систему без нарушения ее законов, системы правил семьи.

Симптом и система связаны между собой и служат для каких-то целей семьи.

Перечень вопросов и проблем, которые специалисту следует обсудить при сборе семейного анамнеза:

1. Какие события недавно произошли в семье и ухудшили ее функционирование?
2. Чем отличались отношения в семье перед возникновением проблемы, после ее появления и перед началом обращения к специалисту?
3. Почему семья обратилась сейчас?
4. Дисфункция семьи имела острую (кризисную) форму или носила хронический характер?
5. Как член семьи, договорившийся о встрече с психотерапевтом, «отражал» семейную систему? (Инициатор обращения, ответственный член семьи или «сам виноват» в проблеме.)
6. Связана ли предъявляемая проблема или симптоматическое поведение с нарушениями внутри семейной системы? Выяснить нарушения границ между подсистемами (размытые, жесткие).

В качестве иллюстрации нарушения границ между подсистемами приводим следующее наблюдение.

Наблюдение 2

Татьяна А., 15 лет, направлена на семейную психотерапию в связи с неэффективностью медикаментозной терапии и трудностью установления контакта с матерью и бабушкой. Девочка обратилась с жалобами на выпрямление волос до косметического дефекта.

На первую консультацию пришли Татьяна (идентифицированный пациент), мать и бабушка (врач-педиатр на пенсии). Из анамнеза известно, что девочка родилась от второй беременности, первая закончилась выкидышем. В первой половине беременности — токсикоз. Роды срочные, закричала сразу. Вес — 2900 г, длина — 50 см. Грудное вскармливание до 3 месяцев, после и до 9 месяцев — сцеженным молоком. На 3-й день жизни обнаружен сальмонеллез — лечение в Институте детских инфекций. В 6 месяцев выявлен пиелонефрит, который потребовал длительного лечения антибиотиками. Росла слабенькой, поздно стала поднимать голову, но затем догнала ровесников. В 1 год начала ходить, фразовая речь — с полутора лет.

В 4 года родители обратились к психоневрологу по поводу раздражительности, повышенной тактильной чувствительности (раздражала одежда). Перед сном стала просить маму «пощипать спинку за волосы» и только после этого засыпала. До школы тяжело усваивала двигательные навыки в спортивной секции. К школе умела читать, считать, писать, знала начальный уровень английского языка.

В школу пошла в 7 лет, училась хорошо до переходного периода. Занималась английским языком, фигурным катанием, ходила в бассейн.

Во 2-м классе после летнего отдыха в лагере почти весь класс был заражен педикулезом. Приходилось втирать мазь и вычесывать волосы, что девочке очень не нравилось.

В 13 лет стала много болеть респираторными инфекциями, пропускала занятия, в школе появились тройки. Новая компания на даче — со слов мамы, мальчики пьют и курят. Для девочки, по ее мнению, это единственная отдушина. В компании есть близкий друг, который на три года старше девушки. Мать пытается заставить дочь бросить эту компанию.

Воспитание внучки, по словам бабушки, по типу кумира семьи. Все, что приносится в дом, — «все для Тани, она ничего не делает по дому».

Мать считает основным в воспитании дочери — помочь приобрести специальность, а отец — оплатить образование, если понадобится.

Папа, со слов мамы, — «невропат, пожарная машина», не может жить со всеми членами семьи и переехал в отдельную квартиру. Когда жили вместе, мама ходила на цыпочках. После конфликтных ситуаций приходится до ночи успокаиваться самой и успокаивать его. Сейчас он занимает должность заведующего лабораторией в университете. Несмотря на высшее образование, не прочитал ни одной художественной книги. Отношения с дочерью формальные.

С бабушкой отношения сложные, так как она пытается вмешаться в «неправильное воспитание» и разобраться в проблемах ребенка. Внучка воспринимается ею как зажатая и агрессивная, если влезают ей в душу. Внешне не выражает никаких эмоций, без красок.

По мнению мамы, девочка, наоборот, общительная и эмоционально тонко чувствующая.

Выдергивание волос появилось с 13 лет, совпало с началом месячных. Хотя мама и раньше замечала, что у девочки всегда взлохмачена голова. В школе стала более зажатая, перестала рисовать и лепить, хотя ранее эти занятия хорошо проходили. Появились новые друзья, которые ее понимают. В классе отношения с ровесниками сложные. Приходя из школы, говорит: «Я их ненавижу». Выдергивание волос вскоре стало достигать степени облысения, определилась четкая закономерность преобладания определенной половины. Ритуального характера, связи с психотравмирующими ситуациями выявлено не было.

За два дня до начала учебного года вырвала волосы до обширного косметического дефекта. Носила парик. Сейчас от ношения парика отказалась, так как опасалась, что он сорвется на уроках физкультуры или где-нибудь еще. Дома выдергивала волосы у себя в комнате, когда делала уроки и никто ее не видел, а также в туалете. Когда ее останавливали родители, оправдывалась, что себя не контролирует или что просто пригладила волосы.

Бабушка отмечает особенности девочки: сидит в туалете по 30 минут с шахматами, моется в ванной по 40 минут два-три раза в день. Послед-

нее время стала задавать навязчивые вопросы, красивая ли она. Была обеспокоена формой носа. Успокаивалась, если ее многократно заверяли, что она красивая и у нее голливудские параметры. Не переносила уколы и вид шприца.

Мать неоднократно обращалась с девочкой к врачам-невропатологам, психологам, психоаналитикам и психотерапевтам. В последний визит был назначен галоперидол. Татьяна отказывалась посещать врачей, так как не считала себя сумасшедшей.

В начале беседы девушка была напряжена, на некоторые комментарии матери давала агрессивные реакции. Усиление симптома наблюдалось в ситуациях, где девочке предъявлялись какие-либо требования. Обнаруживала признаки психического инфантилизма: грацильность, склонность к обвинениям, слабый самоконтроль, отсутствие прогнозирования своего поведения. Считала, что может сама поправиться, если ей дадут свободу. Наибольшей ценностной ориентацией для подростка служила сфера общения: «Мне еще в детстве говорили, что у меня в этом деле талант». После школы собирается стать менеджером.

Эти высказывания девочки стали ключевыми для последующего проведения семейной психотерапии отдельно с матерью, отцом и бабушкой, нацеленной на предоставление свободы девочке, передаче ей ответственности, пересмотре позиций в воспитании, расчерчивании границ между подсистемами. В последующем мать сама прошла групповую психотерапию, сообщив, что никогда не думала, что у нее столько проблем. Татьяна с двумя тройками закончила 10-й класс и поступила на подготовительные курсы в Финансово-экономический университет. Выдергивание волос возникало эпизодически, дефект на голове устранился.

Границы — воображаемые вехи внутри и между системами, через которые информация переводится из модальности одной системы в другую. Используют в описании взаимоотношений между семьей и микросоциальным окружением, а также подсистемами внутри семьи. Семейные границы могут быть выражены через правила, которые определяют, кто принадлежит данной системе или подсистеме и каким образом он ей принадлежит. Границы могут быть ясными, ригидными и диффузными. Ясные границы рассматриваются как здоровые и функциональные. При ригидных границах информация между семейными подсистемами проходит с трудом. Это ведет к эмоциональной отдаленности каждого члена семьи друг от друга (например, отец проводит все время на работе, дети — на молодежных тусовках, а мать занимается дачей). Диффузные границы допускают легкое проникновение информации между подсистемами, которое ведет к «запутанному» клубку во внутрисемейных отношениях.

Понятие «подсистема» может быть использовано для описания отдельных элементов системы, например членов семьи. Семейные подсистемы определяются такими факторами, как поколение, пол, интересы. Очень часто подсистема охватывает подгруппу семьи: родительская подсистема, супружеская, детская или женская/мужская. Каждый индивид может принадлежать ко многим семейным подсистемам. Взаимодействия между подсистемами управляются определенными семейными правилами.

Природа отношений подсистем — центральный пункт сбора анамнеза для детских психиатров, работающих с семьями: кто кого слушает, кто кого игнорирует и кто меняется в результате получения информации от другого. Границы могут быть значительно нарушены: например, излишнее слияние между членами семьи, инфантилизация родителей или присвоение родительских функций детьми («перевернутая иерархия»). Специалисту также важно определять границы между семьей и супрасистемой (физической, экономической, межличностной и экологической), где семья является составной частью.

Концептуальное группирование понятий из теории семьи и семейной психотерапии выявило три центральных понятия семейного поведения: сплоченность (солидарность, консолидация), адаптация (приспособляемость) и коммуникация. Эти три важнейших параметра Д. Олсон интегрировал в Circumplex Model.

Автор акцентирует внимание на анализе двух основных параметров — семейной сплоченности и семейной адаптации.

Семейная сплоченность характеризует степень удаленности членов семьи друг от друга или, наоборот, связанности с ней и подразумевает прежде всего эмоциональную связь (привязанность), испытываемую членами семьи. В семейную сплоченность входят следующие параметры: эмоциональная связь, семейные границы, времяпровождение, друзья, поддержка и коалиции (мать — ребенок, мать — отец и т. д.), принятие решений, интересы и отдых (развлечения).

Семейная адаптация оценивается как способность семейной системы менять и приспособливать свою силовую (властную) структуру, ролевые отношения, нормы и правила. В рамках Circumplex Model выделяют четыре уровня семейной сплоченности, в пределах от экстремально низкого до экстремально высокого, которые, соответственно, называются: разобщенный (disengaged), разделенный (separated), связанный (connected) и сцепленный (enmeshed).

Аналогично выделено четыре уровня семейной адаптации, от экстремально низкого до экстремально высокого, которые, соответственно, называются: ригидный (rigid), структурированный (structured), гибкий (flexible), хаотический (chaotic).

Существуют умеренные или сбалансированные уровни как семейной сплоченности, так и семейной адаптации — именно они наиболее жизнеспособны и характеризуют успешное функционирование. Для семейной сплоченности этими двумя сбалансированными уровнями стали разделенный и связанный, а для семейной адаптации — гибкий и структурированный. Дисфункцию системы создают крайние варианты, которые чаще всего приводят к появлению носителя симптома.

Если внешние границы слишком жесткие, то происходит мало обменов между семьей и окружением, наступает застой в системе. Если границы слишком слабые, то у членов семьи много связей с внешней средой и мало между собой. Экстремальные уровни обычно рассматривают как проблематичные.

Внимание к центростремительным или центробежным импульсам помогает при сборе анамнеза. Центростремительная картина возникает в ригидной системе, где идентифицированный пациент связан жесткими семейными границами. Положительное подкрепление чаще возникает внутри системы, чем снаружи, а личностный рост и отделение члена семьи воспринимается с высокой степенью амбивалентности. Мотивация потребления наркотика — атарактическая, а функция симптома — морфогенетическая. При центробежных картинах пациент (часто ребенок) рано и настойчиво изгоняется из семьи. Система имеет недостаток внутреннего сплочения, и члены семьи находят положительное подкрепление вне ее. Важно рано выявить такие картины — это будет способствовать предупреждению болезней.

Итак, продолжим перечень вопросов и проблем, которые специалисту следует обсудить при сборе семейного анамнеза:

7. Выявить нарушения семейной коммуникации (внутри семьи и с внешним миром): взаимные нападки, критику, отвержение, клевету, неумение выслушивать друг друга, эмоциональное и физическое пренебрежение друг другом; отсутствие или избыток дисциплинарных техник, обнаружение «двойного зажима».

8. Диагностировать искажения эмоциональных связей и интеракций между родителями, отсутствие или искажение родительской модели поведения, с которой ребенок (сознательно или бессознательно) идентифицируется.

9. Определить наличие дисфункциональных стилей совладания со стрессом (например, неадекватная агрессия или уход в болезнь), выделить наиболее часто используемые психологические защиты, стратегии совладания с трудностями (копинг-стратегии), когнитивные искажения (правила, установки).

10. Обратить внимание на отсутствие необходимых социальных навыков (когнитивный дефицит): совместный прием пищи, выражение положительных эмоций, ведение разговора, соблюдение правил проживания.

11. Получить информацию, объединяющую людей и события. Кто первым заметил? Кто больше всех беспокоился о проблеме? Какое из событий произвело наибольший эффект на семью?

12. Исследовать семейный треугольник. Вовлеченность в треугольники и взаимные пересечения могут передаваться из поколения в поколение.

13. Какую функцию при стабилизации семьи выполняет симптом?

События изучаются в пределах того контекста, в котором происходят, при этом внимание концентрируется на связях и взаимоотношениях, а не на отдельных характеристиках.

14. Поскольку главной целью гипотезы является определение связей, чрезвычайно важно, как накапливается информация.

При разработке системной гипотезы информация накапливается и интегрируется на трех уровнях — поведенческом, эмоциональном и когнитивном (что люди делают, чувствуют и мыслят).

Важно осознать, как три уровня связаны между собой и поддерживают симптом. Общие гипотезы семейного функционирования должны быть циркулярными и включать в себя всех членов семьи. При этом симптом рассматривается как звено циркулярной последовательности, в которой семья застряла. (Как один поступок связывается с другим, чтобы сохранялось равновесие в семье? Какие циклические поведенческие паттерны можно наблюдать в связи с симптомом в этой семье?) Как все соотносится со стадиями жизненного цикла семьи и семейной структурой? И как симптоматическое поведение выглядит в контексте семейной истории по крайней мере трех поколений? Итогом является определение функций симптоматического поведения в ядерной и распространенной семейной системе, а также отношение к нему как к коммуникативной метафоре.

15. Исследовать семейные секреты. Когда мы исследуем сильные стрессовые события в семье, нужно определить, нет ли избытка неотреагированных потерь и дистрессов, а также семейных секретов (табу).

Обнаружение семейных секретов требует от психотерапевта обладания определенными качествами: внимательное слушание и улавливание деталей, выявление болезненных тем у семьи и «вытаскивание» их путем задавания вопросов; способность внедряться в конфликтный разговор, делать логические скачки, менять стиль поведения (то быть серьезным, то использовать юмор) и применять другие приемы, способные «расшатать» правила семьи. Важно заподозрить секрет и найти безопасные пути для его обнаружения.

Секрет — это информация, скрываемая от других людей. Многие семьи имеют секреты, касающиеся добрачной беременности, суицида родственника, криминальной деятельности деда и других событий. Клиническое значение секрета состоит в тайной власти его над каким-либо членом семьи. Определенные секреты могут усилить уязвимость одного члена, смущение другого, спровоцировать на неблагоприятный поступок из-за нежелания огласки. Роль секрета — стабилизировать или защищать семейную систему. Непростая вещь — хранить информацию и не раскрывать ее. Значительное количество энергии идет на ограничение и поддержание секрета. Чаще всего он представлен на сознательном уровне, но может быть и неосознанным. Хотя все члены семьи знают о нем, сам секрет редко упоминается внутри системы.

16. Доступна ли семья, включая носителя симптома, для изменений?

После того как психотерапевт сформулировал гипотезу, следующим шагом нужно составить терапевтический контракт с семьей, озвучив условия курса психотерапии. Это осуществляется путем определения связи между симптомом и системой и постановки дилеммы изменений. Если симптом используется как секретное оружие в тайной борьбе или закрепляется в постоянно повторяющемся цикле взаимодействия, любые попытки облегчить его, скорее всего, заранее обречены на неудачу. Терапевт окажется в парадоксальном положении, когда семья будет просить его ликвидировать симптом у идентифицированного пациента и при этом сопротивляться изменениям.

Задача семейной психотерапии состоит не только в избавлении от симптома, но и в определении «психологической» цены за его исчезновение.

17. Определить, какие члены семьи могут сотрудничать с психотерапевтом, а кто будет сопротивляться изменениям.

18. Выяснить влияние на семью других систем (школы, работы, ровесников, семей родственников).

19. Убедиться в способностях и возможностях (физических, психологических) психотерапевта для работы с этой семьей. Обратите внимание на собственный эмоциональный ответ на внедрение в семейную систему. Есть ли ощущение закрытости, защищенности, диффузности или отсутствия границ. Эти реакции обычно дают ключи о внешних системных границах и предполагаемых стратегиях для дальнейшего вхождения в систему. Проверьте ее на относительную толерантность к отделению. Например, спрашивая пациента о его будущем или о женитьбе, наблюдайте за ответом системы и каждой подсистемы в отдельности на вмешательство.

По мере того как члены семьи будут отвечать на эти вопросы, они получают разъяснения и освещают другие моменты, в частности, кому адресуется защита

(опека, помощь) со стороны носителя симптома, кто получает от симптома межличностную «выгоду» и каковы ее мотивы. В ходе этого перед врачом раскроется и система взаимодействий (циркулярная последовательность коммуникаций), принятая в семье, коммуникативная метафора симптома или поведения.

СЕМЕЙНЫЕ МИФЫ

Термин, предложенный Антонио Феррейрой (Ferreira A. J., 1966), означает определенные защитные механизмы, используемые для поддержания единства в дисфункциональных семьях. Синонимами семейных мифов являются понятия «верования», «убеждения», «семейное кредо», «ролевые экспектации», «согласованная защита», «образ семьи, или образ “мы”», «наивная семейная психология» и другие (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис, 1990).

Семейные мифы исследуются клиническим и экспериментально-психологическим методами в рамках психоаналитического понимания защитных механизмов, теории ролевого взаимодействия, когнитивной психологии и когнитивно-поведенческой психотерапии. Т. М. Мишина (1983) первой ввела понятие «образ семьи, или образ «мы», под которым имела в виду целостное, интегрированное образование — семейное самосознание. Одна из наиболее важных функций семейного самосознания — целостная регуляция поведения семьи, согласование позиций отдельных ее членов. Адекватный образ «мы» определяет стиль жизни семьи, в частности супружеские отношения, характер и правила индивидуального и группового поведения. Неадекватный образ «мы» — это согласованные селективные представления о характере взаимоотношений в дисфункциональных семьях, создающие для каждого члена семьи и семьи в целом наблюдаемый публичный образ. Цель семейного мифа — замаскировать неудовлетворенные потребности и конфликты, которые есть у членов семьи, и согласовать некие идеализированные представления друг о друге. Для гармоничных семей характерен согласованный образ «мы», для дисфункциональных — семейные мифы.

Под семейными мифами многие авторы понимают определенное неосознаваемое взаимное соглашение между членами семьи, функция которого — препятствовать осознанию отвергаемых образов (представлений) о семье в целом и каждом ее члене. Выделяются такие мифы, как «проекция», «отказ», «расщепление»; некоторые когнитивные селективные сценарии, описанные в «наивной семейной психологии», определенного содержания, особенно часто встречающиеся в дисфункциональных семьях современной России (Т. М. Мишина, 1983; Э. Г. Эйдемиллер, 1994).

Механизм психологической защиты — «расщепление» — выступает в двух формах. Первая встречается, когда супруги имеют сходные личностные проблемы. При этом «отвергаемые стороны» представлений о себе каждого супруга проецируются ими за пределы семьи и солидарно не при-

нимаются обоими супругами. Например, супруги с вытесняемыми сексуальными импульсами, испытывающие неосознаваемое беспокойство в связи со своими сексуальными потребностями, склонны создавать миф «мы чистые, идеальные люди», а других людей считать грязными, распущенными и распространять эту оценку на моральные устои всего общества. При второй форме расщепления речь идет о ситуации, когда один из супругов ищет в другом те качества индивида, которые бессознательно воспринимаются им как символ подавленных аспектов собственной личности. Суть взаимного запретного соглашения в том, что каждый из партнеров неосознанно поддерживает в супруге проявление качеств, которые он как бы не признает в себе. Из-за этого вместо гармоничного согласия, в частности, по вопросам сексуальной приемлемости у одного из партнеров возникает стремление поощрять другого партнера на те формы поведения, которые он сам боится реализовать. В данной ситуации поиск путей к удовлетворению сексуальных потребностей сопровождается переживанием неуверенности, тревоги и вины.

Когнитивные аспекты восприятия членами семьи, создание согласованных представлений о семейном функционировании, базирующихся на когнитивных семейных сценариях, с помощью которых поддерживается семейное единство, рассматриваются в рамках когнитивной психологии и когнитивно-поведенческой психотерапии (А. Эллис, 1977, 1981 и др.). Когнитивные семейные ситуации — весьма долго существующий, динамичный и резистентный к интерференции образец деятельности или реагирования у лиц в определенном семейном контексте. Он развивается сам благодаря дифференциации и интеграции имеющихся элементов (установок, предписаний и убеждений, эмоционально-поведенческих реакций и другого) и может быть актуализирован по потребности при меняющемся характере взаимодействий двух индивидов, личности и требований семьи и среды.

По Э. Г. Эйдемиллеру (1995), наиболее частыми в дисфункциональных семьях являются следующие семейные мифы: «Мы такая отличная семья, но другим не дано этого понять», «Он такой поганец (о своем ребенке), что не стоит нашей заботы», «Он очень чувствительный (ребенок, большой член семьи) и требует особого отношения; мы живем для него». Подобные мифы, предъявляемые окружающим (учителям, знакомым, психотерапевту), предполагают определенную структуру семейных ролей: «семья с кумиром», «семья с больным членом», «козел отпущения» и другие. В основе этих мифов лежат неосознаваемые эмоции, определенным образом соединяющие членов семьи: вина, эмоциональное отвержение, страх перед ответственностью выступать в определенной семейной роли. Адекватный образ «мы» способствует целостной регуляции поведения членов (элементов) в динамичной системе семейного контекста, а неадекватный принимает форму семейных мифов, способствующую поддержанию дисфункциональных отношений в семье,

в результате чего потребности ее членов в росте и изменении, самоактуализации и кооперации оказываются неудовлетворенными, а семья в целом ригидно воспроизводит прежний опыт, мало учитывая изменения в большой системе — обществе.

Приемы и техники семейной психотерапии

В семейной психотерапии условно выделяют следующие этапы:

- объединение психотерапевта с семьей, присоединение его к предъявляемой ею структуре ролей;
- формулирование терапевтического запроса;
- реконструкция семейных отношений.

Присоединение заключается в способности психотерапевта установить контакт с каждым членом семьи для дальнейшего успешного лечения. Существует три типа присоединения по Минухину: поддержка, следование, отражение.

Поддержка заключается в сохранении семейной структуры и уважении семейных правил. Принято начинать опрос с главы семьи или инициатора обращения. Вовлекать первым в интервью пациента не всегда рекомендуется, так как он может воспринять это как еще одну «родительскую» попытку вторжения в его границы. Некоторые психотерапевты начинают опрос с менее вовлеченных членов семьи. Каждый должен получить шанс высказаться о проблеме. Позиция врача нейтральна на первом этапе и заключается в минимизации комментариев на прямые и не прямые сообщения и невербальное поведение. Различные приемы используются для снижения уровня стресса в семье, поддержки обвиняемого члена, возможных гипотез происхождения проблем. Для уменьшения уникальности симптоматики или нежелания семьи меняться часто используется прием «генерализации»: «В некоторых семьях типа вашей...», «В подобных ситуациях в других семьях происходили следующие события...».

Следование относится к умению отражать содержание семейной коммуникации и особенности языка. Психотерапевт входит в семью как человек, поддерживающий ее правила, но заставляет правила работать в своих целях для семьи.

Отражение состоит в адаптации семейного стиля и эмоций, соответствующих потребностям семьи. Если в семье принято шутить, психотерапевт использует юмор. Если семья использует тактильные контакты, это может воспроизвести и врач. Последний может присоединиться к изолированному отцу через сигарету или сняв галстук (если клиент пришел без него). Отражение часто происходит бессознательно.

В 1996 году Э. Г. Эйдемиллер разработал технологию формулирования терапевтического запроса в следующей последовательности: XR-UR-ZR, где X — уровень манипулятивного запроса, U — уровень осознания себя как неэффективных родителей, Z — уровень осознания своей некомпетентности как супругов, R — ресурсные состояния отдельных членов семьи и семьи как системы. На этапе формулирования терапевтического запроса важно исследовать цели, которые поставил перед собой каждый член семьи и которых хотят достичь в ходе психотерапии.

Реконструкция осуществляется через техники, устраняющие дисфункциональность семейной системы, она также подразумевает изменение гомеостаза. Техника — это прием, посредством которого решается та или иная задача. Минухин сводит применение техник семейной психотерапии к решению трех основных задач: критике симптома, критике (вызову) семейной структуре и критике семейной реальности (установки, правила, законы, секреты, мифы и т. д.). В современной семейной психотерапии все терапевтические подходы условно делят на конструктивистские (логические) и наглядно-образные (описательные). Такое деление, на наш взгляд, условно: часто в одном психотерапевтическом занятии используется множество комбинированных приемов. Рассмотрим наиболее распространенные приемы семейной психотерапии.

Изменения в структуре семьи. Основной гипотезой здесь является то, что дисфункциональная структура семьи поддерживает девиацию поведения у подростка. Эта группа техник направлена на изменение иерархических отношений членов семьи через изменение существующего распределения влияния внутри семейной системы. Остановимся на следующих вариантах применения данной методики (Минухин, Фишман, 1998).

1. Проблема, с которой приходит семья, подвергается сомнению. Психотерапевт подвергает сомнению точку зрения семьи о том, что существует лишь один определенный идентифицированный пациент. Он наблюдает, как действуют члены семьи и как устроена семейная система. Занимая иерархическую позицию эксперта, психотерапевт может сообщить: «Я хочу поделиться своим наблюдением о том, что семейная проблема не замыкается на ребенке. Мать принимает большие дозы корвалола, когда волнуется. Отец год назад перенес инфаркт миокарда, так как привык носить все переживания в себе». — «Психотерапевт прав. Ты, мать, имеешь целые залежи лекарств и своим беспокойством доводишь нас порой до бешенства».

Идентифицированный пациент может быть представлен и как «спаситель семьи», поскольку концентрация внимания на нем отвлекает от иных проблем, например от длительного супружеского конфликта.

2. Сомнение в контроле. Психотерапевт сомневается, что один из членов семьи в состоянии контролировать всю семейную систему. Например, он характеризует поведение одного члена семьи и возлагает ответственность за него на других. Обращаясь к подростку, говорит: «Ты все еще пребываешь в начальной школе, — и повернувшись к родителям, спрашивает: — Как вы думаете, если продолжать его будить по утрам, готовить для него завтрак, стирать, ходить в магазины, сможет ли он стать взрослым?» Психотерапевт одновременно присоединяется к пациенту и атакует его поведение. При этом идентифицированный пациент не сопротивляется критике, так как ответственность за его поведение возложена на родителей.

3. Сомнение во временной последовательности событий, которую предъявляет семья. Психотерапевт подвергает сомнению последовательность событий в семье, расширяя временную перспективу и, таким образом, рассматривая поведение индивида как часть циркулярной последовательности взаимоотношений, сложившихся в системе. Он дает возможность семье увидеть стереотипы коммуникаций, а не действия отдельного индивида. Психотерапевт может подчеркнуть, что общение членов семьи подчиняется правилам, которые относятся не к отдельным ее членам, а к системе в целом. Например, в семье с запутанными границами подсистем и хаотическим управлением, как только ребенок ворует деньги, мать звонит разведенному супругу и старшему сыну, играющему роль заместителя отца, пытается поговорить с ним сама. Приезжает отец. Супруги обсуждают, что делать с сыном. Отец пытается узнать, что заставляет его так поступать, ругает. Приходит из института старший брат и бьет младшего. Последний обещает больше так не поступать. Супруги спорят о судьбе совместной дачи. Все постепенно начинают заниматься своими делами. Через две недели младший сын снова ворует деньги. Обрисовав сложившуюся ситуацию, психотерапевт предлагает подумать, как разорвать сложившийся стереотип.

Определение границ. Все вербальные и невербальные признаки нарушения границ между подсистемами, выявляемые на занятии, служат сигналом психотерапевту для проработки с семьей. Родительская подсистема должна быть защищена от вмешательства детей, а также от других взрослых внутри и вне семьи. Иной раз возникала ситуация, когда ребенок был уверен, что отвечает за действия одного из родителей, и пытался контролировать его во всем. «Расчерчивание границ» может начинаться с вопроса, кто за что отвечает или почему у других членов семьи нет подобной проблемы. В ходе психотерапии члены семьи должны определить собственные границы и разделить ответственность. Например, в семье с запутанными границами психотерапевт будет стимулировать прочерчивание границ между подсистемами и увеличение областей личной независимости, уважая при этом их высокую потребность в эмоциональной привязанности. Он пытается

помочь семье устранить неподходящий возрасту дисбаланс сплоченности и самостоятельности.

Следует предупредить, что ряд типов семей (особенно запутанные семьи) будут противиться любой форме проявления самостоятельности детей, опасаясь остаться один на один с супружескими проблемами. В работе с семьями, имеющими разобщенные границы, важно ставить скромные конкретные задачи, стремиться снижать тревогу до устраиваемого всех уровня, предотвращая крайности в решениях и помогая семье меняться постепенно.

Психотерапевтический контракт. Целью этого приема является установление и закрепление, обычно в письменной форме, взаимного соглашения всех договаривающихся сторон на проведение конкретной работы. В контракте обговаривается ответственность каждой стороны, цели и задачи. Необходимо четкое и детальное описание целевого поведения партнеров, заключающих контракт, установление критериев достижения целей (временной, количественный и т. д.), описание позитивных и негативных последствий в случае выполнения и невыполнения условий контракта, определение специфики условий для каждого партнера. Согласно оперантному научению, позитивные подкрепления должны следовать независимо от контракта. Первые контракты должны содержать быстрые и легко достижимые цели (принцип маленьких шагов). Контракт и цель рекомендуется формулировать в позитивных терминах. Как психотерапевтический прием он может использоваться на занятии. Например, можно предложить двум членам семьи общаться только через психотерапевта.

Эксперимент возникает в каждой сессии, поскольку психотерапевт присоединяется к системе и чувствует ее давление. Все психотерапевтические техники определяют упругость семьи и способность к изменениям. В результате использования этого приема предполагаются изменения семейного гомеостаза. Например, вовлеченную в проблемы сына мать «отключают» от него и дают задания провести вечер вместе с мужем вне дома или съездить с другим членом семьи в гости на несколько дней.

В ходе эксперимента могут возникнуть изменения гомеостаза и последующее напряжение. Иллюстрацией к этому выводу служит отказ от сотрудничества находящейся в сильно напряженном состоянии матери, что способно еще сильнее дезорганизовать семью. Об этом психотерапевту следует помнить и заранее узнать, что может произойти в семье в случае исчезновения симптома. Если не предупредить о вероятном кризисе, семья может прекратить лечение.

Социометрические приемы и техники. Сама рассадка членов семьи уже многое говорит об альянсах, коалициях, лидерах и отверженных. Изменение рассадки меняет границы семьи. Попросив двух членов семьи, которые не общаются друг с другом, сесть рядом или друг напротив

друга, используя приемы «Семейная скульптура», «Семейный танец», психотерапевт проясняет скрытые конфликты и дает возможность отреагировать эмоции.

Основное преимущество социометрических приемов — то, что пациенту бывает легче показать суть конфликта, чем рассказать о нем. Когда ролевые позиции членов семьи символически изображены, появляются разные возможности для взаимодействия и соприкосновения с чувствами.

Психоскульптурирование издавна применяется в системной семейной психотерапии, позволяя без излишних слов, наглядно выйти на системную гипотезу, изобразив отношения в семье в виде скульптур. Акцент делается на считывание информации с невербального поведения. Приведем иллюстрацию, как данная методика использовалась в нашей практике.

Наблюдение 3

Идентифицированный пациент — *Таня, 18 лет*. Диагноз: героиновая наркомания. На одном из занятий, используя социометрический прием «Семейная скульптура», она расположила членов своей семьи в пространстве как бы стоящими к ней спиной, когда у нее нет проблем, и повернувшись к ней лицом и протянувшими руки, когда у нее рецидив наркомании. Благодаря этой технике удалось быстро выяснить правило дисфункциональной семьи: «Мы объединяемся только в болезни и горе» — и перейти к реконструкции семейных отношений.

Изменение характера коммуникации в семье. При исследовании коммуникаций в семье большинство исследователей рекомендуют сосредоточить внимание на наблюдении за картинами отделения и связи при рассадке членов семьи на первом сеансе. Часто способ взаимного размещения отражает и стиль коммуникации.

Наблюдение 4

В случае семьи *Андрея Х. 16 лет*, обратившейся к терапевту из-за употребления подростком (идентифицированный пациент) психоактивных веществ, двое разведенных родителей сели на одной линии за два рядом стоящих стола, отчим и мачеха — впереди столов, а Андрей — между двумя столами. Возникла гипотеза об отсутствии четких границ в семейных подсистемах. Кроме того, семейная ситуация соответствовала русской пословице: «У семи нянек дитя без глазу». В ходе интервью выяснилось, что как только мать, с которой чаще проживал Андрей, не справлялась с какой-либо сложной ситуацией, она звонила разведенному супругу, а тот иногда отправлял подростка к своей матери. В ходе второго занятия у юноши возникла идея — пожить в общежитии колледжа. Подхватив его мысль, психотерапевт предложил Андрею и отцу, проживавшему в общежитии, подписать контракт

на месячное совместное проживание с соблюдением всех правил общежития (общение «взрослый — взрослый»).

С точки зрения коммуникативного подхода симптоматическое поведение — часть последовательностей взаимоотношений между людьми. Поэтому изменение повторяющихся ригидных последовательностей, поддерживающих существующую проблему, является важной целью психотерапии. «Определена ли проблема как фобия, депрессия, отреагирование действием, неуправляемый характер или как-нибудь еще, такая коммуникация является функцией внутри системы и представляет собой негласные контракты между людьми» (Хейли, 1978).

Пациенты на психотерапевтическом приеме часто демонстрируют картины отношений между членами семьи. Иногда их просят воспроизвести фрагмент диалога или спора, а не описывать их. Разыгрывание семейных ролей (особенно со сменой ролей) на психотерапевтическом сеансе тоже облегчает диагностику коммуникативного стиля. Если каждый член семьи научится смотреть на проблему глазами другого члена, видеть и чувствовать ее с позиции другого, цель достигнута. Проигрывание уменьшает ряд психологических защит, например интеллектуализацию, и дает возможность заменить однообразие интервью на активность и действие. Часто используемой техникой для улучшения коммуникативного стиля является и методика «конструктивного спора» по С. Кратохвилу.

Предоставление заданий. Задания могут выполняться во время психотерапевтического занятия или даваться на дом. В семейной психотерапии они еще называются директивами. Существуют прямые и парадоксальные директивы. Если обсудить какую-либо проблему в присутствии психотерапевта или попросить главу семьи помолчать пять минут, а малоразговорчивого члена семьи — рассказать о той или иной проблеме, это может быстро привести к позитивным сдвигам за счет создания равенства позиций. Отцу, отказывающемуся от поездки, можно рекомендовать осуществить ее. Сыну, который чаще общается с матерью, предложить совместную деятельность с отцом. Родителям, давно не проводившим время вдвоем, — сходить в театр или на концерт. Мужу — сделать сюрприз жене, не сообщая ей об этом. Любой совместный эксперимент может оказаться полезным. Психотерапевт прямо не работает с симптомом. Если симптом другого члена семьи исчезает прежде, чем у идентифицированного пациента, семья может прекратить лечение. Симптом может быть усилен с помощью парадоксальных приемов для лучшего осознания семьи в его необходимости. Так, в случае алкоголизма мужа жене, которая все годы супружества его контролировала, предлагается вести независимый образ жизни (например, поехать одной в туристическую поездку).

Вызов семейной реальности. Согласно одному из системных правил, люди, тесно общающиеся друг с другом, создают определенные правила, законы, схемы. Современные нарративные психотерапевты нашли для данного явления термин «дискурс».

Дискурс — исторически, социально и культурально возникшая специфическая структура убеждений, терминов, категорий и установок, которые влияют на отношения и тексты.

Синонимом данного понятия является схема — когнитивная репрезентация прежнего опыта, негласные правила, организующие и направляющие информацию, касающиеся личности человека. Схемы влияют на оценку событий и процессы приспособления. В силу большой важности схем главной задачей психотерапевта является помощь клиентам в понимании того, как они истолковывают реальность.

Поведение клиента, с одной стороны, и его мысли, чувства, психологические процессы и их следствия — с другой, оказывают друг на друга взаимное влияние. Когнитивные теории гласят, что когнитивное, не является первоисточником или причиной неадаптированного поведения. Мысли клиента в такой же степени влияют на его чувства, как чувства на мысли. Мыслительные процессы и эмоции рассматриваются как две стороны одной медали. Мыслительные процессы — лишь звено, часто даже не основное, в цепи причин.

Когнитивные искажения у членов семьи являются ключами в работе со схемой.

Цель психотерапии — помочь пациенту выявить разные дисфункциональные правила, по которым он живет. Можно выделить несколько направлений работы.

Первое — замена схемы. Если сравнить ситуацию со сломанным велосипедом, у которого вышло из строя колесо, это замена его на новое. Данное направление — сложная задача для пациентов, поскольку требует времени, а очень немногие мотивированы на длительную работу.

Другая возможность — модификация схемы. Она включает в себя небольшие изменения в поведенческом репертуаре. Если снова сравнить это со сломанным велосипедом, то есть возможность оставить старое колесо, заменив подшипники, затем — ось и т. д. В этом случае необходим достаточный контакт с микросоциальным окружением, поддерживающим дисфункциональную схему.

Наконец, третье направление — реинтерпретация схемы. Она включает в себя помощь пациенту в понимании и новом взгляде на свои установки. Психотерапевт вместе с пациентом ищет новые пути взаимодействия с окружающим миром.

Работа с семейной историей

В современной литературе по семейной психотерапии часто используется термин «семейная тема». Поведенческий цикл в каждой семье управляется системой убеждений, установок, ожиданий, предубеждений и взглядов, привнесенных в центральное ядро семьи каждым из родителей — из той семьи, где они воспитывались. Психотерапевту рекомендуется собрать информацию о семьях обоих родителей, поскольку именно здесь берут начало убеждения, восприятия и жизненные позиции. Историческая перспектива расширенной семьи часто проливает свет на текущую проблему. Порой родители говорят, что до подросткового возраста проблем с ребенком не было. Начинаешь собирать анамнез — и убеждаешься, что проблема возникла задолго до рождения. Контекст трех поколений проливает свет на формирование симптома.

ПРИМЕР

Идентифицированный пациент — Евгений Е. 16 лет. Жалобы на воровство денег из дома, манкирование учебой, страсть к компьютерным играм. Дед по линии отца не имел высшего образования, основной его ценностью было зарабатывать и накопить денег. Его лозунг звучал так: «Без денег ты — ничтожество». Отец Евгения хорошо зарабатывал, но в последние два года пропивает деньги. Мать вынуждена зарабатывать сама и содержать мужа, который по отношению к ней ведет себя агрессивно, и ограничивать в карманных деньгах Евгения. Накануне Нового года отец в состоянии алкогольного опьянения разбил компьютер сына. Мать отказывается разводиться с мужем, ссылаясь на привычку: «Я буду халтурить, но прокормлю всех». Мотивом воровства было получение удовольствия, так как в семье у юноши преобладали сплошные отрицательные эмоции, его личность воспринималась только через призму учебы. Бабка по линии матери имеет трехкомнатную квартиру, но не хочет разрешить внуку какое-то время пожить с ней — пускает квартирантов. Евгений своим поведением как бы разрушает идеализацию и «озвучивает» ведущую тему семьи: «деньги» в трех поколениях по обеим линиям.

Получение информации о семейной истории позволяет «приоткрыть» семейную систему, получить доступ к семейным мифам и секретам. Кроме того, работа с семейной историей дает большие возможности для смены взглядов членов семьи на собственные проблемы и симптомы.

В этом подходе симптом — суть манифестация ведущей темы. Темы определяют способы организации жизненных событий. Поскольку в каждой семье имеется множество таких тем, психотерапевт старается обнаружить ту, что имеет непосредственное отношение к симптому, и расширить узкий репертуар коммуникаций в ответ на симптом. Терапевт, использующий

ведущую тему в дискуссии с семьей, помогает ее членам снять фиксацию на симптомах. Данный подход позволяет установить сотрудничество, предпринять совместные усилия по изучению и изменению тем. Однажды поднятая тема в психотерапии дает возможность членам семьи увидеть их симптомы в ином свете, расширяя выбор и стратегии поведения.

В поиске тем надо прокладывать свой путь через индивидуума, семью, межпоколенные альянсы, внешнее социальное окружение. Возникает дешифровка центральной темы, идет трансформация иррациональных убеждений, заключенных в них.

Под словом «тема» подразумевается специфическая, несущая эмоциональную нагрузку проблема, вокруг которой формируется периодически повторяющийся конфликт.

Наблюдение 5

Из практики семейного консультирования, проведенного на территории пациента. К врачу обратилась мать по поводу нарушенного поведения девушки.

Участники семейной сессии:

Анна — мать, 40 лет, преуспевающий юрист;

Зинаида Петровна — бабка, 70 лет. Энергичная женщина, ничем не боится. Ее лозунг по жизни: «Мы не любим лентяев, все должны крутиться». Тем не менее всю работу по дому берет на себя;

Юрий Павлович — дед, 70 лет. Злоупотреблял алкоголем. Никогда не перечил жене. На встрече отсутствовал (тихо сидел в своей комнате);

Алексей — старший сын, 20 лет, студент технического университета. Скромный юноша. В 16 лет были проблемы с едой. Ограничивал себя в мясе, придерживаясь мнения, что излишнее потребление животного белка отрицательно сказывается на развитии личности;

Наталья — дочь, 17 лет, студентка юрфака, идентифицированный пациент;

Максим — младший сын, 11 лет. Любит вкусно поесть (во время интервью прятался в шкафу).

Отец погиб в автомобильной катастрофе, когда девочке было 11 лет. Девочка любит ходить на его могилу на кладбище, особенно одна, без родственников. Через два года после смерти первого мужа мать повторно вышла замуж и уже пять лет проживает в семье второго мужа, где у него от первого брака остались мальчики-близнецы. Анна занимается их воспитанием. Ее родные дети живут с бабушкой и дедом.

Наталья родилась недоношенной — восьмимесячной, роды со стимуляцией. Закричала сразу. Поздно начала говорить. По характеру была

«дикой». В детском саду предпочитала играть в одиночестве с куклой. В 6 лет переведена в логопедическую группу. В школе проявила себя старательной, была одной из лучших учениц. В 8-м классе занималась психологией, хотела поступать в Театральный институт, но мать уговорила ее пойти на юридический факультет, поскольку там она могла «помочь».

В возрасте 16 лет начала долго мыться. Быстро съедала купленную еду. Стала общительной, разговорчивой. Наблюдался прилив энергии по ночам. Спустя полгода избегала ходить на кухню, так как не нравилась бабушка со вставными челюстями. Ограничения в еде росли, летом 1998 года из-за алиментарного истощения упала в обморок. Была госпитализирована в соматическое отделение, где впервые прозвучал диагноз «анорексия». Лабораторное обследование мочи указало на наличие кетоновых соединений. Месячные отсутствуют с июня 1998 года. После выписки из больницы было плохое настроение, предпочитала лежать дома. Консультировалась у психиатра. Назначено лечение антидепрессантами с частичным положительным результатом. С неохотой ходила на занятия. Ограничения в еде продолжались. Было рекомендовано обратиться к семейному психотерапевту.

Девочка вначале отказалась участвовать в сессии и подслушивала под дверь. Убедившись, что беседа идет интересная, ей никто ничем не угрожает и не заставляет делать что-либо против собственной воли, подключилась к дискуссии. Она застала период интервью с бабушкой и старшим внуком. Когда в гости к внукам приходили ребята, бабушка всегда несла им чай, не спрашивая о потребности в нем. Могла войти в комнату к старшему внуку в час ночи и выключить телевизор, мотивируя это тем, что поздно смотреть телевизор вредно. В возрасте 16 лет у Алексея был период, когда он соблюдал различные диеты по рекомендации друзей. К концу сеанса Наталья в резкой форме высказала бабушке накопившееся раздражение: «Ты как надзиратель в тюрьме!».

Бабушка хладнокровно приняла критику, сообщив, что привыкла так жить. Не испытывая денежных затруднений в период кризиса, постоянно волнуется за близких. Сказала, что во время блокады потеряла своих родителей (умерли от голода) и с тех пор всегда делала в доме запасы, старалась прежде всего накормить детей и внуков.

Мать избегала открытой конфронтации, улыбалась.

В данной семье появление идентифицированного пациента с нарушением пищевого поведения отражало основную тему семьи, связанную с питанием, привнесенную в семейную систему прародителем.

В целях экспресс-диагностики можно использовать Дифференциально-аналитический опросник Пезешкиана (ДАО, краткая форма; табл. 30.1). Его положительной стороной является определение конфликтной темы между идентифицированным пациентом и другим членом семьи.

Таблица 30.1. Дифференциально-аналитический опросник Пезешкиана (ДАО, краткая форма)

Актуальные способности	Пациент	Партнер	Специальные комментарии
Пунктуальность			
Чистоплотность			
Аккуратность			
Послушание			
Вежливость			
Искренность/честность			
Верность			
Справедливость			
Трудолюбие/деятельность			
Бережливость			
Надежность/точность			
Любовь			
Терпение			
Доверие/надежда			
Контакты			
Секс/сексуальность			
Вера/религия			

В тренинге родительской компетентности мы предлагаем подумать о значимой теме из собственной семьи, которая повлияла на ее жизнь, и в парах проработать следующие вопросы:

1. Какими способами эта тема влияет на ваши установки, поведение, взаимоотношения с другими?
2. Как разные члены семьи реагировали на эти темы? Каким способом?
3. Как тема препятствовала или способствовала улучшению вашей жизни или других членов семьи?
4. Кто из членов семьи боролся за изменение темы или ее прекращение?
5. Будет ли эта тема существовать у ваших детей? Как вы это осуществляете?
6. Если вы хотите «сменить пластинку», с чего начнете?
7. Чем будет отличаться ваша жизнь, если вы измените тему?
8. Чем будут отличаться следующие поколения при смене темы?

Данное упражнение проясняет работу с темой. Интерес к ее историческому происхождению, эмпатия к опыту предыдущих поколений, вовлечен-

ность в изменение темы или сохранение сценария наглядно высвечивают и проблему идентифицированного пациента.

Следующий прием можно использовать для исследования темы. В поиске тем психотерапевт задает вопросы и собирает следующую информацию:

1. Каких убеждений или установок придерживаются члены семьи, которые влияют на настоящую проблему?
2. Какая ежедневная картина общения имеет место в ответ на эти убеждения?
3. Какая центральная тема вытекает из этой картины?
4. Используя генограмму, задать вопросы, ориентированные на выяснение темы, и следить за ее повторениями между поколениями.
5. Наблюдать, как тема проявляется в других контекстах вне семьи.
6. Придумать список вопросов для критики или изменения темы.
7. Составить план вмешательств относительно темы.

Описательно-образные и эмотивные приемы

Одной из разновидностей описательного подхода является работа с метафорами. В семейной психотерапии они рассматриваются как мельчайшие единицы описательно-образного способа мышления, позволяющие ослабить психологические защиты клиента.

Четкое определение метафоры дать сложно. Она включает в себя любую открытую или скрытую семейную коммуникацию, в которой одно явление связано с другим. Жест, прикосновение, рисунок, скульптура и язык могут иметь «метафорический оттенок». Ранее в литературе внимание уделялось в основном работе с метафорой психотерапевта. Следующий методический подход рекомендуется в работе с метафорой клиента:

1. Слушание или регистрация метафоры. Для ее выявления терапевту необходимо отказаться от привычки интерпретировать события и внимательнее прислушиваться к словам клиента, обращая внимание и на сопутствующее невербальное поведение.

2. Подтверждение метафоры. Зарегистрировав появление метафоры, терапевт должен ее подтвердить. Он может высказать удивление по поводу появления метафоры или поблагодарить семью за живость языка и ждать ответной реакции. Например, ребенок 8 лет нарисовал самолет, сбрасывающий бомбы на дом, и согласился, чтобы его рисунок обсудили с родителями. Началась работа с визуальной метафорой. Дискуссия о «бомбометании» с членами семьи позволила родителям осознать степень эмоционального вовлечения ребенка в их конфликт и расплату за него невротической симптоматикой. Безоценочность и образность такого способа мышления

приводит к достижению большего эмоционального контакта с семьей, чем, например, одностороннее использование циркулярного метода опроса.

3. Расшифровка значения метафоры. Задача этой стадии — не только отразить значение метафоры, но и выяснить, что она может выражать. Здесь помогает диалог и дискуссия.

4. Игра с возможностями. Что возможно для самолета, то возможно и для личности. Создается атмосфера понимания и юмора. Если ребенок впоследствии сможет выразить агрессию родителям в приемлемой форме, нет необходимости расплачиваться за сдерживание эмоций психическими расстройствами.

Наблюдение 6

Марина А., 15 лет. К врачу обратилась мать с жалобами на ухудшение взаимоотношений с дочерью, конфликты в школе, изменения в поведении.

Анамнез: наследственность нервно-психическими расстройствами неотягощена. Семья полная. Мать по профессии — диспетчер, отец — водитель. Старшая сестра Лена — студентка.

Родилась от нормально протекавшей беременности, предыдущая беременность матери разрешилась срочными родами. Раннее психомоторное развитие по возрасту. Фразовая речь к 3 годам. На первом году жизни перенесла острую вирусную инфекцию, осложнившуюся пневмонией и инфекцией мочевыводящих путей. В полтора года пошла в ясли, адаптировалась плохо, часто болела ОРВИ. С четырех лет начала посещать детский сад, привыкла достаточно быстро. В шесть с половиной лет поступила в 0-й класс, проявила себя общительной, хорошо училась, одновременно посещала хор и кружок рисования (вплоть до 5-го класса). До школы, со слов матери, была маленьким «бесенком», которого постоянно хвалили и поощряли. С первого класса лидерские качества — активность и «живость» сменили замкнутость и «тихость».

Выявлены сопутствующие соматические заболевания. Наблюдалась у нефролога с диагнозом хронический первичный пиелонефрит, у гастроэнтеролога — по поводу гастродуоденита. В 11 лет обратились к невропатологу с жалобами на страхи: «Мерещились чертики в окне». Окружающим казалось, что девочка все больше уходит в себя. Начала вести дневник, делала записи: «Надоело дома», «Никого не люблю». Затем его порвала. В январе 1996 года стала вроде бы прежней — «всех люблю», взаимоотношения с окружающими улучшились. Из-за частых пропусков в школе по причине соматических заболеваний не складывались отношения в классе, в том числе с учителями. Пришлось сменить школу; в сентябре 1996 года пошла в новый, 7-й класс. Накануне весной обратились в кризисную службу в связи

с конфликтами в школе. К лету 1996 года к вышеуказанным симптомам добавились головные боли.

С осени в новом классе отношения начали складываться еще сложнее: подвергалась насмешкам и избиениям. Одноклассница, подруга, с которой ездили в школу, пересела за другую парту. Родителям об этом не рассказывала. Стала прогуливать уроки. Нашла себе компанию вне дома. Из-за отказов от еды была госпитализирована в детскую психиатрическую больницу, после выписки получала поддерживающее лечение эглонилом. Врач рекомендовал пройти психотерапию.

На сеансе семейной психотерапии родители продемонстрировали следующие модели взаимодействия: некоторая отстраненность отца, позволяющая «женщинам обсуждать свои вопросы», при искреннем внимании и опеке. Мать (невербально) проявляла отвержение поддержки и любви мужа. Она взяла на себя роль переводчика между отцом и дочерью, хотя на сеансе **проявился контакт отца и дочери**, их взаимопонимание. Выяснилось, что о Лене в семье говорили как об умненькой, а Марину часто **игнорировали**.

После **совместной семейной сессии** отреагировала повышением температуры до 37,1. Было предложено включиться в психотерапевтическую группу с дальнейшей индивидуальной психотерапией и работой с семьей. Наибольшую мотивацию на участие в такой форме работы проявила мать, но заболела перед тренингом родительской компетентности.

На этапе подготовки к групповой психотерапии начата индивидуальная психотерапия Марины. Адекватна в контакте, инициативы не проявляет, о своем состоянии говорит, употребляя слова «возможно», «может быть», «наверное»; в оценках соглашается с матерью. При первом контакте вздыхает, закатывает глаза и прикрывает их. Голос с придыханием, монотонный, интонации не меняются, когда говорит об отрицательном либо положительном эмоциональном опыте. Менструации регулярные. Проведено четыре индивидуальных сеанса психотерапии с девочкой. Стала более открытой, много говорила о себе, о взаимоотношениях с мальчиками и подругами. Принесла стихи, в которых писала об **«измене и боли»**. Не может понять, отчего так складывались отношения с ребятами и подругами. Интересовалась интимными, сексуальными темами. Говорит об **опеке** матери, которая **«достает»** и не понимает.

Динамическое наблюдение в процессе психотерапевтической группы. Свою проблему определила как желание разобраться в себе, научиться понимать проблемы взрослых, поскольку страдают отношения с родителями. В невербальных упражнениях старалась ограничить телесный контакт. В упражнении «Живые руки» отметила необычное взаимодействие. В «круге» испытывала напряжение, прикрывала глаза, говорила тихим,

несколько монотонным голосом. С удовольствием играла в фанты. В ролевой проективной игре «Магазин подержанных игрушек» назвалась «черной кошкой, злой и кусачей, как собака, которую приволокла сюда **злая старуха, кормившая ребенка одной овсянкой**. Раньше я была человеком, а теперь в этом образе скрываюсь от ужасных людей, которые предают, обижают. И пока так будет, буду черной кошкой. Во всем рассчитываю на себя. Тут тоже могут покусать».

Сообщила о схожести проблем с другими ребятами (агрессия, насилие, взаимоотношения с отцом). «Чем лучше будут отношения с отцом, тем лучше и с ребятами. Мой **отец хотел сына** и этого не скрывал. Говорит, что я сильная, но мою сестру любит больше, так как она слабая».

При обмене чувствами участники психотерапевтической группы и психотерапевты обнаружили, что она неосознанно выполняет волю матери. Приводим реплику одного из участников группы: «Это как у меня. Мать боялась наркотиков — я их употреблял. Оберегала от венерических болезней — болел сифилисом. Сказала, что по мне тюряга плачет, — месяц сидел в “предварилровке”».

На одном из занятий, обсуждая конфликтные отношения с матерью, Марина сообщила: «Мать привыкла всеми командовать, подавила отца, старшую сестру. Отец в Новый год шампанское может выпить только с ее разрешения. Меня грозит упечь в дурдом. Раньше, до моего взросления, у нас были очень близкие отношения. Теперь каждый день звучит: “Я в твоём возрасте подумать о парне не могла...” И постоянная слежка». Из сказочных персонажей сравнила себя с Белоснежкой. Взяв эту ассоциацию за метафору и работая с ней, удалось выяснить, что ее отношения с матерью напоминают **конфликт мачехи и Белоснежки** из одноименной сказки (мотив — зависть стареющей женщины к молодости и сексуальности). «В моей комнате до сих пор остались обои, на которых нарисована Белоснежка. Только в этом году я их заклеила плакатами с изображением рок-групп».

Указанный пример свидетельствует о том, что своевременное обнаружение метафоры и работа с ней позволяют быстрее выйти на конфликтную ситуацию и разрешить ее. В данном примере обратить внимание на конфликтные отношения помогли участники группы.

Контрольные вопросы

1. Как осуществляется присоединение психотерапевта к семейной системе и каковы типы этого присоединения?
2. В чем состоит «вызов семейной реальности»?
3. Каковы особенности работы с «семейной историей»?

4. Как проводится тренинг родительской компетентности?
5. В чем особенность работы с метафорами в семейной психотерапии?

Рекомендуемая литература

1. Кулаков С. А. Личностно-ориентированная психопрофилактика пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков: дисс. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1997. — 279 с.
2. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии / Пер. с англ. — М.: Класс, 1998. — 304 с.
3. Шерман Р., Фредман Н. Структурированные техники семейной и супружеской терапии: Руководство / Пер. с англ. — М.: Класс, 1997. — 336 с.
4. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Семейная психотерапия. — М.: Медицина, 1990. — 189 с.
5. Эйдемиллер Э. Г. Методы семейной диагностики и психотерапии: Методическое пособие. — М.; СПб.: Фолиум, 1996. — 63 с.
6. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 1999. — 656 с.

Аналитико-системная семейная психотерапия

Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова

В иерархии профессиональных трудностей, встречающихся на пути психотерапевта, семейная психотерапия занимает самое высокое место. Это связано с тем, что, во-первых, каждая семья — уникальный живой организм, вследствие чего опознать эту уникальность у психотерапевта может не хватить ни жизненного опыта, ни профессиональных умений; а во-вторых, семьи приходят такими, какие они есть. Терапевт лишен возможности сказать какому-либо члену семьи, чтобы тот больше не приходил на сеансы, потому что своим поведением дезорганизует семью. Эта же ситуация многократно повторяется при отборе пациентов на групповую психотерапию. Врач может решительно заявить, что вам не показана групповая психотерапия, и предложить другой метод лечения. Если порой семейный психотерапевт кого-то выгоняет из семейной психотерапии с целью «облегчить процесс психотерапии», это грубейшее вмешательство в систему семейных отноше-

ний и взаимодействий, из-за чего семья рано или поздно перестанет с ним сотрудничать.

Теоретические аспекты

В семейной психотерапии мы идентифицируем себя как аналитико-системных психотерапевтов. Что это значит?

Аналитико-системная семейная психотерапия, разработанная нами, представляет собой сочетанное исследование содержания и формы в процессе психотерапии. Базисными концептами этой психотерапии являются психоанализ и общая теория систем.

Исследование межличностных взаимодействий в ситуации «здесь и сейчас» дополняет исследование внутриличностного пространства идентифицированного пациента и других членов семьи в ситуации «там и тогда», а оно, в свою очередь, дополняет и обобщает первое (Э. Г. Эйдмиллер, 2001).

В классической системной семейной психотерапии психотерапевт исследует характер и последовательность взаимодействий членов семьи, корректируя эти взаимодействия; семья обретает новый статус-кво, при котором симптомы или симптоматическое поведение исчезают. Можно сказать, что системные психотерапевты работают с формой. В свою очередь, психоаналитик работает с содержанием и формой. Выслушивая спонтанные ассоциации или рассказы о сновидениях, он угадывает форму и содержание наиболее предпочтительных эмоционально-поведенческих реакций, связанных с фрустрациями на более ранних этапах онтогенеза, регрессиях, фиксациях, катексисе.

Вслед за М. Сельвини-Палаццоли мы придерживаемся в своей работе следующих принципов:

- 1) выдвижение психотерапевтических гипотез;
- 2) принцип циркулярности;
- 3) нейтральность;
- 4) позитивное истолкование симптомов или проблем клиента и его семьи.

Отдельно мы хотим остановиться на принципе циркулярности, которую понимаем как в этиопатогенетическом смысле (см. «Принципы круговой причинности» Марио Андольффи, 1980), так и в практическом, когда участников психотерапии опрашивают по кругу. Если участник, например, говорит: «Когда моя мать хмурится, у меня падает настроение», психотерапевт спрашивает у других членов семьи: «Что вы чувствуете, когда мать хмурится? А вы сами, мама?» Проводится круговой опрос, в ходе которого мы не только выявляем особенности взаимоотношений членов семьи и, соответственно,

позволяем им осознать это, но также позволяем себе задавать вопросы участникам о том, как они себя чувствуют, какие ассоциации и воспоминания у них появляются. Во время такой беседы один из участников может вспомнить эпизод из жизни и рассказать о нем. У других может появиться желание поделиться своими воспоминаниями, и окажется, что независимо от содержания историй, они не только изоморфны по форме, но и, как ни удивительно, выражают общую матрицу бессознательных переживаний участников на этом сеансе.

Основополагающим принципом нашей работы с семьями мы считаем исследование материала семьи сочетанно в ситуациях «здесь и сейчас» и «там и тогда».

Натан Аккерман, работая с семьями, показал несомненную близость психоанализа и системного подхода. Именно поэтому мы отважились на создание модели аналитико-системной семейной психотерапии. С нашей точки зрения, в условиях современной России, с учетом особенностей ее национального и культурного контекстов, клиентами легче и с большим доверием воспринимается психотерапия, которая внешне представляет собой «разговоры».

Здесь уместно дать определение семейной психотерапии, основанное на нарративном подходе: семейная психотерапия — это переговоры членов семьи на их языке с участием и при помощи психотерапевта, выступающего в роли переводчика, посредника и инициатора изменений, с целью оптимизации семейного функционирования. В этих обычных «разговорах» — доверительно поддерживающее поведение аналитико-системного психотерапевта, чувствующего и задающего лишь те вопросы, которые позволяют клиентам соприкоснуться с искаженным контекстом семейных отношений. Метафорой, отражающей суть и форму сообщений клиентов, является «скомканное письмо», где есть частично размытый (слезами) или запачканный (грязью) текст, отражающий переживания по поводу разных, часто забытых или полузабытых событий и отношений в прошлом. Задача психотерапевта — помочь клиентам как можно лучше расправить послание, восстановить все, что было в нем записано в течение жизни, с возможно полным осмыслением и вчувствованием в прочитываемое. Ознакомившись с содержанием своего «письма», клиенты могут соприкоснуться с тем, какие еще слова им хочется написать, и попытаться сформулировать образ своего будущего.

Основные техники, которые мы используем при проведении аналитико-системной семейной психотерапии:

- 1) вербальная дискуссия, осуществляемая в форме кругового опроса;
- 2) исследование исторического прошлого каждого члена семьи и семьи в целом;
- 3) конструктивное использование дистанции между членами семьи;

- 4) исследование внешних и внутренних границ;
- 5) исследование функционирования подсистем и стандартов взаимодействия;
- 6) психодраматизация и психокультивирувание.

Котерапия в аналитико-системной психотерапии

Любую психотерапию — психоанализ, групповую, семейную и др. — психотерапевт может проводить в одиночку, но бывают ситуации и психотерапевты, которые работают командой (котерапевты). К последним мы относим и себя.

Взаимодействие котерапевтов при проведении аналитико-системной семейной психотерапии обусловлено заявляемой проблемой семьи и выдвижением психотерапевтических гипотез, которые предстоит исследовать клиентам и психотерапевтам.

В нашей котерапии мы признали основными два принципа — кооперация и взаимодополнение. Путем вербальных и невербальных переговоров установили, что роли психотерапевтов в психотерапевтическом процессе равные, но каждый, исходя из своих личностных и профессиональных особенностей, реализует те локальные действия, которые в конечном итоге сольются вместе для достижения психотерапевтических целей.

Например, на сеанс пришла семья, состоящая из нескольких детей и двоих родителей. Каждый ребенок требует к себе отдельного внимания. Когда взрослые начинают говорить о проблеме, дети теряют интерес к происходящему. В такой ситуации один из психотерапевтов осуществляет присоединение к взрослым, а другой устанавливает контакт с детьми. При этом разговор может идти громко либо шепотом, зачастую на ту же тему у взрослых и у детей, при этом и у тех и у других есть «свой психотерапевт».

Несмотря на то что присоединение носит внешне сепаративный характер, на самом деле осуществляется присоединение ко всей семье как к целому, поскольку каждый ее член при такой форме общения имеет возможность выбрать из всех слов те, которые считает для себя наиболее важными. Можно сказать, что один из нас чаще отвечает за стратегию психотерапии, выдвижение гипотез и определение общего контура психотерапевтических изменений, которые могут произойти за время психотерапевтического лечения, а другой не лишает себя права самостоятельно выдвигать гипотезы и определять стратегию психотерапии, но в большей степени концентрируется на исследовании эмоционального состояния членов семьи, исследовании паттернов реагирования на разных уровнях, осуществлении поддержки

семьи в целом и ее членов, чувствующих себя наиболее фрустрированными во время психотерапии. Если мужчина-котерапевт обращается к семье с каким-то вопросом, то женщина-котерапевт в первую очередь слушает вопрос, оценивает эмоционально-поведенческий контекст, в котором он возник, и принимает решение либо поддержать своего коллегу в разработке выдвинутой гипотезы, и тогда ее уточняющие вопросы будут носить поддерживающий и разрабатывающий данную гипотезу характер, либо дождется, когда разработка темы завершится без очевидных результатов, и она, в свою очередь, выдвинет собственные инициативы. Котерапевты помогают друг другу в переформулировании вопросов, обращенных к членам семьи, так как вопросы могут быть правильными по содержанию, а по форме — трудными и недостаточно понятными клиентам.

В аналитико-системной семейной психотерапии поведение психотерапевтов директивное, поскольку им принадлежит много инициатив для стимуляции психотерапевтических изменений.

Во время сеанса семейной психотерапии мы практикуем так называемые технические перерывы. «Я прошу вас сейчас на время остановиться в нашей работе. Я хочу задать Нине, Светлане, Игорю, Ирине несколько вопросов, чтобы узнать, что происходит у нас на сеансе. При этом вы можете нас слушать или не слушать». Цель данной техники — во-первых, обсудить друг с другом, что происходит на сеансе, и, во-вторых, дать семье возможность дистанцироваться от обсуждаемой проблемы и получить еще одну неявную корректирующую обратную связь от психотерапевтов.

Наша котерапия — котерапия Н. В. Александровой и Э. Г. Эйдемиллера — развивалась на протяжении 11 лет. Как стать котерапевтами и какие обстоятельства могут в этом помочь:

- 1) доверие друг к другу;
- 2) личностное разнообразие при совпадении духовных и ценностных ориентаций (именно этот критерий известный психолог А. Н. Волкова выделила в качестве критерия, обеспечивающего стабильность супружеских отношений);
- 3) желание и умение слушать и слышать друг друга;
- 4) склонность к взаимодополнению;
- 5) способность аутентично исполнять те семейные и половые роли, которых бессознательно ожидают от психотерапевтов участники психотерапии;
- 6) быть супервизорами друг для друга;
- 7) осуществлять в психотерапевтической работе принцип «связки альпинистов», когда первый забивает колья и прокладывает дорогу, а второй крепко держит веревку, его поддерживающую; затем, когда

первый укрепился на новом месте, он, в свою очередь, помогает второму и страхует его.

Котерапия в нашей стране — пока молодой институт. Условно можно сказать, что он находится на доэдипальной фазе развития, как и супервизия. Хочется верить, что наши коллеги, как и мы, захотят заниматься котерапией, которая имеет несомненные преимущества перед работой психотерапевтов «глаза в глаза» с клиентами. Возможно, радость обретения зрелости, доверия и кооперации позволит нам справиться со страхами одиночки-психотерапевта.

В заключение приводим стенограммы сеансов психотерапии девочки и ее матери.

Случай аналитико-системной семейной психотерапии девочки Дины

Стенограммы и комментарий к сеансам № 5 и № 6

На прием к психотерапевту обратилась семья — мать и дочь — с жалобами на повышенную обидчивость девочки в общении со сверстниками, неуверенность в себе в школе и дома: при малейшем затруднении девочка обращается за помощью к матери, требуя объяснения или хотя бы ее присутствия рядом, когда она делает уроки; есть постоянные страхи получить плохую оценку. Девочке 9 лет, она ученица 3-го класса, отличница. Семья состоит из четырех человек: мать — врач, отец — тоже врач, есть младшая сестра. У матери этот брак второй, наша пациентка — дочь от ее первого брака.

На первом сеансе психотерапевты обратили внимание на то, что девочка сидит в напряженной позе и при обращении к ней сразу смотрит на мать, ища одобрения. Как у матери, так и у дочери среди употребляемых слов преобладали «нужно, обязаны, должны». Сначала психотерапевты предложили индивидуальную психотерапию для девочки, но видя ее испуг и услышав категорический отказ, решили проводить сеансы индивидуальной терапии с девочкой в присутствии матери.

Психотерапию проводили два котерапевта — мужчина и женщина. Учитывая особенности девочки — большую зависимость от матери (симбиоз), тревожность, неуверенность, в то же время — высокий уровень интеллекта и хорошо развитую речь, а также способности к рисованию, ей было предложено рисовать дома рисунки и приносить их на сеансы. Сначала предложение вызвало у девочки испуг: «Я плохо рисую и не знаю, что надо...» Но после объяснения, что оценки за рисование никто ставить не будет, она согласилась. Ее первый рисунок — заяц. На сеансе психотерапевты

с помощью уточняющих вопросов, как принято при проведении аналитической психотерапии, помогли девочке рассказать «биографию» зайца, которая в основном явилась отражением представлений и переживаний самой девочки по поводу ее матери и себя. В этой биографии лейтмотивом были слова: потеря, неготовность к супружеству и материнству (у зайца — молодой зайчихи, как и у матери девочки, было три попытки создать семью, при этом зайчат она оставляла другим, более зрелым зайчихам; сама девочка в связи с ранним разводом матери в первом браке с младенческого возраста жила у бабушки).

Несмотря на то что на первых сеансах обсуждение рисунка в основном происходило без активного участия матери, невербальные реакции (изменение цвета лица, увлажнение глаз, жесты) указывали на то, что затронуты ее глубинные переживания и она пытается установить связь между коллизиями собственной жизни и характером переживаний дочери. Следующим заданием для девочки было нарисовать рисунки, в которых отражались бы и обозначались словами любые чувства персонажей. Это задание обусловлено тем, что на сеансах терапевты обратили внимание на тот факт, что у девочки есть затруднения с вербализацией своих чувств. Например, когда во время сеанса она начала ерзать, терев пальцы и т. п., на вопрос психотерапевта «Что с тобой происходит?» ответила, что ничего. Только посредством подробного уточнения нюансов поведения удалось установить, а ей — осознать, что так проявляется раздражение. Предполагаемые стенограммы относятся к пятому и шестому сеансам психотерапии. Девочка с удовольствием поддержала идею нарисовать серию рисунков на тему «чувства» и использовала для этого историю про Винни-Пуха и его друзей. Можно обратить внимание, что тема потерь и одиночества, отсутствия чувств преобладает в описаниях девочкой героев на ее рисунках (табл. 30.2).

Во время сеансов продолжалось и обсуждение чувств девочки, которые проявлялись в том или ином поведении. Психотерапевты заостряли внимание на том поведении, за которым, по их мнению, проступали подавленные отрицательные эмоции, например, в эпизоде, когда девочка, не говоря ни слова, стала убирать рисунок и только после подробного расспроса призналась, что ей «надоело» говорить о нем, а «хочется» рассказать о другом рисунке, где изображена ее любимая героиня — Зена, история жизни которой, с одной стороны, перекликалась с биографией матери (у агрессивной Зены есть ближайшая подруга, а у матери — сестра-близнец), с другой — отражает собственные фантазии и желания девочки об агрессии, наличие которой у себя в реальной жизни она не осознает и проявлений которой боится. В то же время от сеанса к сеансу менялось как поведение девочки на сеансах, так и дома, во взаимоотношениях с родственниками.

На седьмое занятие мать пришла одна, без девочки, растерянная и со словами, что дочь стала «невозможной: требовательной и капризной; с ней нет никакого слада». Такое поведение, по нашему мнению, являлось способом для девочки проявить агрессию по отношению к матери. Она нашла свое отражение на следующем занятии, когда объектом исследования стали взаимоотношения между матерью и дочерью. Была использована психодраматизация, в которой роль дочери поочередно исполняла то она сама, то один из психотерапевтов, и было обращено внимание на тот факт, с каким удовольствием, непризнаваемым на словах, но выраженном в мимике лица, девочка выражает свои негативные чувства к матери. Однако назвать свои чувства раздражением она еще не посмела, сказав, что это возможно, но лишь «совсем чуть-чуть». На девятом сеансе динамика поведения девочки касалась ее отношений с психотерапевтом, когда она впервые позволила себе выразить агрессию в форме определенного поведения — качания ногами в сторону психотерапевта и постоянных ударов по микрофону, а также в словах: «Не хочу, нет, не так». Это значит, что сейчас, после девяти сеансов психотерапии, происходит разблокировка чувств, в первую очередь негативного регистра.

Это очень трудный период в жизни как пациента (возможно усиление чувства вины по поводу осознания и проявления негативных чувств к главной фигуре в жизни — матери), так и семьи в целом. Работа с членами семьи (матерью) на сеансах велась в направлении осознания матерью, с одной стороны, права дочери на агрессию и в ее адрес, с другой — необходимости терпеливого принятия всеми членами семьи «невозможного» поведения девочки. Именно терпение, принятие и вербализация чувств, которые «бушуют» в дочери, помогут этой семье, прожив кризис, перейти на следующий уровень взаимодействия, когда дочь и мать смогут говорить о взаимных чувствах и о чувствах к другим членам семьи без обиды и чувства вины.

Таблица 30.2. Стенограмма сеанса

Э — психотерапевт-мужчина

А — психотерапевт-женщина

Д — девочка

М — мать

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p><i>Стенограмма сеанса № 5</i></p> <p>Э: Так, замечательно. Ты хочешь, чтобы мы продолжили с того места, на котором закончили в прошлый раз?</p> <p>Д: Угу.</p>	<p>С помощью уточняющих вопросов девочка рассказывает о героях рисунков, их поведении и чувствах.</p>

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Э: Отлично. Так, это у нас Винни-Пух, Заяц. На чем мы остановились?</p> <p>Д: Как они пошли к Тигре.</p> <p>Э: Как, они пошли к Тиграм?</p> <p>Д: К Тигре, к одному Тигре.</p> <p>Э: К одному тигру?</p> <p>М: Нет, ну это в Винни-Пухе «Тигра» называется.</p> <p>Д: Тигра. Его так зовут.</p> <p>Э: Угу, хорошо. Покажи, пожалуйста, пальцем, где мы с тобой остановились в прошлый раз?</p> <p>Д: Вот, мы говорили про Иа, а потом они пошли...</p> <p>Э: Дай мне, пожалуйста, в руки посмотреть... Это Иа, так.</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: А это кто у нас?</p> <p>Д: А это его друзья.</p> <p>Э: Хорошо. И мы здесь находимся, да?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Ну пожалуйста. Теперь инициатива принадлежит тебе. Так, и что здесь?</p> <p>Д: Здесь показано, как они идут к Тигре. Это его дом.</p> <p>Э: Угу.</p> <p>Д: ...Дальше Тигра тоже хотел придумать чувство, но никак это не смог сделать.</p> <p>Э: Подожди, здесь Тигра есть?</p> <p>Д: Да, вот он.</p> <p>Э: Значит, Тигра хотел придумать чувство, но...</p> <p>Д: Но не смог.</p> <p>Э: Но не смог. Скажи мне, пожалуйста, Тигра здесь, собственно, кто это?</p> <p>Д: Тигра.</p> <p>Э: Я понимаю, но что можно про него сказать?</p> <p>А: Он кто такой? Он, она?</p> <p>Д: Он.</p> <p>А: А сколько ему лет?</p> <p>Д: Пять, наверно, по его...</p> <p>А: Ну примерно, какой он: ребенок, подросток, взрослый?</p> <p>Д: Ну, это уже взрослый.</p> <p>А: Он молодой, средних лет или пожилой?</p> <p>Д: Он молодой.</p> <p>А: Молодой... У него есть семья?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>А: А из-за чего у него нет семьи?</p> <p>Д: Ну, потому что он сбежал из дома.</p>	<p>Здесь звучит тема транспоколенных посланий: ведите себя прилично, не переделяйте в себе ничего; первый брак матери был в основном побегом из отчего дома.</p>

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Э: То есть ест то, что...</p> <p>Д: Поймал. А этот тигр добрый.</p> <p>Э: Слушай, а ты что, хочешь сказать, что те тигры, которые охотятся, — это злые тигры?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Да. Родители были, можно сказать, у Тигры этого — бандиты.</p> <p>Д: Ну, не бандиты, но они были злые. Они добывали пищу. А этот тигр, он ест рыбий жир.</p> <p>Э: Хорошо, он добрый и ест рыбий жир. Как так получилось, что он стал питаться рыбьим жиром?</p> <p>Д: А когда он попал к друзьям, он там попробовал рыбий жир.</p> <p>Э: Скажи, пожалуйста, какое у него отношение к рыбьему жиру?</p> <p>Д: Он его любит.</p> <p>Э: Он его любит. За что?</p> <p>Д: Наверное, он по вкусу вкусный.</p> <p>Э: Вкусный... Ты когда-нибудь пробовала рыбий жир?</p> <p>Д: <i>(отрицательно мотает головой, морщится)</i>.</p> <p>Э: Что у тебя лицо такое сразу появилось?</p> <p>Д: Потому что он, наверное, невкусный.</p> <p>Э: Невкусный, но для него он вкусный?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Слушай, он какой-то странный у тебя, тигр, смотри. Он, во-первых, добрый, во-вторых, я все-таки с возрастом не понял.</p> <p>Нина Викторовна спрашивала, я был невнимателен, прослушал. Ему пять лет, да?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Это молодой человек, молодая барышня?</p> <p>Д: Молодой человек.</p> <p>Э: Молодой человек. Лет восемнадцати по человеческому возрасту? Или чуть старше?</p> <p>Д: Да, лет восемнадцать. Только это не молодой человек, а молодой Тигра.</p> <p>Э: Хорошо, молодой Тигра. Добрый-то добрый, но почему-то ест рыбий жир. Слушай, что же это такое значит — рыбий жир? За что он его любит?</p> <p>Д: За вкус. У него вкусный вкус. Он так считает.</p> <p>Э: А-а. Скажи, пожалуйста, значит, он в свое время совершил побег. Он ушел от родителей, которые учили его убийству.</p> <p>Д: Да.</p>	<p>В этих высказываниях звучат тоска по истинным чувствам родителей (учили тигра быть агрессивным), по неаутентичности собственного существования.</p>

Таблица 30.2 (продолжение)

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Э: Он сказал, что я не буду этого делать, но буду есть рыбий жир.</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Что же, он сам выбрал себе пищу и сам сказал, что эта пища вкусная, хорошая. Кто-нибудь понял, за что он любит рыбий жир?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>Э: Только он один.</p> <p>Д: Да.</p> <p>А: Слушай, а как относятся те, с кем он находится, к тому, что он ест рыбий жир?</p> <p>Д: Они спокойно относятся.</p> <p>Э: Они спокойно относятся. Они принимают его таким, какой он есть?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Друзья у него есть?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Друзья есть. Кто это такие? С кем он дружит?</p> <p>Д: С Кристофером-Робином, Пятачком, Винни-Пухом, Иа, Совой, Кроликом.</p> <p>Э: Он входит в эту компанию?</p> <p>Д: Да. Ну потом еще есть другие.</p> <p>Э: Можно я еще раз посмотрю на этого Тигру? Он достаточно большой, да?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: И что означает этот его знак вопроса?</p> <p>Д: Что он думает и не знает, что ему придумать, какое чувство.</p> <p>Э: А в чем у него проблема? Он не знает, какое придумать чувство. Он что, бесчувственный?</p> <p>Д: Нет, он не очень умный.</p> <p>А: Скажи, пожалуйста, у него у самого есть какие-нибудь чувства, какие он чувствует?</p> <p>Д: Он это всерьез не принимает.</p> <p>А: Он их знает, он их умеет? Может быть, он их не умеет называть или он не умеет чувствовать?</p> <p>Д: Он не умеет чувствовать.</p> <p>А: Он не умеет чувствовать.</p> <p>Э: Как это так?</p> <p>Д: Он всегда прыгает на всех, но он ничего не чувствует, что делает.</p> <p>Э: Я пытаюсь понять. Он прыгает на всех так, как делали его родители?</p> <p>Д: Да, это они его научили.</p>	<p>Тигра мог бы подумать: «Какие чувства ждут от меня? Что мне сделать в ответ на ожидание других?»</p> <p>Очень важные слова, свидетельствующие о дистанцированности со своими эмоциональными переживаниями.</p>

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Э: Они его научили, но что-то у него не получается ни придушить, ни придавить.</p> <p>Д: Нет, он прыгает совсем по-другому.</p> <p>Э: А как?</p> <p>Д: Родители-то бросаются, а он прыгает.</p> <p>Э: Зачем?</p> <p>Д: От радости.</p> <p>А: Когда радуется, он это выражает тем, что прыгает, да?</p> <p>Д: Да.</p> <p>А: Хорошо.</p> <p>Д: Он так здоровается.</p> <p>А: Какие у него еще бывают чувства, кроме радости?</p> <p>Д: Никаких.</p> <p>А: Он умеет только радоваться?</p> <p>Д: Да.</p> <p>А: А что с ним бывает, когда он хочет есть?</p> <p>Д: Он рычит.</p> <p>А: Он рычит. Вот какие чувства он испытывает, когда рычит?</p> <p>Д: Никакие.</p> <p>А: Никакие? Скажи, а вот если перенестись на человека. Допустим, если есть хочет кто-то из людей и он голод испытывает. Какие это чувства, что это такое?</p> <p>Д: Голод.</p> <p>А: Голод, а что это такое, что происходит?</p> <p>Д: Ему хочется есть.</p> <p>А: Ему действительно хочется есть, но как он узнает, что ему хочется именно есть, а не в туалет, например?</p> <p>Д: Ну, у него, наверно, что-то в организме просит.</p> <p>Э: Что-то в организме просит.</p> <p>А: Как организм дает знать о том, что он голодный?</p> <p>Д: Ну, начинает тошнить.</p> <p>Э: Тошнить. Может быть, что-то еще?</p> <p>Д: Живот начинает болеть.</p> <p>А: Живот начинает болеть. Как ты думаешь, каким чувством это сопровождается?</p> <p>Д: Нудным.</p> <p>А: Нудным, хорошо, я согласна. Как бы еще назвать это чувство? Какие слова еще подходят? Болит живот, тошнит...</p> <p>Д: Противно.</p> <p>А: Противно. Можно сказать про такого человека, что он немножечко раздраженный?</p>	<p>Ожидаемое от Д. поведение: быть послушной, «прыгать», а не бросаться, быть радостной и больше никакой.</p> <p>С этого момента начинается исследование чувств девочки и способов их выражения. Психотерапевты помогают подобрать слова, которые обозначают чувство голода.</p>

Таблица 30.2 (продолжение)

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Д: Нет. А: Немножко злой? Д: Нет. А: Нет. Э: Печальный, грустный? Подойдет или нет? Д: Нет. Э: Не грустный. А: Не печальный и не раздраженный. Э: Безликий, никакой. Д: Да. Э: Точно? Д: Точно. Э: Слушай, а может быть, он просто несчастный? Д: Наверно. Э: Наверно. Все-таки счастья никакого у него нет. А: Слушай, скажи, пожалуйста, он несчастный, а что заставляет его быть несчастным? Д: Хочется есть и не найти этой еды. Э: И не найти еды. Слушай, а как получается, что у него рыбий жир оказывается? Д: Вкусно. Э: Вкусно-то да. Я согласен. А: Откуда он берет его? Д: А ему дает его друг. Э: Его друг. А: Значит, получается так: Тигра не захотел научиться у родителей добывать себе пищу... Э: Не захотел быть настоящим тигром. А: Но в то же время он согласен, чтобы его кормил кто-то другой. Д: Да. Э: То есть он до восемнадцати лет дожил, а сам себя кормить не научился. Д: Но это ж по-человечески восемнадцать, а так ему пять лет. Э: Но, согласись, для тигра пять лет — это много. Д: Да. У него есть еда, что ж ему ее добывать. Э: Ну, так он просто в раю живет, значит, раз есть еда. Д: Да. Э: Везде, где он ходит, — рыбий жир. Д: Нет. А: Главное, есть другие, кто его кормит. Д: Да.</p>	<p>Вот некий бессознательно контролируемый образ девочки: быть правильной и в эмоциональном отношении никакой. Мать потом сказала, что такие же требования в свое время были у родителей и по отношению к ней.</p>

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Э: Так он немножечко идеалист? Он ждет, когда придет добрый друг и сделает его счастливым?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>Э: Нет? А как же тогда он сам делает свое счастье?</p> <p>А: Как он делает сам себя сытым без помощи друзей?</p> <p>Д: А он помогает, и ему за это дают рыбий жир.</p> <p>А: То есть это плата.</p> <p>Д: Да.</p> <p>А: А за что? Что он такое делает для других?</p> <p>Д: Ну, например, играет с крошкой Ру.</p> <p>Э: О, правильно. А кем он выступает по отношению к крошке Ру? Кто он такой для крошки Ру?</p> <p>Д: Он Тигра, и он хвастается всегда. Они там гуляют вместе, плавают по речке, лазают по деревьям.</p> <p>Э: Ну как можно сказать: он старший брат для крошки Ру?</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Он отец для крошки Ру?</p> <p>Д: Он друг.</p> <p>Э: Друг. Но старший друг? Или по возрасту одинаковый?</p> <p>Д: Да, одинаковый.</p> <p>Э: Одинаковый по возрасту с крошкой Ру?</p> <p>Д: Нет, не одинаковый.</p> <p>Э: По возрасту не одинаковый.</p> <p>Д: У него же есть и другие друзья.</p> <p>Э: Ну хорошо. Значит, все-таки у него знак вопроса — он не знает, что придумать. Но мы с тобой выяснили, что когда он голоден и несчастен, он бывает рад, когда он с друзьями.</p> <p>А: Прыгает, и тем самым выражает радость.</p> <p>Э: Он умеет прыгать, выражать радость, он дружит с крошкой Ру, у него есть друг, который кормит его рыбьим жиром.</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Замечательно. Знак вопроса остается?</p> <p>Д: Здесь — да.</p> <p>Э: Хорошо. Дальше что будет?</p> <p>Д: Дальше они пойдут к Кенге.</p> <p>Э: К Кенге. Великолепно, пошли к Кенге. И что?</p> <p>Д: Но она не могла сначала ничего придумать.</p> <p>А: Кто она такая?</p> <p>Д: Кенгуру.</p> <p>Э: Кенгуру. Опять же. Какая она кенгуру. Она или он?</p> <p>Д: Она.</p> <p>Э: Какая она?</p>	<p>Здесь находит свое отражение тема отношений с младшей сестрой — «за заботу полагается плата».</p> <p>Противоречивость отношений с сестрой — кто из них двоих главнее (старшая более любима) для матери.</p>

Таблица 30.2 (продолжение)

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Д: Хорошая.</p> <p>Э: Хорошая. Что помогает ей быть хорошей? Что делает ее хорошей?</p> <p>Д: Потому что она — мать.</p> <p>Э: Она мать.</p> <p>Д: У нее есть сын.</p> <p>Э: У нее есть сын. Хорошо. А этой маме Кенге сколько лет?</p> <p>Д: Ну, восемь по-кенгуриному.</p> <p>Э: Восемь. Если на человеческий возраст перевести, сколько это будет?</p> <p>Д: Ну, двадцать.</p> <p>Э: Двадцать, молодая кенгуриха. Молодая женщина, если по человеческому возрасту, да?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Хорошо, какой у нее сын?</p> <p>Д: Хороший.</p> <p>Э: Молодой, старый?</p> <p>Д: Он еще маленький. Ребенок.</p> <p>Э: Ребенок. Сколько ему лет?</p> <p>Д: Два по-кенгуриному.</p> <p>А: А откуда взялся у нее ребенок?</p> <p>Д: Она его родила.</p> <p>А: Она его родила. А у нее еще кто-нибудь из членов семьи есть?</p> <p>Д: Да.</p> <p>А: Кто у нее? С кем она живет?</p> <p>Д: С Тигрой.</p> <p>А: С Тигрой. А Тигра кто ей?</p> <p>Д: Друг.</p> <p>А: Друг. Слушай, хорошо, у нее есть кенгуренок. А есть папа у этого кенгуренка?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>Э: Нет. А что случилось? Как так получилось, что у него нет папы?</p> <p>Д: А так. Кенга родила его одна, без папы.</p> <p>Э: Одна. Что, совсем-совсем? Никого не было?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: А что ты можешь предположить, почему она рожала одна?</p> <p>А: И почему она не захотела иметь папу?</p> <p>Э: Действительно, и почему не оказалось рядом с ней мужа?</p> <p>Д: Потому, что она не хотела. Она хотела сама воспитать своего сына.</p>	<p>Опосредованное обращение роли отсутствующего отца.</p>

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Э: Она хотела сама воспитывать, но почему-то так получилось, что рядом с ней никого не было.</p> <p>Д: Ну просто она не хотела.</p> <p>Э: Она не хотела, чтобы с ней кто-то был?</p> <p>Д: Да, и воспитывал вместе с ней ее ребенка.</p> <p>Э: Она не хотела, чтобы кто-то рядом с ней воспитывал ее ребенка. А по какой причине?</p> <p>Д: Потому, что отец может учить каким-то штукам, которые она не хочет, на кого-то охотиться.</p> <p>Э: Так, то есть отец может быть сторонником таких воззрений, что просто Кенге это не понравится.</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Они могут не совпадать взглядами.</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Не совпадать... Чем они еще могут не совпадать?</p> <p>А: Правилами.</p> <p>М: Убеждениями.</p> <p>Э: Не совпадать правилами, убеждениями. Так?</p> <p>Д: Угу.</p> <p>А: А какие у Кенги есть фантазии, каким она хочет воспитать своего сына?</p> <p>Д: Добрым, чтобы он слушался.</p> <p>А: Должен быть добрым, еще каким?</p> <p>Д: Хорошим.</p> <p>А: А что такое в понимании Кенги «хорошим»?</p> <p>Д: Чтобы он не дрался ни с кем. Тогда много друзей будет.</p> <p>А: Если не будет драться, то будет много друзей?</p> <p>Д: Угу.</p> <p>А: А как будет вести себя ее ребенок? Как будет радоваться или сердиться? Какие есть у Кенги представления?</p> <p>Д: Ну, радоваться он будет всегда.</p> <p>А: Радоваться. А как она будет догадываться, что ее сын радуется?</p> <p>Д: Он будет прыгать, радоваться, смеяться.</p> <p>А: Угу, радоваться, смеяться. А если ему что-нибудь не понравится, тогда что ему делать? Как он может дать знать о том, что ему что-то не нравится?</p> <p>Д: Сказать может.</p> <p>А: Просто сказать. Хорошо, а топнуть ногой?</p> <p>Д: Не-а.</p> <p>А: Нельзя, да?</p> <p>Э: Какими словами он скажет о том, что он с чем-то не согласен? Как это может выглядеть?</p>	<p>Отца в семье нет из-за его конфликта с женой — несовпадение «воззрений», «взглядов», «правил», «убеждений». В эту дискуссию включилась и мать.</p> <p>Обсуждение способов выражения чувств.</p> <p>Отвечает не очень уверенно.</p>

Таблица 30.2 (продолжение)

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Д: Ну, как все. Э: Ну как? Д: Скажет это спокойно. Э: Допустим, ты сейчас тот маленький кенгуренок и ты чем-то недоволен. Как ты это покажешь? А: Тигра играл-играл с тобой и наступил тебе на ногу. Д: Я скажу, что Тигра надавил мне на ногу. Э: Ты скажешь: «Тигра, ты надавил мне...» На что? Д: На ножку. Э: На ножку. А я как Тигра могу сказать: «Тебе показалось. Я ничего такого не делал». Д: А я буду утверждать. Э: Что ты будешь утверждать? Д: Что Тигра наступил мне на ножку. И он будет плакать. Э: Кто? Д: Крошка Ру. Э: А-а, все правильно. Значит, один вариант: можно выразить свое недовольство тем, что заплакать. Д: Да. Э: Слезы, хорошо. Слезы трудно проигнорировать. Согласен. А как еще можно сказать? Потому что ты сказала такие слова: «Ты наступил мне на лапу», но это констатация, а отношение-то какое у детеныша? Отношения нет. Д: К Тигре? Э: Да. Д: Ну, немножко разозлился, наверно, на него. Э: Как сказать так, чтобы Тигра догадался? Ему говорят: «Тигра, ты наступил на лапку» и...? Д: Ну, показать, как он сердится на него? Э: Да, как показать? Д: Ну, там, топнет на него. Э: Так, значит, топнуть, верно? Можно топнуть лапкой. Что еще можно сделать? Д: ...Пожаловаться. Э: Пожаловаться. Кому? Д: Кенге. Э: Кенге. И что можно сказать Кенге? Как можно ей пожаловаться? Д: Что Тигра надавил мне на лапку и не хочет признаваться, что сделал это. Э: Так. И...? Д: А Кенга скажет, чтобы он больше так не делал.</p>	<p>В этом эпизоде интеллектуализация преобладает над непосредственным выражением чувств.</p> <p>Кларификация чувства злости.</p> <p>Можно предположить, что появление у ребенка злости вызывает у него чувство вины.</p>

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Э: То есть Кенга пойдет и скажет: «Тигра, ты, пожалуйста, больше так не делай»?</p> <p>Д: Не так скажет.</p> <p>Э: А как?</p> <p>Д: «Тигра, миленький, больше не наступай, пожалуйста, крошке Ру на ножку».</p> <p>Э: Это еще называется встать на коленки. «Тигрочка, дорогой, ты уж, пожалуйста, больше мою крошку не дави своей лапшей».</p> <p>А: А когда маленький кенгуренок говорит своей маме: «Мама, мне Тигра ножку отдавил, мне больно», это что такое? Какое чувство он выражает?</p> <p>Д: Он очень обижен.</p> <p>А: Он обиженный, он такой маленький.</p> <p>Э: И он просит помощи у своей мамы, чтобы она защитила, так ведь? Это вполне реальный путь. Конечно, многие дети так поступают. А может ли сам детеныш как-то себя защитить?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>Э: Совсем никаких шансов нет?</p> <p>Д: Он маленький.</p> <p>А: Хорошо, а если немножко пофантазировать, и когда он подрастет. Тигра наступил ему на ногу. Что он будет делать, если большой?</p> <p>Д: Он тоже может прыгнуть ему на ногу, что у того тоже нога прямо отвалится.</p> <p>Э: То есть возьмет, со всего размаха как даванет.</p> <p>А: Это называется кровь за кровь.</p> <p>Э: Кровь за кровь, око за око, зуб за зуб. Нормально. Хорошо. Еще какие-нибудь варианты есть?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>Э: Нет, совсем? Либо подраться, либо обидеться.</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Вот смотри. Два полюса — Сцилла и Харибда. Ты слышала про таких?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>Э: Вы потом будете в школе учить. Были две такие живые горы, два таких великана-горы — Сцилла и Харибда. И вот, если корабль проплывал между ними, они могли сомкнуться и раздавить. Называется «между Сциллой и Харибдой». Как попадешь между ними, так пропал. Один полюс — Сцилла, это обида, другой — агрессия. Как-то проплыть между ними можно, еще что-нибудь третье выдумать? Или либо обжаться, либо драться?</p>	<p>Продолжение разработки темы агрессии. Какие еще существуют деструктивные и конструктивные способы проявления агрессивности?</p> <p>Использование метафоры сцены усиления доступа к агрессивности. Ответ Д: избегание.</p>

Таблица 30.2 (продолжение)

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Д: Не плыть вообще.</p> <p>Э: Не плыть вообще, точно. Или обойти. Такой вариант вполне возможен. Избежать.</p> <p>Д: Крошка Ру может просто промолчать.</p> <p>Э: Можно промолчать. Можно молчать, обидевшись.</p> <p>Д: Прятать внутри обиду.</p> <p>Э: Прятать внутри обиду, совершенно верно.</p> <p>А: А если обиделся ребенок, как он может прятать обиду? Что с ним будет происходить, когда он прячет обиду?</p> <p>Д: Он внутри немного будет злиться, наверно.</p> <p>А: Внутри немножко злиться. А что с ним снаружи происходит?</p> <p>Он не показывает виду, что обиделся, разозлился на кого-то.</p> <p>А: А как он будет себя вести с тем, на кого обиделся, разозлился?</p> <p>Д: Д: Он все забудет и будет снова с ним играть.</p> <p>А: Это будет потом, а сразу?</p> <p>Д: Он предложит ему поиграть и потом все забудет, пока они будут играть.</p> <p>Э: Ты сейчас что сделала?</p> <p>Д: Убрала рисунок в папку.</p> <p>Э: А из-за чего ты это сделала?</p> <p>Д: Ну, просто.</p> <p>Э: Просто устала, надоело?</p> <p>Д: На одном рисунке стоять.</p> <p>Э: Давай сейчас попробуем это озвучить. Твои руки уже что-то сделали, а если к этим рукам присоединилась твоя голова и вся ты, что ты бы сказала про свои чувства?</p> <p>Д: Ничего.</p> <p>Э: Совсем ничего? Опять молчание и терпение? А все-таки, как ты понимаешь слова «стоять на одном месте»? Когда человек такое говорит, какое чувство он может предполагать?</p> <p>Д: Ну... надоедливость.</p> <p>Э: Надоело. Я устала. Мне надоело. Я потеряла интерес. У меня возникает раздражение, когда мы топчемся на одном месте.</p> <p>А: И даже, может быть, я немножко сержусь?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>А: Или немножко обижена?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>А: Нет. Раздражение, но не обида и не злость.</p>	<p>Обсуждение темы совладания с агрессивностью — использование различных психологических защит: амнезия и противодействие.</p> <p>В этом эпизоде психотерапевты осуществляют сопровождения, которые содержат в себе поддержку и реконструирующие «к истинной самости».</p> <p>Пока она не может принять полностью ответственность за свои аутентичные чувства, поэтому психотерапевты взяли на себя ответственность озвучивать (угадывать) ее подлинные желания и действия, а она либо соглашается, либо нет.</p>

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Д: Угу.</p> <p>Э: Хорошо. Вот ты сейчас сказала о своем чувстве. Я так понял, что ты решила все-таки немножко отстаивать свои интересы. Не быть послушным орудием в моих руках, в руках Нины Викторовны. Ты заявила о каких-то своих желаниях. Самое уместное теперь спросить: чего ты хочешь?</p> <p>Д: Ничего.</p> <p>Э: Но все-таки, в данный момент, раз ты сердита, что можно сделать с твоим чувством? Можно терпеть, а можно что-то попробовать сделать.</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Что?</p> <p>Д: Можно переменить его на хорошее чувство.</p> <p>Э: Да. Что, так просто? Это возможно?</p> <p>Д: Возможно.</p> <p>Э: Как это сделать?</p> <p>Д: Перейти на другой рисунок.</p> <p>Э: О! Хорошо, великолепно. Пожалуйста, давай на другой рисунок.</p> <p>А: Как могут узнать другие люди о том, что ты хочешь перейти на другой рисунок? Что можно сделать, сказать?</p> <p>Д: Можно сказать.</p> <p>А: А как?</p> <p>Э: Можно так и сказать: «Я хочу перейти на другой рисунок».</p> <p>Д: Так прямо и сказать.</p> <p>Э: Можно еще сказать: «Я устала, мне надоело то, что мы обсуждаем. У меня есть другие идеи».</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Пожалуйста, куда ты хочешь перейти?</p> <p>Д: На следующий рисунок.</p> <p>Э: Пожалуйста, что здесь?</p> <p>Д: Здесь крошка Ру придумывает, что нужно нарисовать эти чувства на листочке.</p> <p>Э: Где, покажи пальцем. Хорошо. Крошка Ру думает о чувствах, которые нужно изобразить на листочке, да?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: И что? Я так понял, крошка Ру — сын Кенги, да?</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: И он про своего отца ничего не знает?</p> <p>Д: Не-а.</p> <p>Э: Ладно. И что здесь?</p> <p>Д: Ну вот, он придумывает, что нужно нарисовать.</p>	<p>Позиция инфантильной личности, мечтающей о том, чтобы кто-то — знакомые, звери, а на самом деле — мать, — отражал ее чувства. Происходит идентификация Д. с крошкой Ру.</p>

Таблица 30.2 (продолжение)

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>А: И что же он рисует?</p> <p>Д: Он ничего не рисует. Он предлагает друзьям.</p> <p>А: А-а, он предлагает друзьям рисовать.</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Ну, и что он предлагает друзьям?</p> <p>Д: Нарисовать все чувства, которые они придумали.</p> <p>Э: А кто рисовать-то будет? Друзья?</p> <p>Д: Угу. Каждый свое чувство.</p> <p>Э: Хорошо. Почему он к ним с таким предложением обратился?</p> <p>Д: Ему самому интересно.</p> <p>Э: Самому интересно. А он маленький, да?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Но получается, что он приглашает друзей сделать то, чего, может быть, сам еще не может?</p> <p>Д: Он может, только не очень хорошо. Будет, наверно, непохоже.</p> <p>Э: У него не получится?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: А, то есть существуют опасения, что у него не получится.</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Из-за чего?</p> <p>Д: Он еще маленький, он не умеет.</p> <p>Э: Что он умеет? Вот хорошую тему ты предлагаешь. Что он умеет в своем маленьком возрасте?</p> <p>Д: Он умеет хорошо прыгать и плавать умеет, лазать по деревьям. Он почти все умеет.</p> <p>Э: Почти все. А чего он не умеет?</p> <p>Д: Рисовать, а вот прыгать, плавать и такое все умеет.</p> <p>Э: Хорошо.</p> <p>А: А какие чувства он выражает, когда плавает, прыгает?</p> <p>Д: Он — радостный. Радость.</p> <p>А: Он — радостный. А какие-нибудь другие чувства он знает?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>А: Он знает радость.</p> <p>Э: Ну, по крайней мере, получается, уже много персонажей, которые знают радость.</p> <p>Д: Они все знают радость.</p> <p>Э: Они все знают радость. Приятно. А что дальше?</p> <p>Д: Дальше они все пошли к Винни-Пуху рисовать эти чувства.</p>	<p>Лейтмотив всех переживаний девочки — мать без мужа, неопытность матери, «потерянная любовь».</p>

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Э: Это где?</p> <p>Д: Вот они идут.</p> <p>Э: Они пошли все к Винни-Пуху рисовать свои чувства, так.</p> <p>Д: Вот они сидят за столиком и уже приготовились рисовать.</p> <p>Э: Кто здесь где находится?</p> <p>Д: Это Винни-Пух, это Пятачок, а это Кролик. Они уже приготовились. Вот здесь они покрупнее, но уже другие.</p> <p>Э: А кто здесь?</p> <p>Д: Это Винни-Пух, Пятачок и Кристофер-Робин сидят. Они уже нарисовали.</p> <p>Э: Они уже нарисовали. Что они нарисовали?</p> <p>Д: Потерянную любовь.</p> <p>Э: Потерянную любовь? Что ж это такое, потерянная любовь? Это сердце, пронзенное стрелой?</p> <p>Д: Да.</p> <p>А: А чье это чувство?</p> <p>Д: Это чувство Кролика.</p> <p>Э: Кролика. И как так получилось, что Кролик потерял любовь?</p> <p>Д: Он потерял родителей.</p> <p>Э: А-а. История про потерянную любовь, про потерянных родителей, да?</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: И что же их ждет? Что у них будет в жизни?</p> <p>Д: Вот эти все чувства, которые они придумали.</p> <p>Э: Все эти чувства.</p> <p>Д: А здесь показан листочек со всеми чувствами.</p> <p>Э: Так, и что здесь?</p> <p>Д: Здесь потерянная любовь, злость, потеря, грусть, ласка.</p> <p>Э: Покажи мне, где ласка?</p> <p>Д: Вот.</p> <p>Э: Это чье чувство, ласка?</p> <p>Д: Совы.</p> <p>А: Слушай, и как они нарисовали ласку?</p> <p>Д: Как груша гладит яблоко по головке.</p> <p>Э: Как груша гладит яблоко по головке, да?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Слушай, а груша и яблоко, они же вроде не совсем живые?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Да?</p>	<p>Постепенно расширяется репертуар в описании чувств.</p> <p>Разработка темы «ласка».</p> <p>Появление нового героя Д. — Зены.</p>

Таблица 30.2 (продолжение)

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>А: Скажи, пожалуйста, если пофантазировать, если бы они были живые, кем бы была груша и кем — яблоко?</p> <p>Д: Ну, груша — это были бы друзья, а яблоко — это Сова бы была.</p> <p>А: Сова — это яблоко.</p> <p>Э: А груша — это кто?</p> <p>Д: Груша — это друзья, которые ее гладят по головке, ну и там родные всякие.</p> <p>Э: Добро. Это у тебя новое задание, да?</p> <p>Д: Да.</p> <p>А: Расскажи, кто это?</p> <p>Д: Это Зена.</p> <p>А: Это Зена. Расскажи, какая она здесь?</p> <p>Д: Воин.</p> <p>Э: Это воин. Расскажи, что ты знаешь про нее, сколько ей лет?</p> <p>Д: По фильму ей меньше двадцати.</p> <p>Э: А в твоей жизни ей сколько лет?</p> <p>Д: По-настоящему ей уже тридцать три.</p> <p>Э: Тридцать три года. Кто такая Зена? Она воин. Как так получилось, что она стала воином?</p> <p>Д: Она в кино воин.</p> <p>Э: Я смотрю, она вызывает у тебя очень приятные чувства?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: За что ты любишь Зену?</p> <p>Д: Она мне нравится.</p> <p>Э: Чем она тебе нравится?</p> <p>Д: Она — воин.</p> <p>Э: То есть воин в твоем понимании, да, Зена — это воин. Что ты вкладываешь в понятие «воин», что такого умеет делать Зена?</p> <p>А: Кто такой воин? Какой он?</p> <p>Д: Воин — это который дерется.</p> <p>Э: Она умеет драться?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Скажи, кто ее научил драться?</p> <p>Д: Она сама научилась.</p> <p>Э: Она сама научилась. А зачем это ей нужно?</p> <p>Д: Потому что она хотела стать воином.</p> <p>Э: Хорошо. Она дерется как? Каким образом?</p> <p>Д: Она по-любому умеет.</p>	<p>Приблизительно возраст матери Д. в настоящее время.</p> <p>«Проективная идентификация», Зена чем-то похожа на мать, любимая героиня Д.</p>

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Э: Она кулаками умеет драться?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Ногами умеет драться?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: У нее меч есть?</p> <p>Д: Есть.</p> <p>Э: Умеет она пользоваться мечом?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Так, стрелять умеет?</p> <p>Д: Умеет, только она с луком не ходит.</p> <p>Э: С луком не ходит, да?</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: То есть из лука она тоже умеет стрелять?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Зачем ей так нужно уметь драться?</p> <p>Д: Воин должен уметь драться, чтобы защитить себя.</p> <p>Э: Чтобы защитить себя. От кого себя защищает Зена?</p> <p>Д: От бандитов.</p> <p>Э: От бандитов. Бандиты — это кто?</p> <p>Д: У нее много бандитов.</p> <p>Э: Много бандитов в ее жизни. Кто же больше всего угрожает Зене?</p> <p>Д: Все. Боги.</p> <p>Э: Боги? Они что, подвергают ее испытаниям?</p> <p>Д: Они убивают смертных и ее хотят убить.</p> <p>Э: Боги — это те, которые дают жизнь и которые ее забирают?</p> <p>Д: Нет, они не дают.</p> <p>Э: А как Зена появилась на свет? Откуда она взялась?</p> <p>Д: Ее родили.</p> <p>Э: Ее родили, кто?</p> <p>Д: Мама.</p> <p>Э: Ее мама. Кто была мама Зены?</p> <p>Д: Женщина.</p> <p>Э: Женщина. Какая это была женщина?</p> <p>Д: Хорошая.</p> <p>Э: Хорошая.</p> <p>А: А хорошая — это какая?</p> <p>Д: Она не хотела, чтобы она была воином.</p> <p>А: А чего она хотела для своей дочери?</p> <p>Д: Чтобы она жила хорошо.</p> <p>Э: Чтобы она жила хорошо, чтобы ее никто не обижал?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Когда она родила свою дочь по имени Зена? Это единственный ребенок у нее был?</p>	<p>Попытка выяснить, существует ли связь фигур богов и родителей.</p> <p>Обсуждение биографии Зены.</p>

Таблица 30.2 (продолжение)

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Д: Да.</p> <p>Э: А в это время мать была молодая, старая?</p> <p>Д: Молодая.</p> <p>Э: Красивая, страшная?</p> <p>Д: Красивая.</p> <p>Э: Кстати, дочка ее, Зена, какая она по внешности?</p> <p>Д: Красивая.</p> <p>Э: Красивая, да? Такая же, как и мать красивая?</p> <p>Д: Даже еще лучше.</p> <p>Э: Даже еще красивее своей матери. Что стало с матерью?</p> <p>Д: Она так и осталась.</p> <p>Э: Она где-то живет, да?</p> <p>Д: Да, в деревне.</p> <p>Э: В деревне.</p> <p>А: А с кем она живет?</p> <p>Д: Одна.</p> <p>Э: Одна. Как так получилось, что она одна?</p> <p>Д: Ну, она одна жила.</p> <p>Э: У нее был муж?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>Э: Совсем не было?</p> <p>Д: Совсем.</p> <p>Э: Она ни с кем не познакомилась из мужчин?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>Э: Даже близко не было, чтобы кто-нибудь понравился из мужчин?</p> <p>Д: Никто не понравился.</p> <p>Э: Совсем никто. Слушай, во всех этих историях женщины без мужчин?</p> <p>Д: Ну да.</p> <p>Э: Мамы, у которых нет мужей или есть, но с которыми не сходятся по убеждениям?</p> <p>Д: Их нету.</p> <p>А: Слушай, а Зена кого-нибудь любила?</p> <p>Д: Не-а.</p> <p>А: А у нее были когда-нибудь мечты, что она когда-нибудь выйдет замуж, семью заведет?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>А: Нет. А у нее дети будут когда-нибудь?</p> <p>Д: У нее есть дети.</p> <p>А: У Зены?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Можно я посмотрю. Это что у нее такое?</p> <p>Д: Шакран.</p>	<p>У девочки не сформирован образ мужчины, вернее, та фигура, которая вызывает у нее беспокойство, амнезируется.</p>

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Э: Это что такое?</p> <p>Д: Это оружие.</p> <p>Э: А-а, да, правильно. Интересно.</p> <p>А: Слушай, а о чем мечтает Зена? Чего бы она хотела в этой жизни?</p> <p>Э: Для чего она появилась на этот свет?</p> <p>Д: Чтобы жить.</p> <p>А: А что это такое для нее? Жить — это что?</p> <p>Д: Это жить на свете.</p> <p>А: Понимаешь, одни люди живут, работают, копают землю, другие строят дома, третьи учат детей, кто-то лечит, кто-то воюет, кто-то еще что-то.</p> <p>А о чем мечтала Зена?</p> <p>Д: Она ни о чем не мечтала.</p> <p>А: Она ни о чем не мечтала, да?</p> <p>Э: Хорошо, ладно. Давайте тогда поставим на этом точку.</p> <p>Д: Не-а.</p> <p>Э: Ты хочешь продолжить?</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Может, в следующий раз продолжим про Зену?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Мне приятно, что у тебя есть желание и что даже пришлось тебя останавливать. Ты готова про нее много рассказать?</p> <p>Д: Угу.</p> <p>М: Любимая героиня.</p> <p>Э: Любимая героиня.</p> <p>А: А ты бы хотела быть Зеной?</p> <p>Д: Да.</p> <p>А: А в чем бы ты хотела быть похожей на Зену?</p> <p>Д: У меня бы была лошадь, я бы была красивая, у меня бы была спутница, я бы путешествовала.</p> <p>А: А ты бы хотела, как Зена, быть одинокой?</p> <p>Д: Она не одинокая.</p> <p>Э: Насколько я понимаю, у Зены нет семьи.</p> <p>Д: У нее есть спутники.</p> <p>Э: Спутники, правильно.</p> <p>Д: И ребенок.</p> <p>Э: Уже и ребенок есть. А муж есть у нее?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>Э: И замуж она не выходила?</p> <p>Д: Нет, не выходила.</p>	<p>Приближается время завершения сеанса, который длится 60 минут.</p> <p>Метафорически это звучит как стремление раскрыть себя другую — агрессивную и направить эту агрессию на те фигуры в ее жизни, которые вызвали у нее сильные фрустрации.</p> <p>Эти слова Д. произнесла впервые.</p>

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>А: А что здесь и сейчас будем делать?</p> <p>Д: Я буду рассказывать историю.</p> <p>Э: Великолепно. Какая это история, расскажи?</p> <p>Д: ...</p> <p>Э: Я понимаю. Она с рисунками или без?</p> <p>Д: Без.</p> <p>Э: Просто рассказ?</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Ну расскажи эту историю, пожалуйста.</p> <p>Д: С какого места начать?</p> <p>А: С какого хочешь.</p> <p>Э: Ты с какого места начала ее сочинять?</p> <p>Д: С начала.</p> <p>Э: Вот с начала и рассказывай.</p> <p>Д: <i>(смотрит на маму)</i></p> <p>Э: Думаешь, мама будет тебе помогать?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>Э: Хочешь, чтобы она немножечко... Что сделала?</p> <p>Д: Не знаю. С рисунком было легче говорить.</p> <p>Э: С рисунком было легче.</p> <p>А: Это не просто, но все равно, начни с какого-нибудь слова — и вперед.</p> <p>Д: Я сочинила, что Зена и ее друзья спасают ее подругу Габриэль.</p> <p>Э: Что с ней случилось, с этой подругой?</p> <p>Д: А ее украли.</p> <p>А: Что тебе известно в этой истории, как ее украли?</p> <p>Д: Зена и Габриэль, они боролись с бандитами. Но в бою Габриэль украли незаметно.</p> <p>Э: Они боролись с бандитами. Как получилось, что Зена и...</p> <p>Д: Габриэль.</p> <p>Э: Габриэль. Она тоже женщина?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Две женщины. Как так получилось, что они встретились с бандитами?</p> <p>Д: На них напали, вот они и встретились.</p> <p>А: Какие у тебя есть предложения, из-за чего на них напали бандиты? Чего они хотели?</p> <p>Д: Потому что обещали много денег за голову Зены. Они хотели ее убить.</p> <p>Э: Скажи, пожалуйста, кто так дорого оценивает голову Зены?</p> <p>А: Кому они должны были голову Зены отдать?</p> <p>Д: Ну, вообще-то, никому. Им самим хочется.</p>	<p>История Зены и ее подруги Габриэль.</p>

Таблица 30.2 (продолжение)

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Э: Вот, предположим, они бы схватили Зену и Габриэль. И что было бы?</p> <p>Д: Их бы спасли.</p> <p>Э: Кто? Кого?</p> <p>Д: Зену и Габриэль.</p> <p>Э: А-а. Нет, я просто хочу понять, зачем они нужны.</p> <p>Д: Чтобы деньги за них получить.</p> <p>А: А от кого они рассчитывали получить деньги?</p> <p>Д: От того, кто, может, создал этот закон.</p> <p>Э: От того, кто будет создавать закон. Закон?</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Этот кто-то такой важный, большой?</p> <p>Д: Нет, ну, закон...</p> <p>А: Хорошо, а за что по закону нужно захватить Зену? Зачем закону Зена и Габриэль, что закон даже готов заплатить за нее деньги?</p> <p>Д: Потому что они буйные и дорого стоят.</p> <p>А: Ах, они буйные и дорого стоят.</p> <p>Э: По крайней мере, можно сделать вывод, что Зена и Габриэль представляют ценность.</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Что ж в них такого самого ценного?</p> <p>Д: То, что они — воины.</p> <p>Э: Они — воины, Зена и Габриэль?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Появилась новая фигура — Габриэль. Скажи, ты раньше ее знала?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: То есть она в кино есть?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: А ты на кого больше похожа, на Зену или на Габриэль?</p> <p>Д: По внешности или по характеру?</p> <p>Э: Вначале по внешности.</p> <p>Д: На Габриэль.</p> <p>Э: А по характеру?</p> <p>Д: На Зену.</p> <p>А: А кем бы ты хотела быть?</p> <p>Д: Обеими.</p> <p>А: Обеими сразу.</p> <p>Э: Значит, две женщины, которые являются каким-то напоминанием тебя.</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Чем Габриэль внешне похожа на тебя?</p> <p>Д: Волосами.</p>	<p>Обсуждение темы, что агрессивность является ценностью, ради которой можно нарушить закон.</p> <p>Тема идентификации с Зеной и Габриэль.</p>

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Э: Чем, цветом?</p> <p>Д: Цветом нет.</p> <p>Э: А чем?</p> <p>Д: У меня лицо похоже на нее.</p> <p>Э: Она симпатичная или страшная?</p> <p>Д: Симпатичная.</p> <p>Э: Симпатичная. То есть ты такая же симпатичная, как Габриэль?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Что еще есть сходного в тебе и в ней?</p> <p>Д: Не знаю.</p> <p>А: Ну что-нибудь еще есть? Сколько ей лет?</p> <p>Д: Не знаю.</p> <p>А: Ну примерно. Это девочка, девушка, женщина, старуха?</p> <p>Д: Ну в сериале-то она девушка.</p> <p>Э: А в твоей истории она кто?</p> <p>А: В твоей истории сколько ей лет?</p> <p>Д: Тридцать.</p> <p>Э: Тридцать. Для тебя 30 лет — это что такое?</p> <p>Д: Это уже женщина.</p> <p>А: Это уже женщина, да? Хорошо. Что ты знаешь про семью Габриэль?</p> <p>Д: Она замужем.</p> <p>Э: Она замужем. А кто у нее муж?</p> <p>Д: Не знаю.</p> <p>Э: Ну давай пофантазируем. Как-то ты узнала, что у Габриэль есть муж.</p> <p>А: Где он находится? Вот она с Зеной борется с бандитами, а он где?</p> <p>Д: По сериалу он в деревне.</p> <p>Э: По сериалу. А по твоему сериалу, в твоих представлениях, он где?</p> <p>Д: Он тоже в деревне живет.</p> <p>А: Что он там делает?</p> <p>Д: Живет.</p> <p>А: Он там просто живет или еще чем-то занимается?</p> <p>Д: Наверно.</p> <p>А: А чем он там может заниматься?</p> <p>Д: Ну, помогать своей матери.</p> <p>А: Помогать матери. То есть он живет со своей мамой, да?</p> <p>Д: Да.</p> <p>А: Как он относится к тому, что его Габриэль умчалась вместе с Зеной бороться с бандитами?</p>	<p>Возможно, Зена и Габриэль в фантазиях Д. — два аспекта фигуры матери: одна агрессивная, знавшая «забытую любовь», другая — замужем. Может быть, это сестра-близнец матери.</p> <p>Тема случайности, неопределенности в отношениях мужчины и женщины.</p>

Таблица 30.2 (продолжение)

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Д: Он об этом не узнал. Она ушла ночью.</p> <p>А: То есть она сбежала от него?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Что заставило ее это сделать?</p> <p>Д: Она хотела путешествовать с Зеной.</p> <p>Э: Хотела путешествовать. Зена стала для нее интереснее, чем ее муж.</p> <p>Д: Конечно.</p> <p>А: А зачем она вышла замуж? Как так получилось?</p> <p>Д: Это случайность.</p> <p>А: Случайность? То есть как? Она случайно с ним познакомилась или случайно вышла замуж? Что произошло случайно?</p> <p>Э: Скажи, пожалуйста, у них какие-нибудь чувства, какие-нибудь отношения были?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: В каком возрасте она вышла замуж?</p> <p>Д: В двадцать.</p> <p>Э: Ты сказала, что это была случайность. Какие отношения у них были в браке?</p> <p>Д: Сначала нормальные.</p> <p>Э: Сначала нормальные. Нормальные — это какие у них были отношения?</p> <p>А: Какие чувства были между ними? Почему-то они решили пожениться. Не остались просто знакомыми, друзьями, а решили пожениться.</p> <p>Д: Это был такой закон.</p> <p>Э: Закон, который говорил что?</p> <p>Д: В определенное время девушка должна выйти замуж.</p> <p>Э: Что в этом законе было написано, в какое время девушке полагается вступать в брак?</p> <p>Д: В двадцать лет.</p> <p>Э: Двадцать лет. Для чего? Зачем такой закон? Чему он хотел помочь?</p> <p>Д: Этот закон бандиты сделали.</p> <p>А: Бандиты. А зачем им было делать такой закон?</p> <p>Д: Они хотели помучить их.</p> <p>Э: А-а, женитесь и помучайтесь. Так?</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Значит, брак — это некоторое испытание?</p> <p>А: Или мучение?</p> <p>Д: И то и другое.</p>	<p>Возраст матери, когда она студенткой первый раз выходила замуж.</p> <p>По представлениям Д., семейная жизнь — сплав жестких правил, мучений и испытаний. Основное жесткое правило ее матери: «Терпи. Держи в себе. Носи в себе». Замуж можно выйти и без любви.</p>

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Э: И то и другое. Если это испытание, то испытание на что или чего?</p> <p>Д: Ну, что ты вообще не любишь этого человека, а тебе за него замуж приходится выходить.</p> <p>Э: Вот, не любишь, а замуж выходить приходится. Это испытание на терпеливость, да?</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Может, еще на что-то это испытание?</p> <p>Д: Да нет, наверно.</p> <p>Э: Хорошо, только на терпеливость, сколько же они смогут терпеть. Второе, что ты сказала, — это мучения. И что ж там за мучения такие?</p> <p>А: От чего приходится мучиться в браке?</p> <p>Д: Ну, может быть, что такой муж тебе попадется, что...</p> <p>А: Что будет?</p> <p>Д: Бить.</p> <p>А: Как это было в браке у Габриэль? Каким у нее был муж?</p> <p>Д: Он ее любил, но она его не любила.</p> <p>Э: Он ее любил, а она его не любила. Как так получилось?</p> <p>Д: Да он был глупый потому что.</p> <p>Э: А-а, и что? Он был глупый и еще какой?</p> <p>Д: С плохой стороны больше никаким не был.</p> <p>Э: Понятно. В то же время, несмотря на то, что он был глупый, он знал, что такое чувство любви. Он любил свою жену, любил Габриэль. А Габриэль что испытывала в браке с этим мужчиной?</p> <p>Д: ...</p> <p>А: Каково ей было? Как ей жилось замужем за своим мужем?</p> <p>Д: Ну, неудобство, наверно, испытывала.</p> <p>Э: Неудобство, да? Что такое неудобство?</p> <p>Д: Что у некоторых умные мужья, а у нее глупый.</p> <p>Э: Вот когда у всех других женщин умные мужья, а у нее глупый, что это означало в ее жизни? Как она себя чувствовала в такой ситуации?</p> <p>Д: Она раздраженная была.</p> <p>Э: Раздраженная. Можно сказать, что она немножко стеснялась своего мужа?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>Э: Нет? Ей не было стыдно, что она вышла замуж за такого мужчину?</p> <p>Д: Наверно, немножко.</p> <p>Э: Немножко. Ну, ладно.</p>	<p>В рассказе матери о своем первом муже на первом месте — избавление от опеки родителей, на втором — бытовые неурядицы, особенно связанные с беременностью. О любви она говорила неотчетливо, вскользь. С точки зрения родителей М., муж ее был глупый и явно ей не пара. Рассказывая о ранней стадии брака ее родителей. Зададимся вопросом, откуда дети все знают, но в силу своих возрастных особенностей мало что могут сделать в семье?</p>

Таблица 30.2 (продолжение)

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>А: А у них дети были?</p> <p>Д: Пока нет.</p> <p>А: То есть они 10 лет прожили в браке, но детей у них не было.</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Как получилось, что у них не было детей?</p> <p>Д: Ну, просто.</p> <p>Э: То есть просто не хотели? Кто больше не хотел детей?</p> <p>Д: Ну, наверно, немножко Габриэль.</p> <p>Э: Немножко Габриэль не хотела. А как ее муж к этому относился?</p> <p>Д: Он, наверно, хотел.</p> <p>Э: Он хотел, а Габриэль немножечко хотела и в то же время не хотела?</p> <p>Д: Да.</p> <p>А: Что-нибудь известно, почему она не хотела детей?</p> <p>Д: Потому, что считала, что они родятся такими же глупыми.</p> <p>А: Глупыми. А было что-нибудь такое в ее муже, что она ценила?</p> <p>Д: Хорошего было, что он был нежный.</p> <p>Э: Он был нежный, да?</p> <p>А: Нежность, получается, имела для Габриэль меньшее значение, чем ум?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: То есть для Габриэль на первом месте был ум, социальное положение, а нежность, чувства — это на втором месте?</p> <p>Д: Да.</p> <p>А: И все-таки в одну прекрасную ночь она решила убежать. Из-за чего?</p> <p>Д: Из-за того, что ее спасла Зена.</p> <p>А: А от чего ее спасла Зена?</p> <p>Д: От бандитов.</p> <p>А: А как она оказалась у бандитов?</p> <p>Д: Бандиты захватили ее деревню.</p> <p>А: Вот в чем дело. Бандиты захватили ее деревню. Как ты поняла, из-за чего вдруг бандиты решили захватить эту деревню?</p> <p>Д: Бандиты всех захватывают.</p> <p>А: Бандиты всех захватывают. Чего они хотели от жителей деревни?</p> <p>Д: Помучить их.</p>	<p>Ценность мужа в браке.</p> <p>Правила семьи прародителей Д., правила родителей Д., ее собственные правила (см. «Этапы и механизмы патологизирующего наследования» в книге «Психология и психотерапия семьи». СПб.: «Питер», 2001. С. 252).</p>

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>А: Помучить. А какие мучения были у бандитов для жителей деревни?</p> <p>Д: Продать, например.</p> <p>А: Продать куда, кому? Что-нибудь об этом известно?</p> <p>Д: Другим людям.</p> <p>А: Продать для чего? Что бы пришлось делать жителям деревни у тех, кому бы их продали?</p> <p>Д: Что они скажут.</p> <p>А: То есть быть рабами?</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: То есть исполнять приказы чужой воли.</p> <p>Д: (кивает).</p> <p>Э: Интересная история.</p> <p>А: Значит, Зена спасла Габриэль от рабства.</p> <p>Э: Скажи, пожалуйста, если я выскажу такое предположение: бандиты оказались даже в чем-то хорошими людьми. Они сделали так, что Габриэль сбежала от своего мужа.</p> <p>Д: Нет.</p> <p>Э: Нет? Почему-то мужа они не взяли в рабство? Или взяли.</p> <p>Д: Взяли.</p> <p>А: Зена спасла только одну Габриэль?</p> <p>Д: Нет, всех спасла.</p> <p>А: Тогда, если она всех спасла, почему Габриэль не осталась с мужем дома?</p> <p>Д: Потому, что он был, во-первых, глупый, а во-вторых, очень нежный.</p> <p>Э: Глупый и нежный.</p> <p>А: Она сбежала от его глупости и от его нежности?</p> <p>Д: (кивает).</p> <p>Э: Может быть, что-то еще в нем было такое, что лучше бежать, чем с таким жить?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>Э: Нет. Глупость и нежность. Хотел бы я знать, что такое быть глупым в глазах других людей, но он был уверен, что он не глупый?</p> <p>Д: Да.</p> <p>А: Слушай, а скажи, пожалуйста, ты знаешь какой-нибудь его поступок, про который все остальные сказали, что это глупый поступок?</p> <p>Д: Нет.</p> <p>А: Ни одного поступка не знаешь?</p> <p>Д: Нет.</p>	<p>Размышления девочки о том, что важнее в мужчине — ум или нежность.</p> <p>В глазах родителей М. ее муж был глупым, под давлением общественного мнения в ее восприятии он был в какой-то степени таким. М., будучи инфантильной, не раскрывшей в себе потенциал, «любить и быть любимой», не смогла оценить любовь своего мужа. Она боялась своих и его чувств.</p>

Таблица 30.2 (продолжение)

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Э: Но ты знаешь зато другое, что есть общественное мнение, что с ним спорить очень и очень трудно, может быть, даже бесполезно.</p> <p>Д: <i>(кивает)</i>. Как скажет какую-нибудь глупость, его и не переспорить.</p> <p>Э: Скажи, пожалуйста, а что такое было, что называется словом «нежность»?</p> <p>Д: Он оберегал всегда Габриэль.</p> <p>Э: Он был заботливый?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Он оберегал, заботился.</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Он пытался построить для Габриэль хороший, надежный мир.</p> <p>Д: <i>(пожимает плечами)</i>.</p> <p>А: Он защищал ее, заботился, помогал ей. Считалось, с его стороны это была помощь.</p> <p>А: Он так считал. А что считала Габриэль?</p> <p>Д: Ей немного не нравилось.</p> <p>А: Ей немного не нравилось. А с точки зрения общественного мнения, то, что он для нее делал, что это такое было?</p> <p>Д: Никто не обращал на это внимания.</p> <p>Э: Вот как. Просто они не знали. Это тайная сторона жизни Габриэль и ее мужа. Внутри он демонстрировал нежность, а то, что было снаружи, — это то, за что люди говорили: «Это плохо, это глупость».</p> <p>Д: Нет.</p> <p>Э: Нет, не так? Поправь меня.</p> <p>Д: ...</p> <p>Э: В чем затруднение? Я что-то не так сказал? Скажи сама.</p> <p>Д: Я не знаю, как сказать.</p> <p>Э: Ну, давай попробуем еще раз.</p> <p>А: Муж проявлял свою глупость, это было видно другим людям, а то, как он проявлял нежность, этого никто не видел.</p> <p>Д: Да.</p> <p>А: То есть знала об этом одна Габриэль?</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Я попробую сказать такие слова. Получилось так: на одной чаше — общественное мнение, на другой — какие-то чувства. Он пытался свои чувства проявлять, а Габриэль как-то реагировала? Она давала ему взамен какие-нибудь чувства?</p>	<p>Тема очень трудная для Д., поэтому психотерапевты применяют прием «следования за спиной» (tracking), (С. Минухин, 1974).</p>

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Д: Нет.</p> <p>Э: Нет, и получилось, что весы, в какой-то момент эта чаша пошла вниз. Чувства оказались очень легкими.</p> <p>Д: Чувства, они легче были.</p> <p>Э: Они легче. Они не такие дорогие, как общественное мнение.</p> <p>Д: Наверно.</p> <p>А: Можно высказать такое предположение: Габриэль сбежала не только от мужа, а от общественного мнения. Его считали глупым, поэтому она от него и убежала.</p> <p>Д: Да, но она же хотела путешествовать еще с Зеной.</p> <p>Э: Да. Она ведь хотела путешествовать с Зеной.</p> <p>Д: Угу.</p> <p>Э: Хорошо. Ты сказала, что внешне похожа на Габриэль, а на самом деле внутри ты — Зена. Я так тебя понял?</p> <p>Д: Ну я на Зену тоже чуть-чуть похожа.</p> <p>Э: То есть ты похожа на Зену внешне?</p> <p>Д: Да.</p> <p>Э: Хорошо. Можно сказать, что многое из того, что характеризует Зену, твое?</p> <p>Д: Ну, не все.</p> <p>Э: Не все. Тогда мы поступим проще. Расскажи, какая Зена.</p> <p>Д: Внешность или что?</p> <p>Э: И про внешность, и про что. А ты словом «что» что называешь?</p> <p>Д: Ну, какие-нибудь там чувства.</p> <p>Э: О! Да.</p> <p>А: Какая для тебя Зена?</p> <p>Д: Нормальная.</p> <p>А: Что входит в понятие «нормальная»? Попробуй раскрыть.</p> <p>Д: Она не очень злая.</p> <p>Э: Что значит «не очень злая»?</p> <p>Д: Она только с врагами злая.</p> <p>А: Она злая с врагами, да? Как она проявляет свою злость с врагами?</p> <p>Д: Она борется с ними.</p> <p>А: Она борется. Дерется?</p> <p>Д: Да. А: Она умеет злость выражать через драку?</p> <p>Д: Ну, если на нее кто-нибудь пойдет, конечно.</p> <p>А: А сама она может, если на нее никто не идет с дракой, начать драться?</p>	<p>Описание образа Зены.</p> <p>В образах Зены и Габриэль нашли отражение субличности самой Д., а также характер отношений матери и тети (близнецов): кто из них старше, кто более любим родителями, кто счастливее.</p>

Таблица 30.2 (продолжение)

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>Д: Может, если бандиты, например, на деревню какую-нибудь напали.</p> <p>А: То есть если на кого-то другого напали. Еще какая она, кроме того что не очень злая?</p> <p>Д: ...</p> <p>Э: Ну ладно. Мы выяснили, что с врагами она злая. Хорошо.</p> <p>А: Какая она с Габриэль?</p> <p>Д: Добрая. Они же подруги.</p> <p>Э: Добрая. Как ты думаешь, как подруги, сестры, кто из них старшая, а кто младшая?</p> <p>Д: А по чему смотреть, по силе или...?</p> <p>Э: Смотри по чему хочешь,</p> <p>Д: Наверно, Зена старше.</p> <p>Э: Зена старше, да? По каким признакам она старше, могла бы быть старшей сестрой?</p> <p>Д: Не знаю.</p> <p>А: Какие у нее есть качества, которые делают ее старшей сестрой? Она же вроде по возрасту младше, чем Габриэль?</p> <p>Д: Нет, они обе тридцатилетние. Или Зене даже тридцать три года.</p> <p>А: Значит, по силе она старшая, так?</p> <p>Д: Да.</p> <p>А: Значит, у нее силы больше, чем у Габриэль. Что еще у нее есть?</p> <p>Д: Только по силе она старше. А Габриэль ее старше по пониманию.</p> <p>Э: По пониманию. По пониманию чего?</p> <p>Д: Людей.</p> <p>А: Людей, угу.</p> <p>Д: Видения есть.</p> <p>Э: Что есть?</p> <p>Д: Видения, она видит во сне, что будет.</p> <p>Э: А-а, это опять же в фильме, да?</p> <p>М: Ясновидение. Но это по фильму.</p> <p>Э: Сейчас сделаем паузу. Вы хорошо знаете этот фильм?</p> <p>М: Ну, так. Я не скажу, что очень хорошо, но в принципе знаю, о чем там.</p> <p>Э: Иногда краем глаза посматриваете?</p> <p>М: Приходится.</p> <p>Э: Почему?</p>	<p>Подключение матери к обсуждению темы.</p>

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>М: Дочка иногда как завязнет, одну и ту же серию, папа тоже там присоединяется.</p> <p>Э: Тоже смотрит.</p> <p>М: Да, он любит фантастику.</p> <p>Э: А вы их выдираете из этого мира?</p> <p>М: Да.</p> <p>Э: Скажите, пожалуйста, вы сейчас слышали рассказ дочери. Что от фильма, а что не от фильма?</p> <p>М: Насчет мужа Габриэль я не помню, был ли муж. Там у нее сестра вроде была в фильме.</p> <p>Д: Ну и муж у нее был.</p> <p>М: И в основном, наверно, от фильма.</p> <p>Э: Что-нибудь показалось вам, скажем, что не из фильма?</p> <p>А: А что в рассказе девочки есть от нее?</p> <p>М: Ничего, все — кино.</p> <p>Э: Понятно. Вы слышали, дочь — творец. Она творит. Она творит прямо, то ли вспоминает фильм, то ли что-то добавляет. У меня создалось впечатление, что она творит, является соавтором этого фильма. Как вы себя чувствовали, когда слушали этот рассказ?</p> <p>М: ...</p> <p>Э: Насколько вам это было интересно?</p> <p>М: Интересно. Но я все время думала, что ей нравится в этой Зене и Габриэль? Меня это настораживает.</p> <p>Э: А что вас настораживает?</p> <p>М: Что они являются ее кумирами и что это две женщины, которым не нужны мужчины, не нужны семьи, приветствуется свобода, смелость — такие больше мужские качества в женщинах, воинственность. Я это не приветствую со своей стороны. Поэтому я и гоняю ее от телевизора. Там какие-то даже феминистские есть стороны. Но я не знаю, у них в классе всем очень нравится. Не знаю, что, может, что женщины все с мечами.</p> <p>Э: Я понял, что у вас вызывает не только настороженность, но и отторжение женщина, которая наделена качествами: любит свободу...</p> <p>М: Ну да, какая-то самодостаточная. Ей никто не нужен, и семья в том числе, и дети. Женщина пришла на этот свет, чтобы продолжить род, иметь семью, заботиться о ком-то, а там забота ограниченная. Заботятся, конечно, друг о друге, спасают всех, но это в приключениях. Им нравится это, это их жизнь.</p>	<p>Вытеснение сейчас, на седьмом занятии, она расскажет факты о своей жизни, очень созвучные жизни Зены и Габриэль.</p> <p>Мать делится своими мыслями о женском предназначении, жизни женщины.</p> <p>Мать дает описание своего понимания идеального образа жизни. Вопрос к читателям:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) категоризируйте ее высказывания в этом абзаце; 2) о чем не сказала эта женщина?

Таблица 30.2 (продолжение)

Содержание сеанса	Комментарии психотерапевта
<p>А: А если женщина так старательно уходит в какую-то другую жизнь, избегает жизни семейной, можно ли предположить, что в семейной жизни есть что-то такое, что ее пугает?</p> <p>М: Естественно. Страх быть несостоятельной как хранительница очага. То ли не воспитали в них этих качеств... И поэтому они уходят, боясь, что не смогут выполнить все эти функции, а это понизит их самооценку.</p> <p>Э: А вот ваше представление, ваш идеальный образ женщины какой?</p> <p>М: Это женщина — не только домохозяйка, нет, это женщина активная, у которой карьера, но семья занимает первое место. Дети, муж, чтобы дома все было нормально, но чтобы в то же время женщина не погрязла в домашних заботах, а чтобы у нее были свои личные интересы, кроме семьи, она могла там чего-то достичь, чтобы это удовлетворяло ее.</p> <p>Э: Но на первом месте — семейная жизнь?</p> <p>М: Да.</p>	

После завершения последнего, девятого сеанса психотерапии девочка уехала на каникулы, и было принято решение продолжить психотерапию осенью.

Как нам кажется, в работе с этой семьей мы сочетаем аналитическую работу с девочкой в большей степени и исследование взаимодействий в диаде «мать — дочь» и в семье в целом в меньшей степени.

Нарративная (конструктивистская) семейная психотерапия

Теоретические аспекты постмодернистских методов психотерапии

В XX–XXI веках преобладающими теориями в философии и психотерапии становятся теории социального конструктивизма и нарративный (описательный) подход (Efren J. S., Lucens M., 1992; Seltzer W. J., 2000).

Нарративная семейная психотерапия (см. предисловие и раздел «Семейная системная психотерапия») представляет собой сплав идей психоанализа, системного подхода и теории социального конструктивизма.

В нарративной семейной психотерапии основополагающим понятием является «семейный контекст». Это многообразие происходящего в семье, заключенное в рамки определенного описания, то есть языка, который для данной семьи — главенствующий. Семейный контекст — определенное самоописание семьи.

Для нарративного семейного психотерапевта изменение смысла, происходящего в его жизни, становится основной техникой и важнейшей теоретической концепцией.

Нарративные психотерапевты стараются понять значение смысла проблемы для клиента и ищут способы изменить этот смысл с помощью разных приемов рефрейминга, экстернализации проблемы и пр. К сожалению, они часто игнорируют циркулярные последовательности поведенческих реакций, которые сохраняют проблему интактной.

«Принимая во внимание тот факт, что словарный запас, которым пользуется человек, влияет на его интерпретацию тех или иных событий, терапевт-конструктивист (в нашем понимании нарративный. — *Примеч. ред.*) полагает, что изменение контекстуального смысла специфического переживания лежит в основе изменения переживания этого смысла» (Дж. Браун, Д. Кристенсен, 2001).

В 1992 и 1998 годах в США были опубликованы статьи Дж. Эфрана, Р. Льюкенс и М. Льюкенс, одна из которых называлась «Конструктивизм: что он может дать вам? К вопросу о том, когда следует отличать стол от дивана» (См.: Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова, В. В. Юстицкис «Семейная психотерапия», СПб., Питер, 2000). Они вызвали бурную дискуссию о моральных ориентирах и правомерности определенных психотерапевтических действий.

В частности, речь шла о психотерапии изнасилованной женщины. Нарративный психотерапевт, работая с ней, акцентировал ее внимание на то, что психическая травма опосредована контекстом словесного описания, то есть переживания в значительной степени обусловлены наиболее принятыми представлениями об изнасиловании. В случае с изнасилованием можно было бы прибегнуть к изменению контекста с помощью рефрейминга. Клиент могла бы перестать считать себя жертвой ужасной несправедливости, так как ощутила бы облегчение оттого, что избежала многих других потенциальных опасностей, связанных с подобным событием.

Теория семьи

В развитии семейной психотерапии упрощенно можно выделить три стадии (более подробно об этом см. в предисловии):

- 1) понимание семьи как суммы нормальных или психопатологических профилей;
- 2) психоаналитико-системная;
- 3) нарративная (конструктивистская).

Представители первой и в значительно большей степени второй считали, что семейной психотерапией можно считать работу с нуклеарной семьей, но исключение детей не поощрялось. Здесь уместно вспомнить определение семейной психотерапии, принадлежащее супругам Кноблокам: «Семейная психотерапия — это та психотерапия, участие в которой принимают, помимо взрослых, еще и дети».

Представители позитивной психотерапии не настаивали на обязательном участии на сеансе всех членов семьи: кто пришел — тот пришел (Н. Пезешкиан, 1993).

Нарративные психотерапевты, обращающие внимание на «семейный контекст», все его флюктуации и динамику, предпочитают работать на сеансах семейной психотерапии с теми членами семьи, которые захотели прийти.

Если психотерапевтические воздействия направлены на познавательные способности индивида (речевые обороты, схемы описания интра/интерперсонального опыта), то нет необходимости настаивать на участии в психотерапии нуклеарной семьи. Альтернативой может быть лечение как индивида, так и нуклеарной или расширенной семьи.

Роль психотерапевта

Ранее мы говорили о партнерских отношениях психотерапевта и клиента и о том, что в психотерапии нет места лечению кого-то кем-то. В психотерапии каждый участник взаимодействия оказывается в выигрыше, если психотерапия проходит без выраженных артефактов.

Психотерапию в нарративном подходе можно уподобить разговору.

Если в традиционной психотерапии клиент и психотерапевт договариваются о совместном отыскании истины (основная парадигма аналитической психотерапии: отыскав причину — раннюю фрустрацию и откорректировав ее следствие — эмоции и поведение, — мы получаем результат в виде изменения), то психотерапия, осуществляемая в форме разговоров, не ставит своей целью отыскание истины по одной простой причине: истин — множество (Multiple Knowledge's), а декларируется, что вся реальность клиента, и не только его, находится в многообразии слов и речевых оборотов.

Процитируем один из популярных вопросов, который задает большинство постмодернистских психотерапевтов: «Действительно ли какая-либо идея или точка зрения имеет больше прав на существование, чем любая другая?» (Дж. Браун, Д. Кристенсен, 2001).

Нарративная психотерапия свободна от состязания за правоту своей точки зрения. Нарративный психотерапевт, который своей позицией «живого разговорчивого зеркала» чем-то схож с психоаналитиком, в то же время значительно отличается от него по процедурным моментам — он не анализирует свободные ассоциации, а «разговаривает» с клиентом.

Практика нарративной (конструктивистской) психотерапии

Постмодернистская психотерапия, основными направлениями которой являются нарративная и конструктивистская, объединила в себе «оригинальные модели структурного, стратегического, поведенческого и трансгенерационного подходов, вместе с тем породив новые идеи и технические приемы» (Дж. Браун, Д. Кристенсен, 2001).

Мы считаем, что обязательно должен быть упомянут психоанализ, в области психотерапевтического мировоззрения сыгравший роль системообразующего фактора, благодаря которому родились такие разные и такие похожие методы психотерапии.

Натан Аккерман (1982; цит. по: Э. Г. Кристенсен, Н. В. Александрова, В. В. Юстицкис, 2000) был первым, кто своими теоретическими исследованиями и практикой синтезировал психоаналитические идеи общей теории систем.

В настоящее время в нарративной (конструктивистской) психотерапии выделяют ряд моделей:

- 1) модель, сфокусированная на поиске решения (Deshazer S., O'Hanlon);
- 2) нарративная модель (White M.);
- 3) разговорная модель (Goolishian H., Hoffmal L., Anderson T.);
- 4) модель с элементами психологического просвещения (Anderson Carol).

Остановимся на рассмотрении двух моделей — нарративной и разговорной, которые близки нашему психотерапевтическому опыту.

Модель нарративной семейной психотерапии

Основоположники этой модели психотерапии — Майкл Уайт и его жена Черил Уайт.

М. Уайт широко пользуется идеями философии Мишеля Фуко о влиянии общества и культурных ожиданий на формирование человеком своего индивидуального и семейного предназначения.

Как показывает наш опыт, невротические расстройства у детей, подростков и взрослых развиваются вследствие блокирования потребности в самоактуализации.

Индивид, имеющий большой риск заболеть неврозом, вместо того чтобы определять себя как уникальную личность с уникальной судьбой, исходя из собственных представлений о себе (метафорически мы это называем «строить себя из себя»), начинает преимущественно ориентироваться на информацию о себе, исходящую от окружения, при этом игнорирует опыт, который приобретает сам.

Условно говоря, человек «программируется таким образом, чтобы его поведение подтверждало полученную ранее информацию о своем “Я” (Дж. Браун, Д. Кристенсен, 2001). Данный тезис хорошо коррелирует с утверждениями В. Н. Мясищева о нарушениях в системе отношений личности, вследствие чего оказываются нарушенными представление о себе и самооценка (В. Н. Мясищев, 1960; Г. Л. Исурина, 1983; Б. Д. Карвасарский, 1985).

Задачей нарративной семейной психотерапии по М. Уайту является попытка отделить индивида от его представлений о своей проблеме и от рассказов о ней.

Широкое распространение получила техника М. Уайта «Экстернализация проблемы», то есть представление проблемы как внешней по отношению к клиенту и его семье. Клиенту задают вопросы, которые помогают экстернализации проблемы: в присутствии своего мужа вы чувствуете тяжесть и неспособность что-либо сделать? Как долго вы боретесь с этим проблемным поведением? Что бы вы сказали вашей тяжести и скованности о вас и вашей жизни? Чего бы вы могли достичь, если бы проблема не нарушала ход вашей жизни?

Другой вид техники — «экстернализации проблемы» носит невербальный характер. Психотерапевт предлагает клиенту нарисовать актуальное эмоциональное состояние, а потом обсудить его. Члены семьи в одних случаях каждый в отдельности рисуют свое представление о семейной жизни, в других — рисуют совместно. Последующая дискуссия завершает сеанс психотерапии.

Иногда члены семьи протанцовывают все вместе те сюжеты, которые отражены в их рисунках.

На занятиях по семейной психотерапии на курсе детско-подростковой психотерапии мы даем слушателям задание «нарисовать счастье», а потом всем вместе составить из этих фрагментов большую «картину счастья», имея в виду, что каждый владелец своего фрагмента будет вести переговоры, стараясь достигнуть как общей цели — «счастье глазами группы», так и удовлетворяющего его самого места фрагмента в общей картине.

Разговорная семейная психотерапия

Разговоры людей — самые сильные в эмоциональном плане и самые информационно-насыщенные формы коммуникаций. Использование «разговоров» в психотерапии предполагает, что психотерапевт будет не лечить клиента, не корректировать «описание плана действий» (Э. Г. Эйдемиллер, 2001), а проявлять уважение и заботу о нем.

Разговорная психотерапия основана на обмене психотерапевта и клиента «разговорными» вопросами. Х. Андерсон (1993) дает наиболее полное и яркое описание «разговорных» вопросов, которые помогают вызвать клиента на разговор и задаются исходя из того, что терапевту о клиенте ничего не известно. Их использование требует внимательного и активного слушания, полного погружения в повествование клиента, обсуждения его забот и тревог, попытки вникнуть в представления клиента о своем «Я» и истоки этих представлений. Каждый вопрос задается исходя из того, что терапевт на самом деле не участвует или не осведомлен о его сути.

Мы выделяем в своей разговорной практике с клиентами два типа вопросов — «от меня» и «из меня». Первый тип адресуется клиенту как к шкафику, про который нужно узнать, что в нем находится. Такие вопросы преимущественно задают психиатры, исходя из диагностических целей. А вопросы «из меня» (формулировка принадлежит одной женщине-психологу, которая проходила у нас обучение групповой и семейной психотерапии) — те, отвеча на которые клиент что-то узнает о себе.

В свое время А. П. Федоров и Э. Г. Эйдемиллер (1988) разработали процедуру осознания коммуникативного значения вопросов в рамках групповой психотерапии и групповых тренинговых занятий.

Осознание коммуникативного значения вопросов. Каждый задает один вопрос относительно того, что происходит в круге. На вопросы не отвечают. Члены группы фокусируются на своих чувствах, когда сами задают вопрос и когда им задают вопрос. Потом участники заменяют вопросы на заявления от первого лица. Например: «Сергей, а ты сейчас не обиделся на то, что мы проигнорировали твоё высказывание?» Перемена вопроса: «Сергей, я думаю, что ты обиделся на то, что мы проигнорировали твоё высказывание». Далее проводится обсуждение испытанных чувств. Как правило, тот, кто задавал вопрос, чувствовал себя в большей безопасности, чем тот, кому он был адресован. В ходе дискуссии члены группы начинают понимать, что вопросы позволяют в безопасной форме управлять поведением людей. Затем все участники по очереди задают вопрос, начинающийся со слова «почему» и основанный на материале взаимодействия членов группы. Партнер отвечает на вопрос (обычно со словом «потому»). После этого обсуждаются чувства задающего вопрос и его партнера. Например: «Лена, а почему ты

сейчас покраснела?» В последующем можно предложить всем задать по одному вопросу, которые начинаются со слов «как» и «что» (желательно на том же содержательном материале, что и вопрос, начинающийся с «почему»). Например: «Лена, что сейчас вызвало у тебя покраснение лица?» Участникам предлагается обратить внимание на различие в испытываемых чувствах при видоизменении вопросов.

Как правило, вопросы, начинающиеся с «почему», содержат критику партнера, имеют более выраженный характер манипулирования им, увеличивают дистанцию между говорящими и их защитные реакции. Вопросы, начинающиеся со слов «как» и «что», являются истинными просьбами о получении дополнительной информации, проявлением настоящей заинтересованности в прояснении того, что происходит во взаимодействии пациентов, а также как оно протекает.

Коммуникативный стиль «разговорного» психотерапевта характеризуется чувствительностью и деликатностью.

Ключевой момент в его работе — способ высказывания мнений или идей, что следует делать деликатно и уважительно, лучше всего в полувопросительной форме.

Надо подчеркнуть, что для того, чтобы стать нарративным (конструктивистским) психотерапевтом, необходима серьезная подготовка в области традиционных форм семейной психотерапии — системной, структурной, трансгенерационной и др. Но еще ранее семейный психотерапевт должен изучать психоанализ. Для одних психотерапевтов он останется скорее мировоззрением, чем практикой, для других будет и тем и другим.

Ни в одной теории психологии или психотерапии не рассматривается так полно, как в психоанализе, ситуация встречи психотерапевта и клиента и возникающие взаимные переносы и контрпереносы.

С нашей точки зрения, психотерапевтом можно стать, лишь когда психотерапевт умеет, с одной стороны, воспринимать переносы клиента, а с другой — распознавать, контролировать и управлять контрпереносами.

Рефлектирующая (отражающая) команда

Заканчивая эту главу, мы хотим познакомить вас с «рефлектирующей командой», которая принимает участие в семейной психотерапии.

Мы довольно часто используем «отражающую команду» как при обучении семейной психотерапии, так и при ее проведении. Позволим себе привести цитату из монографии Дж. Брауна и Д. Кристенсен «Теория и практика семейной психотерапии» (СПб.: Питер, 2001).

«Том Андерсон, психиатр из Норвегии, прошедший подготовку и работавший в сфере традиционной семейной терапии, однажды пришел

к выводу о том, что иерархия и директивный стиль структурной и стратегической терапии себя не оправдывают. Заинтересовавшись идеями о равноправии терапевта и клиента, которые пропагандировали сторонники разговорного подхода, Андерсон начал экспериментировать, нестандартно используя одностороннее зеркало (Андерсон, 1991), которое к тому времени получило широкое распространение среди представителей разных школ семейной терапии. Вместо того, чтобы соблюдать безопасную дистанцию и укреплять статус терапевта как компетентного специалиста по проблеме, Андерсон стал приглашать рефлектирующую команду психотерапевтов на встречу с членами семьи или даже предлагать им меняться местами. Более не обсуждая семейное взаимодействие «за спинами» участников, психотерапевты проявляли свои реакции и выражали впечатления непосредственно в их присутствии. После того как команда делилась впечатлениями, члены семьи получали возможность высказать свое мнение об услышанном, а затем продолжить интервью. Этот метод получил широкое распространение во всем мире среди представителей разных школ психотерапии. Многие психотерапевты находят этот подход чрезвычайно полезным для выработки альтернативных проблем, а также для преодоления клиентами страха работы перед полупрозрачным зеркалом. Одной из причин высокой популярности этой техники стало ее применение в тренинговых программах, где одностороннее зеркало использовалось и раньше. Теперь появилась возможность повысить заинтересованность участников в работе с таким зеркалом».

Нашим учителем стала Киршти Хааланд (Норвегия), которая в 2000 году была президентом XII Международного конгресса по семейной психотерапии. В 1993 году она провела в Санкт-Петербурге семинар по семейной психотерапии и рефлектирующей команде.

Контрольные вопросы

1. Дайте характеристику теоретических аспектов постмодернистских методов психотерапии.
2. Опишите основные характеристики нарративной семейной психотерапии.
3. В чем особенности разговорной семейной психотерапии?
4. Перечислите и охарактеризуйте четыре принципа семейной системной психотерапии по М. Сельвини-Палаццоли.
5. Каковы основные принципы котерапии?
6. В каких фрагментах стенограммы сеанса психотерапии есть метафорические и косвенные указания на дисфункцию семьи в трех поколениях?

Рекомендуемая литература

1. Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. — СПб.: Питер, 2001. — 352 с.
2. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. — 3-е изд. СПб.: Питер, 2001. — 656 с.

Бифокальная семейно-групповая психотерапия

М. Ю. Горднова

Наиболее эффективные методы психотерапии и психологической коррекции — семейная, групповая и индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия. Еще в 1973 году В. М. Воловик описал два взаимодополняющих вида групповой психотерапии больных шизофренией — «ассоциированная группа», в которую входили больные и их родители, и «родительские собрания», для родителей и других родственников больных. Эти группы работали параллельно. В. М. Воловик и его сотрудники были первыми в СССР, кто развил идеи Рауля Шиндлера — автора метода бифокальной групповой психотерапии в работе с больными шизофренией. В 1988 году Э. Г. Эйдемиллер и А. А. Щеголев применили в психотерапии детей с пограничными нервно-психическими расстройствами параллельное ведение двух групп, что оказалось адекватным и эффективным, потому что данный формат обеспечил возможность общения между «первосигнальными» детьми и «второсигнальными» взрослыми с большим пониманием и меньшей конфликтностью. Анализируя опыт проведения психотерапии в двух параллельных группах, мы обнаружили ее сходство и с содержанием биполярной терапии, предложенный немецким психиатром Х. Хенке. В биполярной терапии сведены вместе два полюса: «пространство терапии» с господствованием аналитической интерпретации и «пространство реальности». В нашем понимании это «пространство стационара», в котором оценивается реальное поведение больных в палатах, на отдыхе, во время еды и лечебных процедур и т. д.

Учитывая сложность организации лечебно-реабилитационных мероприятий, полифокальность потребностей, интересов родителей и детей разных возрастных групп, мы разработали авторские модели биполярно-бифокальной групповой психотерапии и краткосрочной семейно-групповой психоте-

рации. Применение данного подхода М. Ю. Городновой в работе с семьями наркозависимых подростков в условиях реабилитационного центра, а также в рамках семейного клуба в терапии семей ВИЧ-инфицированных, страдающих наркозависимостью, тоже показало свою эффективность при коррекции родительно-детских отношений.

Краткосрочная бифокальная модель семейно-групповой психотерапии (КБМСГП)

Выбор краткосрочной бифокальной семейно-групповой модели был обусловлен следующими объективными и субъективными факторами:

- необходимость работы с семьей пациента;
- трудности вовлечения всей семьи в программу реабилитации;
- важность семейной проблематики для подростков, члены семей которых отказываются от вхождения в программу, что также справедливо для родителей и близких, чьи дети отказываются проходить лечение и реабилитацию;
- типичные проблемы семей наркозависимых, что позволяет получать опыт разрешения трудностей без участия всех членов семьи;
- более высокая эффективность работы с наркозависимыми в виде групповой и семейной психотерапии по сравнению с индивидуальной;
- экономия затраченных средств и сил.

В разработке данной модели были использованы принципы системной семейной психотерапии, когнитивно-поведенческой психотерапии, теории адаптивного копинг-поведения. Бифокальность представлена работой двух изолированных друг от друга групп, в фокусе работы которых находятся универсальные проблемы семей с наркозависимым членом. Обмен информацией между группами происходит в виде групповых посланий и их обсуждений.

Модель является частью реабилитационной программы наркозависимых подростков; к расширению возможностей использования следует отнести ее применение в работе с семьями подростков, имеющих отклонения поведения, при первичной профилактике девиантного поведения в работе с семьями группы риска, а также с иными категориями пациентов и их семей.

Целью реализации модели является обеспечение адаптивного функционирования семейной системы в момент семейного кризиса (наркомания подростка), выявление и использование саногенного эффекта семьи в преодолении зависимости у ее члена (подростка).

Данная цель достигается посредством решения следующих **задач**:

- принятие ответственности за существующие проблемы каждым членом семейной системы;
- повышение ответственности за свое поведение и жизнь у каждого члена семьи;
- повышение психологической компетентности;
- развитие адаптивных стратегий совладания;
- ориентация на решение проблем, а не на поиск причин;
- модель строится исходя из следующих принципов:
 - наркомания — проблема всей семьи;
 - объединение семьи вокруг проблемы — «совладание с болезнью»;
 - разделение понятий «личность» и «болезнь»;
 - в центре внимания всегда остается зависимый член семьи и его проблемы;
 - отказ от обсуждения прошлого и причин, приведших к употреблению; в фокусе находится настоящее и действия, которые нужно предпринять для решения проблемы;
 - разделение ответственности за эффективность реабилитации между всеми ее участниками;
 - семья воспринимается способной нести ответственность за поведение своих членов и за решение своих проблем;
 - интенсивность и кратковременность вмешательства, терапия «скорой помощи»: задача не в том, чтобы разрешить все семейные проблемы, а лишь те, что касаются актуального зависимого поведения.

Если семья желает продолжить сотрудничество, подписывается новый контракт, который выходит за рамки описываемой модели семейной психотерапии.

Краткосрочная модель рассчитана на 58 часов, состоит из четырех этапов и реализуется в течение шести месяцев. Частота встреч с семьей и группой определяется задачами каждого этапа. Частота и длительность встреч может быть изменена в соответствии с целями и задачами психотерапии в работе с конкретной группой пациентов при соблюдении предложенной последовательности.

Методы: семейная системная психотерапия, групповой тренинг с элементами индивидуальной и групповой психотерапии, ситуационно-ролевые игры, мозговой штурм, лекции, дискуссии, психогимнастические упражнения.

Этап I. Подготовительный — рассчитан на две семейные сессии по 2 часа один раз в неделю.

Цель этапа — активное вовлечение семьи в работу по программе реабилитации наркозависимого подростка. Решается посредством следующих задач: семейная диагностика и мотивация членов семьи для участия в программе реабилитации.

Методы: семейная системная психотерапия.

Установление контакта является определяющим в дальнейшем сотрудничестве и успехе проводимых мероприятий. Важно сочетание поддерживающих техник, принятие семьи такой, какая она есть в настоящий момент, и в то же время — определенная конфронтация желанию семьи передать ответственность за дальнейшую судьбу пациента сотрудникам программы, что позволит разделить ответственность за результаты лечения между семьей и специалистами.

Анализ и обсуждение на второй встрече полученных результатов семейной диагностики (методики «Анализ семейных взаимоотношений» Э. Г. Эйдемиллера, В. В. Юстицкиса, опросника «Шкала семейной сплоченности и адаптации» FACES-3 Д. Х. Олсона, Дж. Портнера, И. Лави, адаптированного М. Перре, 1986) способствуют формированию мотивации у членов семьи к участию в программе реабилитации. Обсуждение результатов психодиагностического исследования необходимо проводить в поддерживающей стратегии, особо подчеркивая саногенный эффект, который несет семейная система. Происходит переформулирование первичного семейного запроса. Указывая на дисфункциональный характер стиля семейного воспитания и семейного функционирования в настоящий момент, следует сделать акцент на возможность и актуальность настоящего изменения, предлагая для этого конкретное действие по совместному принятию ответственности за новое функционирование семьи в ближайшем будущем. Таким действием выступает заключение двустороннего семейного договора, в котором оговариваются условия и правила реабилитации, обязанности (режим трезвости, посещение центра, участие в семейно-групповой психотерапии, конкретное желаемое поведение, выполнение домашней работы и т. д.) и ответственность сторон, права, механизмы контроля; это необходимое условие эффективного лечебного взаимодействия. Договор заключается на один месяц, его действие охватывает второй этап краткосрочной бифокальной модели семейно-групповой психотерапии.

Этап II. Основной групповой работы — рассчитан на 40 часов, работают две группы (родителей и подростков), не пересекаясь. Продолжительность группового занятия — 2 часа, регулярность встреч — три раза в неделю, всего 10 занятий для каждой группы. Обе группы ведет один и тот же ведущий, что также обеспечивает обмен нюансами разворачивающейся тематики в групповом пространстве.

Целью этапа является выработка адаптивных семейных стратегий совладания в стрессовых ситуациях, возникающих в семье выздоравливающего. Это решается посредством следующих задач:

- повышение информированности о проблеме наркозависимости;
- выявление средовых (семейных ресурсов);
- обучение навыкам эффективной семейной коммуникации, препятствующим наркотизации подростка и способствующим его выздоровлению;
- выработка адаптивных семейных навыков совладания с типичными ситуациями, возникающих в семье выздоравливающего;
- обучение навыкам совладания в конфликтных ситуациях.

Методы: тренинг «родительской компетентности», групповая психотерапия, ролевые игры, психогимнастические упражнения, мозговой штурм, дискуссия.

Родители проходят тренинг родительской компетентности. В подростковой группе в ходе дискуссий и ролевых игр разрешаются типичные проблемы, возникающие в семьях наркозависимых, что позволяет подросткам обмениваться опытом по разрешению проблемных ситуаций, снять уникальность переживаний, найти более адаптивный способ взаимодействия в собственной семье. В целях безопасности темы для проигрывания задает психотерапевт. Работающие группы обмениваются посланиями, что способствует расширению опыта взаимодействия между родителями и детьми, позволяет увидеть проблему глазами другой стороны, рассказать о своих чувствах и переживаниях, принять новый опыт решения проблемных ситуаций. Анонимность и коллективность посланий позволяет сделать их более открытыми.

Психотерапия родительской группы. Тренинг родительской компетентности, включенный в предлагаемую модель, направлен на решение следующих задач:

- восполнение информационного дефицита у родителей по проблеме наркозависимости;
- поддержка семьи как котерапевта в реабилитации наркозависимого подростка;
- выявление дезадаптивных стереотипов семейного взаимодействия, поддерживающих наркоманическое поведение подростка;
- разделение ответственности за выздоровление между всеми участниками реабилитационного процесса;
- совладание с феноменом созависимости (отделение своей личности и личности ребенка на основе осознания собственных потребностей и его, признания собственных прав и прав других членов семьи, а также

осознания ответственности как показателя зрелости и самостоятельности личности);

- актуализация семейных ресурсов;
- выработка навыков адаптивного совладающего поведения у родителей;
- актуализация совладающих стратегий, ориентированных на социальное окружение; ориентация родителей на возможность принятия помощи из внесемейных институтов, расширение социально поддерживающих сетей;
- принятие ответственности за функционирование семейной системы;
- оптимизация семейной коммуникации.

Структура каждого занятия включает в себя: введение, где раскрывается тема и цель занятия; обмен чувствами и ожиданиями между участниками группы; основная часть; обсуждение домашнего задания; подведение итогов занятия (что было важным, полезным).

Правила работы группы, обычные для тренинговых групп: «здесь и сейчас», конфиденциальности, безоценочности суждений, личной ответственности, активности, «стоп», «Я»-высказываний. Группа может вносить изменения в правила и добавлять свои, что обсуждается на первом групповом занятии.

Работа тренинговой группы строится по следующему плану:

1. *Организация групповой работы. Восполнение информационного дефицита по проблеме наркомании.* Основная тактика — психотерапия на первом занятии — основана на поддержке и эмпатии к участникам группы. Как правило, родители испытывают комплекс разных негативных эмоций (от обиды до отчаяния) и имеют нереальные ожидания, что мешает им слышать друг друга и психотерапевта. Именно соблюдение правил, установленных группой, поможет участникам сделать работу более конструктивной и ответственной. Важно в спокойной и доступной форме изложить современные представления о проблеме наркомании, механизмах формирования зависимости; факторах, способствующих и препятствующих наркотизации; современных методах диагностики, лечения и реабилитации. Предоставление информации должно быть конкретным, с предложением адресов, телефонов, контактных лиц и графика работы. Это позволит родителям снизить общий уровень тревоги и действовать более конструктивно.

2. *Знакомство с феноменом созависимости и осознание степени собственной эмоциональной вовлеченности в проблему* зависимого поведения ребенка, мешающей эффективному совладанию с ней. Необходимо помочь родителям справиться с чувством вины, переключив их с переживаний «там и тогда» на действия «здесь и сейчас». Оказать поддержку родителям, подчеркивая их значимость и компетентность в вопросах помощи в выздоровлении

подростка («никто лучше не знает вашего сына», «никто более вас не заинтересован в его выздоровлении», «все ваши действия были продиктованы желанием видеть вашего ребенка счастливым» и т. д.). Раскрывая дефиницию созависимости, подчеркнуть ответственность родителей за переживаемые ими чувства и действия, которые мешают им эффективно влиять на поведение ребенка, ведут к «токсичным» эмоциям, разрушающим личность родителя.

3. *Рассмотрение наркомании как проблемного, дезадаптивного поведения.* Необходимо подчеркнуть, что действия родителей должны быть направлены не на излечение наркомании, которая является хроническим заболеванием, а на решение негативных социальных последствий употребления ПАВ, касающихся семьи больного. Обращаем внимание на степень ответственности за результаты реабилитации всех ее участников (необходимость воздействий на все уровни болезни: медикаментозное лечение — биологический уровень, индивидуальная и групповая психокоррекция — индивидуально-психологический, работа с семьей и социальным окружением — социально-психологический), что позволит скорректировать неоправданные собственные ожидания и завышенную степень ответственности у родителей за выздоровление ребенка. Разделяя личность и болезнь (поведение), психотерапевт определяет мишени воздействия семейной системы, это помогает родителям осознать, что их действия направлены не против ребенка, а против его конкретного деструктивного поведения.

4. *Продолжение работы с осознанием наркомании как проблемного поведения.* Анализ составных частей проблемы зависимого поведения и того, как это влияет на семейное функционирование, а также возможных способов его коррекции. При обсуждении составных частей проблемного поведения нужно подчеркнуть постепенность (пошаговость) ожидаемых изменений поведения, обратить внимание на длительность процесса выздоровления, настойчивость и последовательность действий родителей. Важно подчеркнуть, что настоящее поведение их ребенка формировалось продолжительное время, поэтому требуется время и на его изменение.

5. *Знакомство и овладение конструктивным способом взаимодействия с ребенком.*

Знакомство с техникой «Я»-послание» (пять шагов):

- 1) выбрать место и время для разговора;
- 2) сказать ребенку о своих чувствах по поводу его конкретного поступка, начиная со слова «Я»;
- 3) сказать ребенку о своих потребностях («что я хочу»), объяснить для чего это нужно;

4) сказать ребенку, что вы намерены предпринять в случае нарушения вашего требования;

5) сказать ребенку, какое вы имеете право на подобные действия.

Техника основана на одном правиле реабилитации: «Не обещай ребенку того, что не сможешь выполнить!» (последовательность слов и действий). Прежде чем объяснить технику «Я»-послание», подчеркивается различие между требованием и просьбой. Требования должны быть выполнены, их игнорирование влечет за собой санкции со стороны родителей, а просьба может предполагать отказ. Техника «Я»-послание» базируется на трех принципах:

- краткость (пять предложений);
- конкретность (понятное требование и действие);
- серьезность намерений (готовность родителей к выполнению заявленных действий).

Последний принцип обеспечивается первым правилом реабилитации: «Не обещай ребенку того, что не сможешь выполнить». Родителям необходимо научиться разделять свои потребности и потребности ребенка. Обращение типа «ты должен, потому что это нужно для тебя...» заменяются на «я хочу, потому что это нужно мне». Важно подчеркнуть, что сама по себе техника не решает проблему употребления подростком ПАВ, но ее применение к конкретному поведению, являющемуся следствием наркомании, поможет постепенно сформировать адаптивное поведение подростка. Часто родители испытывают затруднения в осознании собственных прав, поэтому домашнее задание «Мои права» позволяет им задуматься над собственными потребностями, игнорируемыми в созависимом поведении.

6. *Осознание родителями своих прав, обязанностей и ответственности.* Осознание родителями собственных потребностей и прав позволяет им разделить собственную личность и личность ребенка. Надо обратить внимание родителей на закономерность: чем больше у личности прав, тем меньше внешний контроль, тем больше самоконтроль и ответственность. Для ребенка, незрелой личности, свойствен низкий уровень самоконтроля, что предполагает внешний контроль со стороны родителей и принятие ими на себя ответственности за его поступки и действия. Постепенная передача ответственности — это воспитание самоконтроля, а принятие личностью ответственности за свое поведение ведет к расширению ее прав. Принятие невозможности абсолютного контроля над поведением другого позволит родителям справиться с собственными неоправданными ожиданиями относительно их ответственности за результаты поведения подростка, признать за ним права нести ответственность за собственный выбор и жизнь.

7. *Овладение навыками передачи ответственности своему ребенку.* Обратить внимание родителей на то, что самостоятельность, взросление

ребенка часто сопряжены с переживаниями чувств страха, недоверия, печали. Совладание родителей с ними поможет ребенку стать по-настоящему самостоятельным, обладающим умениями удовлетворять свои потребности, защищать свое здоровье, благополучие и жизнь. Умение доверять своему ребенку — необходимое условие взросления, которое поддерживает веру в собственные силы и возможности. Следует подчеркнуть, что доверие обоюдно и предполагает взаимное доверие сторон, обоюдное принятие помощи.

8. *Актуализация способности воздействия на поведение подростка. Осознание проблем воспитания.* Обсуждение возможных наказаний и санкции при использовании техники «Я»-послание», а также анализ факторов, препятствующих их применению. Способы подкрепления адаптивного поведения ребенка и обсуждение правила реабилитации № 3 «Хвали ребенка в три раза чаще, чем ругай». При его выполнении родители нередко испытывают определенные трудности в связи с переживанием обиды, разочарования, злобы, а также стремлением быстро достичь «программы максимум» — прекращения наркотизации подростка. Ориентация на постепенное, пошаговое изменение, вера в собственные силы и правильность действий, направленных на это, позволяют увидеть малейшие изменения, тем самым поощряя подростка к дальнейшим действиям. Подчеркивается важность последовательности и согласованности действий родителей, необходимость для подростка констатации происходящих изменений в его поведении, поддержка положительных изменений и их значимость для самих родителей. Важно осознание усилий, которые прикладывают дети в совладании с зависимым поведением. Тот факт, что родители порой не выполняют домашнее задание, рассматривается как безответственное поведение, похожее на поведение подростка. Осознание трудностей в изменении жизненных стереотипов и работы над собой позволит родителям ценить и замечать малейшие изменения как в собственном адаптивном поведении, так и в поведении детей. Это поддерживает в подростке веру в возможность положительных изменений и полного отказа от употребления наркотика.

9. *Овладение навыками конструктивного разрешения конфликтных ситуаций.* Знакомство с техникой ведения «конструктивного спора» по С. Кратохвилу (С. Кратохвил, 1974, 1985), включающей в себя набор правил поведения: конкретность, вовлеченность, открытая ясная коммуникация, «честная игра». Анализ типичных ошибок родителей при ведении спора. Необходимо подчеркнуть важность овладения данной техникой, приложение определенных усилий и временных затрат для ее освоения. Подчеркивается необходимость изменения собственного стереотипа поведения родителей для стимуляции изменений в поведении подростка.

10. *Актуализация семейных и внесемейных ресурсов.* Анализ эффективного взаимодействия в семье, его влияние на поведение подростка. Анализ

методики «Признаки гармоничной семьи» (С. А. Кулаков, 1998). Родители отмечают признаки, присутствующие в их семьях. Отсутствующие признаки рассматриваются как неиспользованный ресурс семьи, возможное будущее направление движения семейной системы. При подведении итогов работы тренинга подчеркивается необходимость дальнейшей последовательной работы над собственными и межличностными изменениями, указывается на ответственность родителей за их дальнейшее поведение в отношении проблемы зависимости их ребенка.

Психотерапия подростковой группы. Цель работы группы подростков — оптимизация семейного функционирования, что решается посредством следующих задач:

- расширение социальных сетей за счет использования семейных ресурсов и копинг-стратегии поиска социальной поддержки;
- приобретение коммуникативных навыков;
- овладение навыками конструктивного разрешения конфликтных ситуаций в семье.

Используются следующие методы: групповая работа, ролевые игры, психогимнастика, дискуссия, мозговой штурм.

Приводим **план 10 тематических занятий** с краткими комментариями.

1-я встреча. *Организация групповой работы.* Типичная процедура организации группового процесса проводится с представления своей семьи в виде герба с девизом и метафорой. Важно подчеркнуть значимость семьи в жизни любого человека как внешнего средового ресурса личности в преодолении жизненных трудностей. В ходе обсуждения метафоры семьи и ее девиза происходит осознание участниками универсальности семейных проблем, в то же время предоставляется возможность увидеть иную организацию семейной системы, возможности ее изменений.

2–4-я встречи. *Осознание проблемы наркозависимости как семейной проблемы.* Осознание влияния поведения наркозависимого на функционирование семьи посредством психогимнастического упражнения «Моя семья до моего употребления, когда узнала о нем, сейчас». В ходе обсуждения происходит снятие уникальности переживаний, подчеркивается типичность ситуаций, обращается внимание на связь между поведением наркозависимого и функционированием семьи, осознается его семейная роль. На третьем занятии происходит осознание роли семьи в проблеме знакомства с психоактивным веществом посредством ролевой игры «Воскресный обед». В ходе проецирования проблем, свойственных собственной семье, происходит осознание причин, способствующих употреблению ПАВ, а также семейных механизмов, препятствующих началу и продолжению наркотизации. Происходит осознание переживаний и действий членов

семьи, лучшее понимание близких. Четвертая встреча посвящена обсуждению действий родителей и близких в процессе совладания с проблемой наркомании у члена семьи. Анализируются действия родителей с точки зрения эффективного совладания, успешность предпринятых мероприятий (продолжение ролевой игры «Семейный совет», в ходе которой члены семьи обсуждают возможные действия с их стороны в ситуации семейного кризиса). В ходе проигрывания ролевой игры участники обращают внимание на типичное поведение близких, свойственное многим из родителей присутствующих. Происходит осознание ситуации потребления как стрессовой проблемы для семейной системы. Психотерапевт обращает внимание на то, как чувства членов семьи влияют на их действия, направленные на поведение зависимого подростка, на их успешность и эффективность. Насколько членам семьи удастся совладать с проблемой, как и что влияет на эффективность совладания (эмоции, стереотипы поведения, установки, нереальные ожидания, отсутствие информации и т. д.).

5-я встреча. *Разделение ответственности за эффективность выздоровления между членами семьи.* Через участие в ролевой игре «Отказ от лечения» происходит осознание и анализ поведения наркозависимого, возможностей членов семьи повлиять на выбор пациента и поиск эффективных способов воздействия на подростка, сопротивляющегося терапии. Подчеркивая биопсихосоциальную модель заболевания, нужно особо выделить индивидуально-психологический и социально-психологический уровни. Осознание и принятие ответственности за выздоровление повышает мотивацию у подростка к лечению и помогает разделить ответственность за эффективность реабилитации с родителями и специалистами.

6-я встреча. *Осознание болезненной зависимости как препятствия к самостоятельности и взрослению.* Осознание собственных прав и возможностей их реализации, влияния болезненной зависимости на реализацию своих прав, связи понятий «права», «ответственность», «обязанность», «самостоятельность», «взросление» и «необходимости контроля со стороны» родителей как условия преодоления зависимости от ПАВ. В ходе дискуссии подчеркивается проблема наркомании как выбор незрелой личности, не готовой нести ответственность за реализацию своих прав. Разъясняется процесс воспитания как переход от внешнего контроля со стороны семьи и ближайшего окружения к самоконтролю, ответственному поведению, способному сохранить здоровье личности в широком понимании слова.

7-я встреча. *Научение конструктивным навыкам совладания с проблемами семьи выздоравливающего.* Осознание настоящих, актуальных семейных проблем как следствия проблемы зависимого поведения и роли семьи в провоцировании и поддержании проблемного поведения. Осозна-

ние собственной роли в поддержании деструктивного стереотипа семейного взаимодействия (психоскульптурирование «Моя семья сегодня»). Осознание адаптивных семейных механизмов по разрешению настоящих проблем. Подчеркивается необходимость преодоления настоящих проблем как этапа выздоровления всей семьи, ответственность всех ее членов за их возникновение и разрешение. Обсуждается проблема доверия/недоверия как следствия потребления ПАВ. Обсуждение письма родителей «Наши права, обязанности и ответственность».

8-я встреча. *Цель: обучение конструктивным методам совладания в конфликтных ситуациях.* Через проигрывание ролевой игры «Семейный конфликт» происходит осознание типичного поведения членов семьи в конфликтных ситуациях, дезадаптивных и конструктивных приемов в конфликтной ситуации. Знакомство с техникой ведения «конструктивного спора» по С. Кратохвилу. Подчеркивается ответственность обеих сторон за неконструктивное взаимодействие в конфликтных ситуациях, влияние собственных эмоций на результат спора, возможности и способы их контролирования. Обсуждается важность конструктивного взаимодействия, ориентация на достижение результата.

9-я встреча. *Осознание и принятие семейных ресурсов.* Осознание реальных возможностей семьи в разрешении проблем конкретного ее члена, возможности изменить семейное функционирование и желаемое направление этих изменений происходит посредством психогимнастического упражнения «Скульптура идеальной семьи». Обсуждение ожиданий родителей, анализ собственных чувств на обращение родителей в письме «Дорогой мой ребенок». Необходимо обратить внимание на сплоченность семьи, ее роль и влияние на семейное функционирование; на возможность изменений и личностного роста каждого ее члена, а также изменений самой семьи, происходящих при этом. Обсуждается готовность следовать принципам идеальной семьи и ожиданиям родителей, проводится связь с задачами собственного выздоровления.

10-я встреча. *Расширение временной перспективы для собственной семьи.* Осознание возможных изменений в семейной системе и принятие их необходимости, своего места в семье и места семьи в собственной жизни, необходимости собственных действий для личностного роста и роста семьи как гармоничной системы происходит посредством психогимнастического упражнения «Моя семья через 5 лет». Подчеркивается зависимость функционирования семейной системы от каждого ее члена: при изменении поведения хотя бы одного члена вынуждена меняться и сама семья. Отделение молодого человека от семейной системы рассматривается как необходимое условие его взросления и эволюции семейной системы в целом.

Этап III. Разрешение семейных проблем периода реабилитации. Семейные сессии с частотой один раз в две недели, всего четыре встречи по 2 часа каждая. На встречах присутствуют все члены семьи.

Цель этапа — поддержание адаптивного семейного функционирования в период прохождения реабилитационной программы, решается посредством следующих задач:

- использование семейных ресурсов в поддержании устойчивой мотивации ее члена на сознательный отказ от употребления ПАВ и участие в реабилитационной программе;
- профилактика провоцирующих семейных ситуаций;
- совладание с конфликтными ситуациями с помощью привлечения «третьей силы» — семейного психотерапевта;
- помощь семейной системе эффективно использовать свой контроль над поведением выздоравливающего; в установлении баланса между необходимым контролем и передачей ответственности подростку за его поведение.

Методы: семейная системная психотерапия.

Сессия «Составление семейного договора на три месяца». Анализ конкретного ожидаемого поведения. Принятие прав и ответственности сторон. Выработка механизмов воздействия на дезадаптивное поведение (конкретные санкции). Выработка механизмов подкрепления адаптивного поведения (поощрения) и критериев его достижения. Принятие ответственности за выполнение договора обеими сторонами (стороны подписывают договор в двух экземплярах, каждый получает по экземпляру). Подчеркивается важность соблюдения подписанного соглашения как механизма эффективной реабилитации, ответственность всех участников за соблюдение договора, терпение, последовательность и настойчивость в его выполнении.

Следующие три сессии посвящены конкретным проблемам и трудностям, возникающим в семье и связанным с проблемой зависимости ее члена.

Этап IV. Поддерживающий. Регулярность встреч — один раз в месяц сессия продолжительностью 2 часа, всего три-четыре встречи.

Цель этапа — поддержание адаптивного семейного функционирования в период реабилитации. Для ее достижения необходимо решить следующие задачи:

- помощь семье в постепенной передаче ответственности за поведение выздоравливающему и снятии родителями с себя контролирующей функции;
- следование трехмесячному семейному договору и при необходимости его коррекция;

- осознание иных семейных проблем, не связанных с проблемой наркотизации ее члена;
- разделение ответственности за свою жизнь и судьбу, а также судьбу семьи между подростком и родителями.

Методы: семейная системная психотерапия.

При необходимости и желании родителей заключается новый семейный договор на разрешение проблем в семье, не связанных с проблемой употребления ПАВ (чаще это супружеские проблемы). При нежелании семьи участвовать в реабилитационной программе работа с подростком ориентируется на постепенное отделение его от семейной системы, применение той же тактики необходимо при явном деструктивном супружеском конфликте, который может спровоцировать возврат к наркотизации подростка.

Данная модель может быть расширена путем внесения новых предложений и альтернативных способов повышения эффективности реабилитации. Подбор упражнений и тем для дискуссий строится на результатах предварительной семейной диагностики участников реабилитации, их заявок и ожиданий с сохранением основных принципов и подходов в их реализации.

Биполярно-бифокальная групповая психотерапия (на примере работы семейного клуба для семей с членом семьи, имеющим положительный ВИЧ-статус)

Удовлетворение актуальных потребностей в рамках клубной работы, предоставление информации о возможностях мультипрофессиональной сети, психологическое консультирование по запросу и в рамках группового взаимодействия, непосредственное неформальное общение со специалистами позволяли преодолеть сложившийся стереотип взаимоотношений между родителями, детьми и специалистами и включить детей и родителей в поддерживающую сеть. Бифокальность реализуется работой двух изолированных друг от друга групп (детей и взрослых), в фокусе внимания которых находятся актуальные проблемы участников. Мы предлагаем следующие принципы построения клубной работы: анонимность, добровольность, планирование (на основе результатов исследования проблем конкретных участников), активность (большая активность специалистов по привлечению семей в организации досуговых и клубных мероприятий), профессионализм (профессиональные знания и опыт сотрудников в работе с семьями — знание психологии семьи,

особенностей семей с ВИЧ-позитивным членом, психиатрии, детской психологии, инфекционных заболеваний, эпидемиологии и социальной работы), актуальность (опора в деятельности на актуальные проблемы семей); последовательность (постепенная передача активности в организации и проведении досуговых мероприятий самим участникам); мониторинг (постоянный мониторинг деятельности с использованием самооценочных анкет и обратной связи участников).

Биполярно-бифокальная модель была реализована в ходе еженедельных двухчасовых семейно-групповых встреч, проводимых по следующему плану:

1. Совместное взаимодействие членов семьи (родителей и детей) в течение 45 минут: чаепитие, приветствие и обмен новостями, совместное обсуждение предложенной темы, арт-техники, ролевые игры, ситуационные задачи для членов семьи. Темы семейных встреч: «Знакомство», «Совместные семейные дела», «Помощь друг другу», «Наши планы» и т. п.

2. Параллельная работа двух групп — родительской и детской — продолжительностью по 45 минут. Дети работали с психологом по коррекции интеллектуальных, аффективно-эмоциональных нарушений и межличностных отношений. Это была игровая поведенческая психотерапия, направленная на улучшение коммуникации между детьми, рисование на заданную тему, обсуждение тематических сказок или рассказов, изготовление поделок-подарков для родителей. В работе с детьми старше 10 лет возникла необходимость обсуждать вопросы предоставления информации о заболевании и ограничениях в связи с ним, в частности вопросов, касающихся сексуальной жизни.

Работу родительской группы мы начинали с тематической мини-лекции и продолжали дискуссией, обсуждением и совместным поиском ответов на вопросы, решением ситуативных задач с актуализацией их собственного опыта. Так, обсуждая вопросы воспитания, мы предлагали родителям вспомнить себя и собственные желания в возрасте своего ребенка. Информирование касалось вопросов эпидемиологии ВИЧ-инфекции, семейного воспитания, супружества, конфликтов, приверженности к АРВТ, аварийных ситуаций в быту и первой помощи, социальных вопросов и т. д. Ведущими группы являлись врач-психотерапевт и/или психолог. Для чтения мини-лекции были приглашены соответствующие специалисты, которые остаются в течение всей встречи, что позволяет увидеть им другие стороны межличностного взаимодействия и проблем в семьях их подопечных. Темы мини-лекций соответствовали общей теме семейно-групповых встреч.

3. Завершающая совместная стадия работы группы длилась 20 минут. Дети возвращались к родителям и обменивались впечатлениями, происхо-

дило подведение итогов групповой встречи. В центре внимания был вопрос: «Что нового вы узнали друг о друге?».

Предложенные модели могут быть адаптированы и творчески использованы для работы с родителями, детьми и подростками разных нозологических групп.

Контрольные вопросы

1. Перечислите этапы краткосрочной бифокальной модели семейно-групповой психотерапии КБМСГП и их продолжительность.
2. Каковы основные задачи тренинга родительской компетенции?
3. Каковы основные задачи работы подростковой группы?
4. Перечислите методы КБМСГП.

Рекомендуемая литература

1. Кулаков С. А., Ваисов С. Б. Руководство по реабилитации наркозависимых. — СПб.: Речь, 2006. — 240 с.
2. Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы: Учебное пособие для врачей и психологов / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб.: Речь, 2010. — 424 с.
3. Эйдемиллер Э., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов. 3-е изд. — СПб.: Речь, 2007. — 352 с.
4. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 672 с.

Глава 31. Профилактика нарушения психического здоровья детей и подростков

И. Ю. Маргошина

Профилактика нарушений психического здоровья детей и подростков представляет собой систему форм и методов, направленных на нейтрализацию неблагоприятных факторов, обуславливающих социопатогенез.

В дискурсе профилактики важно рассмотреть феномен психического здоровья.

Понятие психического здоровья

Определение психического здоровья имеет разнообразные контексты. Так, психическое здоровье является сегментом общего здоровья личности. Это позитивное состояние, обуславливающее ответственность, самоконтроль, самосознание и социально одобряемое поведение.

Психическое здоровье также интерпретируется как способность человека успешно приспосабливаться к окружающей среде и эффективно выполнять свои разные функции: физиологические, индивидуально-личностные и социальные. В соответствии с этим «триггерами» психического здоровья являются возможности гибко приспосабливаться к условиям социальной жизни, где болезненным будет состояние, при котором адаптационные ресурсы и качество жизни индивида ухудшаются.

Относительно степени проявления психической нормы С. Б. Семичов (1987) выделил пять степеней психического здоровья:

1. Идеальное здоровье, или нормативный эталон. Это некий идеал здоровья как гипотетического состояния, при котором нет рисков возникновения патологических состояний.
2. Среднестатистическое здоровье (норма). Этот показатель относится к усредненным психологическим характеристикам, которые свойственны

определенной популяции. Здесь риск психического расстройства может возникнуть при определенных условиях.

3. Конституциональное здоровье (норма) — соотнесение определенных вариантов психического состояния с тем или иным конституциональным соматотипом, согласно которому предполагается предрасположенность к определенному кругу заболеваний.
4. Акцентуация — тип психического здоровья (нормы), характеризуемый особой выраженностью, заостренностью, асимметричностью некоторых черт характера всему складу личности, ее дисгармонией. Сама акцентуация не препятствует адаптации личности в целом, но сужает границы этой адаптации, предопределяя уязвимость личности от ситуации. Это создает риск психических расстройств.
5. Предболезнь — возникновение начальных, эпизодических черт психической патологии, приводящих к мягко выраженным нарушениям социальной адаптации.

К маркерам стабильного психического здоровья относят:

- способность любить и ценить самого себя, поддерживать достаточный уровень самоуважения и уверенности в себе;
- достаточно адекватное представление о своих жизненных возможностях, сильных и слабых сторонах, готовность принимать свои недостатки, способность к самокритике;
- наличие продолжительных личных отношений с другими людьми, доставляющих человеку радость и удовлетворение, способность любить других;
- наличие чувства ответственности перед окружающими;
- способность справляться с требованиями повседневной жизни и приспосабливаться к ним, осознанно изменять себя;
- умение ставить реальные цели и добиваться их исполнения;
- способность получать удовольствие от обычных вещей и от повседневной жизни, жить здесь и сейчас, а не для светлого, но отдаленного будущего;
- способность произвольно строить и планировать свою жизнь по своему желанию и не испытывать необоснованного страха перед будущим, вера в себя.

С понятием «психическое здоровье» положительно коррелирует феномен психической адаптации. Так, В. Я. Семке (1996) предложил рассматривать его как состояние динамического равновесия личности с окружающей природной и социальной средой, когда все заложенные в ее биологической и социальной сущности особенности проявляются наиболее полно, а все жизненно важные подсистемы функционируют с оптимальной интенсивностью.

Согласно Ф. Б. Березину (1999), нарушения психической адаптации могут проявляться в:

1) форме пограничных психопатологических явлений (неврозов, функциональных расстройств), сопровождающихся ощущением болезни и определяющихся в основном интрапсихическими конфликтами;

2) возникновении неадекватного поведения в социальной среде, которое зависит от особенностей личности, ее неправильного формирования и приводит к рассогласованию взаимодействия между индивидуумом и окружением (психопатические реакции или состояния);

3) психосоматических расстройствах (изменение психофизиологических соотношений, приводящее к нарушениям соматического здоровья).

Факторы риска нарушения психического здоровья детей и подростков

Биологические факторы

Психическое здоровье детей во многом определяется качеством их здоровья в неонатальный период и последующим постнатальным развитием. Перинатальными поражениями ЦНС обусловлены индивидуальные отклонения в психофизиологическом состоянии ребенка, сочетание разных видов отставания в нервно-психическом развитии с разнообразными нарушениями поведения.

К биологическим факторам риска, вызывающим отклонения в развитии, также относятся: родовая травма; наследственные факторы; болезни матери; резус-конфликт; искусственное прерывание беременности; детские болезни.

К биологическому фактору относится и свойство нервной системы, проявляющееся в таких чертах темперамента, как высокая реактивность, обуславливающая низкую степень стрессоустойчивости, повышенной тревожности и снижение работоспособности.

К биологическим факторам стоит отнести эндокринологические и другие психосоматические кризы, связанные с нарушением, особенностью созревания определенных морфологических образований, обусловленные половозрастной динамикой развития.

Индивидуально-психологические и возрастные факторы

К таким факторам относятся свойства личности и черты характера: низкий уровень самоконтроля и жизнестойкости, неустойчивая самооценка, нарушение личностных границ, трудности эмоциональной и поведенческой саморегуляции, низкая способность к рефлексии.

Особая уязвимость психического здоровья — в ситуации прохождения возрастных кризисов.

Социальные факторы

К таким факторам относится неблагоприятное влияние семьи, референтной группы (асоциальные жестко-подростковые группы), негативный дидактический аспект дошкольных и школьных учреждений, а также более широкая неблагоприятная обстановка в обществе (город, страна).

В рамках социального фактора особенно патогенен семейный аспект. О. В. Хухлаева (2013) делит семейные факторы риска на три группы:

- 1) нарушения психологического здоровья самих родителей, и в первую очередь их повышенная тревожность;
- 2) неадекватный стиль воспитания ребенка, и в первую очередь гиперопека или сверхконтроль;
- 3) нарушения механизмов функционирования семьи, и в первую очередь конфликты между родителями или отсутствие одного из них.

К числу негативных влияний дошкольной и школьной среды можно отнести: неадекватные методики дошкольной и школьной подготовки; стрессовую тактику педагогического влияния (насилие, грубость, унижение личности ребенка); конфликты с педагогами; трудности адаптации в детском коллективе (буллинг как насилие со стороны детского коллектива, конфликты с ровесниками).

Трудная жизненная ситуация как интеграционный фактор нарушения психического здоровья

Относительно индивидуального уровня трудная жизненная ситуация предполагает образование внутреннего конфликта личности, который интегрирует в себе несовместимость противоречивых требований и ожиданий. Согласно А. И. Захарову (1982), присущие конфликту переживания становятся источниками заболевания лишь в том случае, когда занимают центральное место в системе отношений личности и когда конфликт не может быть переработан так, чтобы исчезло патогенное напряжение и найден рациональный, продуктивный выход из возникшего положения.

Здесь речь идет о дисбалансе возможностей (биологических, индивидуально-психологических, социальных), необходимых для адекватной переработки информации о том, как реагировать на те или иные воздействия. Именно такой дисбаланс лежит в основе феномена трудной жизненной ситуации как интеграционного фактора нарушения психического здоровья детей и подростков. О трудной ситуации может свидетельствовать тот жизненный аспект, когда система отношений ребенка с его окружением весьма неустойчива, сопряжена с конфликтами или интроецирована в некоторых чертах личности, где активно проявляется система несоответствия между желаниями, мотивами, ценностями, целями и возможностями их реализации.

В 2012 году О. А. Москвитина с соавторами выделили наиболее общие группы трудных жизненных ситуаций:

1) трудные жизненные ситуации (болезнь, опасность инвалидности или смерти);

2) трудные ситуации, связанные с выполнением какой-либо задачи (затруднения, противодействие, помехи, неудачи);

3) трудные ситуации, связанные с социальным взаимодействием (ситуации «публичного поведения», оценки и критика, конфликты, давление).

Трудные жизненные ситуации неизбежны в жизни ребенка. Развиваясь в системе познания и освоения действительности, он не имеет достаточно обширного опыта совладания с трудностями и поэтому непременно будет сталкиваться с чем-то новым, неизвестным, неожиданным для себя. Это потребует от него проверки на прочность собственных возможностей и способностей, что далеко не всегда может оказаться успешным и потому способно послужить причиной для фрустраций и разочарований в себе и мире.

К трудной жизненной ситуации, наиболее деструктивно сказывающейся на состоянии психического здоровья детей и подростков, относятся психические травмы и хронические психотравмирующие воздействия, которые являются ситуациями повышенного риска и предрасполагают к возникновению дезадаптивных реакций.

Д. Н. Исаев (1984) отмечает фактор уязвимости и незащищенности, лежащий в основе психотравматической ситуации. Трудная жизненная ситуация особенно актуализирована в локации отношений «ребенок — семья». При активном взаимодействии контекста «ребенок — семейное окружение» это:

- враждебная, жестокая семья;
- эмоционально отвергающая семья;
- не обеспечивающая надзора и ухода семья;
- негармоничная семья (распадающаяся или распавшаяся);

- чрезмерно требовательная семья (доминирующая гиперопека);
- изменение семейной структуры (появление нового члена семьи; смерть, тяжелая болезнь члена семьи; уход родителя из семьи и, как следствие, прекращение общения с ребенком);
- противоречивое воспитание или смена его типа;
- чуждое окружение за рамками семьи (язык, культура).

Или обратная ситуация, когда у ребенка произошел отрыв от семьи:

- помещение в чужую семью;
- направление в детское учреждение;
- госпитализация.

Далее семейная система экстраполируется на общую систему взаимодействия ребенка с другими социальными коллективами (например, школа, референтные группы сверстников). Сюда могут относиться и такие феномены, как буллинг (жестокое обращение в коллективе, травля), вхождение в асоциальные группы сверстников; гиперчувствительность во взаимодействии со сверстниками (ревность, зависть, одиночество и т. п.); трудности школьного обучения (конфликты с педагогами, низкая мотивация обучения, неспособность справиться с учебной нагрузкой) и т. д.

Направления профилактики нарушения психического здоровья детей и подростков

Психогигиеническое — коррекция неправильного воспитания и ранних аномалий развития личности. Индивидуальная психолого-педагогическая работа с детьми и подростками «группы риска», имеющими отклонения в поведении.

Педагогическое — последовательное воспитание ценностного отношения к здоровью.

Санитарно-гигиеническое — повышение санитарной грамотности и культуры среди детей и подростков в отношении ведения здорового образа жизни.

Медико-социальное — выявление маркеров социального неблагополучия детей и подростков и оценка критериев успешности превентивных программ. Оздоровление микросоциальной среды. Работа по индивидуальным программам и планам медико-педагогических мероприятий.

Здравоохранное — развитие и совершенствование службы охраны психического здоровья. Система мер по уменьшению распространенности психических заболеваний и стабилизации мер по их ухудшению.

Принципы системы профилактики нарушений психического здоровья

1. *Принцип социальной активности* предполагает активизацию социальной самостоятельности ребенка и его семейного окружения. Он включает в себя использование социальной поддержки, активной личностной позиции, ориентированной на ценностные отношения, особенно в сфере здоровья и здорового образа жизни; способность действовать в социальной среде на основе постоянного творческого поиска, умение выходить из ситуации выбора без стресса.

2. *Принцип информированности* требует представления о специфике психического здоровья, факторах и последствиях его нарушения для ребенка и его семейного окружения.

3. *Принцип научности* предполагает объективный анализ закономерностей негативных биопсихосоциальных явлений, индуцирующих нарушение психического здоровья.

4. *Принцип системности* обеспечивает обязательную работу не только с ребенком, но и с членами его семьи — в рамках реализации превентивных мероприятий по нормализации психического здоровья.

5. *Принцип раннего предупреждения* обуславливает нацеленность всей системы на раннюю профилактику нарушений психического здоровья.

6. *Принцип дифференцированности* предполагает иерархию и распределение мер профилактического воздействия, где учитывается специфика возрастного развития, генедра, конкретной ситуации личностного развития, использование индивидуально подобранных методов воздействия.

7. *Принцип программно-целевого планирования* предполагает, что все звенья, принимающие участие в превенции, должны ориентироваться на конкретный результат в построении профилактических программ, цель которых — снижение распространения или полное купирование нарушения психического здоровья среди детско-подростковой популяции.

8. *Принцип этической и юридической правомочности.* Профессиональная деятельность основывается на действующем законодательстве и профессионально-этическом своде требований к деятельности специалиста.

Модели здоровья

Для реализации профилактических мероприятий важно учитывать модели здоровья. В настоящее время принято выделять основные мотивационные модели здоровья (Е. И. Рассказова, 2016):

1. *Модели континуума.* Изначально предложены для предсказания поведения, связанного со здоровьем. Согласно данным моделям, вероятность

некоторого поведения (и его изменения) можно описать как континуум готовности к этому поведению. Готовность личности изменить свое поведение в направлении улучшения здоровья, в свою очередь, зависит от системы социально-психологических факторов, играющих мотивирующую роль, а именно участвующих в формировании намерения и уверенности в своих силах (воспринимаемого контроля или самоэффективности в разных моделях).

2. *Модели стадий.* Фокус данных моделей состоит в том, что изменение поведения осуществляется дискретно, через ряд стадий, каждая из которых характеризуется специфическими задачами, которые стоят перед человеком.

Процессы изменения поведения лучше всего работают, когда используются в соответствующее время или соответствующие стадии жизни клиента. Эти «стадии изменения» являются временными величинами, когда происходят сдвиги в отношении, намерении и поведении. В 1994 году Дж. Прохаска, К. Диклемент, Дж. Норкросс описали следующие стадии изменения поведения:

- 1) присозерцание — не знать или недостаточно знать о проблеме и не иметь никаких намерений измениться в ближайшем будущем;
- 2) созерцание — признание проблемы и желание сделать что-нибудь по поводу нее, но еще не предпринимаются никакие шаги;
- 3) подготовка — признание того, что проблема существует, и начало выполнения действий, чтобы сделать какие-то изменения;
- 4) действие — изменение проблемного поведения и достижение каких-то отметок или целей;
- 5) поддержание — поддержание измененного поведения, по крайней мере в течение шести месяцев и более после первоначального действия, работа по профилактике рецидива;
- 6) прекращение — конечная цель, когда проблема более не представляет соблазна, проблемное поведение не вернется.

На каждой из этих стадий действуют специфические факторы и должны использоваться разные интервенции. На основе данной модели построено мотивационное интервьюирование.

3. *Модели саморегуляции.* Они, как и модели стадий, основаны на выделении стадий, или звеньев, в процессе изменения поведения, опираются на представления о закономерностях саморегуляции деятельности и состояния. К числу основных допущений моделей саморегуляции относится предположение, что поведение частично нерационально и его объяснение должно учитывать неосознаваемые и эмоциональные процессы (Д. Дестено, Г. Гросс, Л. Кубзански, 2013).

Уровни, задачи и направления деятельности в профилактике нарушения психического здоровья

Все проводимые профилактические мероприятия, согласно ВОЗ, делятся на три уровня — первичная, вторичная и третичная профилактика.

Первичная профилактика (общая профилактика) состоит в предупреждении углубления или купирования негативного влияния факторов риска нарушения психического здоровья. Ее объектом является условно здоровое детско-подростковое население.

Цель первичной профилактики — изменение ценностного отношения к проблеме психического здоровья, адаптация личности, формирование личной и семейной ответственности за свое здоровье.

Задачи:

- пропаганда здорового образа жизни (ЗОЖ);
- совершенствование и повышение эффективности используемых активных, конструктивных поведенческих стратегий, увеличение потенциала личностно-средовых ресурсов (формирование позитивной, устойчивой «Я»-концепции, повышение эффективности функционирования социально-поддерживающих сетей, развитие эмпатии, аффилиации, внутреннего контроля собственного поведения и т. д.).

Направления деятельности:

- информирование о ценности психического здоровья и формирование мотивации для эффективного социально-психологического и физического развития, формирование мотивации к социально одобряемому поведению;
- развитие протективных факторов здорового социально-эффективного поведения;
- развитие навыков разрешения проблем, поиск социальной поддержки.

Вторичная профилактика (выборочная профилактика) прежде всего представляет собой систему мер раннего выявления лиц группы риска.

Идея вторичной профилактики состоит в том, что нарушение психического здоровья происходит преимущественно на фоне трудной жизненной ситуации, с «травматикой» которой ребенок или подросток не может справиться. Таким образом, цель вторичной профилактики — помощь детям и подросткам в совладании с актуальной трудной жизненной ситуацией.

Задачи:

- развитие активных стратегий преодолевающего поведения;
- повышение потенциала личностно-средовых ресурсов;
- профилактическое воздействие социальных сетей, которое включает в себя создание разнообразных профилактических программ, имеющих целью совершенствование института семьи и создание групп социальной и психологической поддержки, приютов, медико-психологических центров и программ поддержки, анонимных сообществ и т. п.

Направления деятельности:

- формирование мотивации на изменение поведения;
- изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные;
- формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

Третичная профилактика (психологическая реабилитация) рассматривается как система мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций и состояний у детей и подростков.

Задачи реабилитации:

- компенсация нарушенных психических функций;
- снятие (ликвидация) разного рода психо- и патопсихологической симптоматики;
- формирование психологических особенностей, способствующих успешности социальной адаптации ребенка;
- психологическое обеспечение возможности адекватного профессионального самоопределения;
- психологическое обеспечение оптимальной позиции ребенка в отношении других реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных, педагогических и т. п.);
- формирование средовых условий, в том числе внутрисемейных, стимулирующих психическое развитие ребенка.

Направления деятельности:

- развитие способностей адекватного поведения;
- развитие способностей общаться с окружающими;
- развитие способностей самообслуживания;
- уменьшение (ликвидация) ограничений к получению образования;
- уменьшение (ликвидация) ограничений в профессиональном самоопределении;
- уменьшение (ликвидация) ограничений к интеграции в общество.

Психологическая помощь ребенку и семье в системе профилактики нарушений психического здоровья

Существующие сегодня в мировой практике виды консультативной психологической помощи семье чрезвычайно разнообразны. Они могут различаться ориентированностью работы, характером оказываемой помощи и задач, решаемых специалистами. Эти различия формируют ту или иную модель помощи. Каждая такая модель опирается на собственную теоретическую базу и предопределяет используемые методы работы. По ориентированности система профилактики включает в себя разные методы психологической помощи, помощь ребенку и его семейному окружению.

К базовым методам профилактической помощи в рамках глубины вмешательства относятся: психологическое консультирование и психокоррекционные технологии (тренинги, психотерапия).

Психологическая помощь может оказываться семье в целом; родителю или родителям; родителям и детям; ребенку или подростку.

В процессе психологической помощи ребенку и семье могут решаться следующие задачи (Г. В. Бурменская, Е. И. Захарова, О. А. Карабанова, 2002):

- оказание экстренной профессиональной помощи и поддержки в решении заявленной клиентом (клиентами) проблемы;
- оценка уровня психологического здоровья ребенка или его окружения и определение показаний к другим способам психологической помощи (например, перенаправление к специалистам другого профиля);
- просвещение ребенка и его семьи о психологических особенностях с целью более адекватного их использования и построения плана развития способностей личности;
- повышение ресурсных способностей ребенка и его семейного окружения к самостоятельному решению возникающих трудностей;
- облегчение эмоционального состояния ребенка и его семейного окружения.

В процессе психологической помощи семье и ребенку активно реализуется практика семейного консультирования, имеющего следующие задачи:

- помощь в решении внутрисемейных проблем;
- осознание особенностей моделей поведения и межличностных отношений внутри семейной системы всеми обратившимися за психологической консультацией членами семьи;

- восстановление или преобразование конструктивных взаимоотношений между всеми членами семьи, развитие умения понимать и уважать друг друга, проявлять свои мысли и чувства не в ущерб семейным отношениям и ценностям;
- повышение социально-психологической компетентности и грамотности клиентов (детей и их родителей), обучение их навыкам общения и разрешения конфликтных ситуаций.

Групповая форма помощи детям и подросткам, включенная в практику профилактики, предполагает решение следующих задач:

- использование опыта всех участников группы в решении сложной конфликтной ситуации;
- развитие навыков работы в группе у всех участников психологической помощи в группе;
- формирование новых, конструктивных групповых норм и правил.

Практика консультирования ребенка и его семьи

Е. К. Лютова-Робертс (2010) предлагает следующую схему консультирования родителей:

- обсуждение организационных моментов, формирование контракта между родителями и психологом;
- сбор информации о трудностях в воспитании ребенка;
- выявление пунктов, по которым родители не имеют расхождений;
- выявление позиций, по которым родители имеют расхождения;
- выявление позиций, по которым родители готовы прийти к консенсусу;
- составление контракта между родителями по тем позициям, по которым достигнута договоренность.

В процессе консультирования включены следующие элементы (Г. Б. Мона, 2011):

1. Первичное интервью с родителями (или опекунами) и ребенком.
2. Процесс взаимодействия, сконцентрированный на ребенке.
3. Оценка клиента, включая определение проблемы.
4. План вмешательства.

В рамках психокоррекционной работы с детьми и подростками основными направлениями являются: коррекция отклонений в психическом развитии; профилактика негативных тенденций личностного и интеллектуального развития (О. Н. Истратова, 2007).

На сегодняшний день существует множество разных психокоррекционных форм, используемых в групповой работе с детьми и подростками,

однако все они являются конкретным воплощением какого-либо метода из следующих направлений: игротерапии, арт-терапии (изобразительная, сказко-, музыка- и т. д.), поведенческой терапии (различного вида тренинги, психогимнастика), социальной терапии.

Оценка эффективности реализации профилактики опирается на принципы системности и результативности:

1) *системность* (реализация всех условий, в ходе которых осуществляется профилактика нарушения психического здоровья детей и подростков). Здесь учитывается важность реализации всех уровней профилактики; качество взаимодействия профилактических мероприятий; логика соблюдения этапов реализации плана программ профилактики, адекватности подбора методов и форм профилактического вмешательства;

2) *результативность*. Обычно учитываются фактические данные, которые необходимо получить после завершения программы профилактики.

Таким образом, тема сохранения психического здоровья детей и подростков продолжает оставаться важным фокусом в области психиатрической профилактики, задача которой заключается в выявлении природы его дисфункции, и в частности поиска неблагоприятных факторов, обуславливающих социопатогенез, а также выработке мер по их нейтрализации.

Контрольные вопросы

1. В чем сущность профилактики нарушений психического здоровья детей и подростков?
2. Охарактеризуйте основные факторы нарушения психического здоровья детей и подростков.
3. Охарактеризуйте группы трудных жизненных ситуаций.
4. Назовите основные направления профилактики нарушения психического здоровья детей и подростков.
5. Охарактеризуйте основные уровни оказания психологической помощи ребенку и семье в системе профилактики.

Рекомендуемая литература

1. Айзман Р. И. Медико-биологические основы обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья: Учебное пособие для среднего профессионального образования / Р. И. Айзман, М. В. Иашвили, А. В. Лебедев, Н. И. Айзман. 2-е изд., испр. и доп. — М.: Юрайт, 2020. — 224 с.

2. Венгер А. Л. Клиническая психология развития: Учебник и практикум для вузов / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. — М.: Юрайт, 2020. — 312 с.
3. Основы психологии семьи и семейного консультирования: Учебник для вузов / Под общей ред. Н. Н. Посысоева. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Юрайт, 2020. — 266 с.
4. Социальная медицина: Учебник для вузов / Под общей ред. В. А. Мартыненко. — М.: Юрайт, 2020. — 375 с.
5. Руководство по психологии здоровья / Под ред. А. Ш. Тхостова, Е. И. Расказовой. — М.: Изд-во МГУ, 2019. — 840 с.: ил.
6. Хухлаева О. В. Психологическое консультирование и психологическая коррекция: Учебник и практикум для вузов / О. В. Хухлаева, О. Е. Хухлаев. — М.: Юрайт, 2020. — 423 с.

Список использованной литературы

1. *Абабков В. А., Карвасарский Б. Д.* Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. 3-е изд. — СПб.: Питер, 2006. — 944 с.
2. *Авдулова Т. П.* Психология подросткового возраста. — М.: Юрайт, 2019. — 394 с.
3. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р. Кеттелла: Метод. реком. / Сост. Э. М. Александровская, И. Н. Гильяшева. — Л.: НИИ им. В. М. Бехтерева, 1985. — 33 с.
4. *Айзман Р. И.* Медико-биологические основы обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья: Учеб. пособие для среднего профессионального образования / Р. И. Айзман, М. В. Иашвили, А. В. Лебедев, Н. И. Айзман. 2-е изд., испр. и доп. — М.: Юрайт, 2020. — 224 с.
5. *Алан Ф. Шацберг, Джонатан О. Коул, Чарлз ДеБаттиста.* Руководство по клинической психофармакологии // *Manual of Clinical Psychopharmacology*. — М.: МЕДпресс-информ, 2014. — 608 с.
6. *Анастаси А.* Психологическое тестирование: Т. 1. — М.: Педагогика, 1982. — 320 с.
7. *Анцыборов А. В., Мрыхин В. В.* Синтетические катионы «Соли для ванн»: механизм действия, токсикологические аспекты, клиника, формирование зависимости // *Интерактивная наука*. — 2017. — № 5(15). — С. 29–39.
8. *Асадуллин А. Р., Юлдашев В. Л., Ахметова Э. А., Халиков С. А.* Особенности парентерального употребления метилendioксипировалерона пациентом с синдромом зависимости от синтетических стимуляторов // *Медицинский вестник Башкортостана*. — 2016. — № 4. — С. 87–91.
9. *Баскаков В. Ю.* Свободное тело. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. — 224 с.
10. *Бек Дж.* Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. — СПб.: Питер, 2018. — 416 с.
11. *Бернс Р. С., Кауфман С. Х.* Кинетический рисунок семьи. — М.: Смысл, 2000. — 146 с.

12. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под общей ред. проф. Ю. С. Шевченко. — СПб.: Речь, 2003. — 552 с.
13. Боулби Д. Привязанность / Пер. с англ.). — М.: Гардарики, 2003. — 477 с.
14. Бурдаков А. Н., Бурдакова Е. В., Фесенко Ю. А. Нейролептики в детской психиатрической практике. — СПб.: ЭЛБИ СПб, 2008. — 208 с.
15. Бурдаков А. Н., Макаров И. В., Фесенко Ю. А., Бурдакова Е. В. Психофармакотерапия в детской психиатрии: Руководство для врачей / А. Н. Бурдаков [и др.]. — М.: ГЭОТАР-медиа, 2017. — 304 с.
16. Венгер А. Л. Клиническая психология развития: Учебник и практикум для вузов / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. — М.: Юрайт, 2020. — 312 с.
17. Витакер К. Полночные размышления семейного терапевта. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998. — 208 с.
18. Власов Е. А. Руководство по EMDR. Институт консультирования и системных решений, 2020. — 512 с.
19. Волкмар Ф. Р., Вайзнер Л. А. Аутизм. Практическое руководство для родителей, членов семьи и учителей: В 3 т. // Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014. — 850 с.
20. Воронков Б. В. Психиатрия детей и подростков. — СПб.: Наука и техника, 2017. — С. 96–115.
21. Гештальт-терапия в клинической практике: От психопатологии к эстетике контакта. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2017. — 688 с.
22. Грановская Р. М., Никольская И. М. Защита личности: психологические механизмы. — СПб.: Знание, 1999. — 352 с.
23. Гречаный С. В., Егоров А. Ю. Возрастные особенности злоупотребления летучими растворителями у подростков с расстройствами поведения // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2014. Т. 114. № 5. Вып. 2. С. 21–28.
24. Гренлюнд Э., Оганесян Н. Ю. Танцевальная терапия. Теория, методика, практика. — СПб.: Речь, 2011. — 228 с.
25. Грин Р. Взрывной ребенок. Новый подход к пониманию и воспитанию легко раздражимых, хронически несговорчивых детей. — М.: Теревинф, 2016. — 264 с.
26. Гроф С. За пределами мозга // Пер. с англ. — М.: Изд-во Трансперсонального института, 1993. — 504 с.

27. *Джойс Ф., Силлс Ш.* Гештальт-терапия шаг за шагом: Навыки в гештальт-терапии / Пер. с англ. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2010. — 352 с.
28. *Добряков И. В.* Игра в семейной психотерапии // Системная семейная психотерапия / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб.: Питер, 2002. — 368 с.
29. *Добряков И. В.* Перинатальная психология. 2-е изд. — СПб.: Питер, 2015. — 352 с.
30. *Добряков И. В., Малярская М. М.* Как родить счастливого ребенка? — СПб.: Речь, 2008. — 160 с.
31. *Добсон Д., Добсон К.* Научно обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии: — СПб.: Питер, 2021. — 400 с.
32. *Дралюк Н. М.* Некоторые характеристики злоупотребления синтетическими катинонами // Наркология. — 2018. № 1. — С. 54–57.
33. *Егоров А. Ю.* Дизайнерские наркотики: новая проблема подростковой наркологии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2018. № 2. — С. 83–92.
34. *Захаров А. И.* Происхождение и психотерапия детских неврозов. — М.: КАРО, 2006. — 448 с.
35. *Захаров А. И.* Ребенок до рождения и психотерапия последствий психических травм. — СПб.: СОЮЗ, 1998. — 144 с.
36. *Зильбах Дж.* Дети в семейной психотерапии: Практическая работа и профессиональное обучение / Под ред. Джоан Дж. Зильбах. — М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2004. — 205 с.
37. *Иовлев Б. В., Карпова Э. Б.* Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищевой и медицинская психология. — СПб.: Сенсон, 1999. — 85 с.
38. *Иовчук Н. М., Северный А. А.* Депрессии у детей и подростков. — М.: Школа-Пресс, 1999. — 80 с.
39. *Исаев Д. Н.* Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
40. *Кабат-Зинн Дж.* Куда бы ты ни шел — ты уже там: медитация полноты осознания в повседневной жизни / Пер. с англ. М. Белобородовой. — М.: Независимая фирма «Класс»; Изд-во Трансперсонального института, 2001. — 208 с.
41. *Карвасарский Б. Д., Абабков В. А., Исурина Г. Л.* Психотерапия: Учебник для вузов / Под ред. Б. Д. Карвасарского. 4-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Питер, 2012. — 674 с.

42. *Касьянов В. В.* Суицидальное поведение / В. В. Касьянов, В. Н. Нечипуренко. — М.: Юрайт, 2019. — 330 с.
43. *Кепнер Дж.* Телесный процесс: Работа с телом в психотерапии. — М., 2019. — 294 с.
44. *Кибитов А. О.* Семейная отягощенность по наркологическим заболеваниям: биологические, генетические и клинические характеристики // Социальная и клиническая психиатрия. — 2015. Т. 25. Вып. 1. — С. 98–104.
45. *Кислинг У.* Сенсорная интеграция в диалоге: понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие. 5-е изд. — М.: Теревинф, 2015. — 240 с.
46. *Клейберг Ю. А.* Психология девиантного поведения. — М.: Юрайт, 2019. — 290 с.
47. Клинические рекомендации. Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация. — М., 2020. — С. 127.
48. *Кляйн М.* Детский психоанализ. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2010. — 160 с.
49. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
50. *Корнев А. Н.* Применение нейропсихологических методов исследования у детей // Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, Я. А. Меерсон. Методы нейропсихологической диагностики. — СПб.: Стройлеспечать, 1997. — С. 232–274.
51. *Крайг Г.* Психология развития / Пер с англ. — 7-е межд. изд. — СПб.: Питер, 2000. — 992 с.
52. *Крафт А., Лэндрет Г.* Родители как психотерапевты. Прислушаться к игре своего ребенка / Пер с англ. — М.: МПСИ, 2000. — 196 с.
53. *Кулаков С. А., Ваисов С. Б.* Руководство по реабилитации наркозависимых. — СПб.: Речь, 2006. — 240 с.
54. *Лайнен М.* Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. — М., СПб., Киев, 2008. — 590 с.
55. *Лебовиси С.* Психиатрический подход к младенцу: Развитие психиатрии новорожденных / Под ред. П. В. Качалова, А. В. Рассохина. — М.: Когито-Центр, 2007. С. 437–457.
56. *Левин К.* Динамическая психология: Избранные труды. — М.: Смысл, 2001. — 572 с.

57. Лекции по психосоматике / Под ред. академика РАН А. Б. Смулевича. — М.: ООО «Изд-во «Медицинское информационное агентство», 2014. — 352 с.
58. *Лохов М. И., Фесенко Е. В., Фесенко Ю. А.* Нестандартный, или Плохой хороший ребенок. — СПб.: КАРО, 2011. — 328 с.
59. *Лэндрет Г. Л.* Игровая терапия: Искусство отношений: Пер. с англ. / Предисл. А. Я. Варга. — М.: Международная педагогическая академия, 1994. — 368 с.
60. *Макаров И. В.* Психозы у детей. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2004. — 152 с.
61. *Мак-Вильямс Н., Линджарди В.* Руководство по психодинамической диагностике. PDM-2: В 2 т. — М.: Класс, 2019.
62. *Мамайчук И. И.* Помощь психолога детям с аутизмом. — СПб.: Речь, 2007. — 288 с.
63. *Медведева Т. П., Музюкина И. Б.* Команда консультирует семью: Практика ведения командных консультаций для семей, воспитывающих детей дошкольного возраста с РАС и ментальными нарушениями: Методическое пособие // Фонд «Выход», 2016. — 64 с.
64. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств : МКБ-10/УСД-10: Клинич. описания и указания по диагностике / ВОЗ; Пер. на рус. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. — СПб.: Адис, 1994. — 303 с.
65. *Минухин С., Фишман Ч.* Техники семейной психотерапии / Пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998. — 304 с.
66. *Мустакас К.* Игровая терапия. — СПб.: Речь, 2000. — 282 с.
67. *Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. — 428 с.
68. *Мясищев В. Н.* Личность и отношения человека // Материалы симпозиума «Проблемы личности». — М., 1970.
69. *Мясищев В. Н.* Основные проблемы и современное состояние психологии отношений человека // Психологическая наука в СССР. — М., 1960. Т. 2. — С. 110–125.
70. *Мясищев В. Н.* Понятие личности и его значение для медицины // Методологические проблемы психоневрологии. — Л., 1966. — С. 25–55.
71. *Мясищев В. Н.* Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья // Обозрение психиатрии

- и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. — СПб., 1993. № 3. — С. 9–20.
72. *Мясищев В. Н.* Проблема отношения человека и ее место в психологии // Вопросы психологии. — 1957. № 5. — С. 142–155.
73. *Мясищев В. Н., Лебединский М. С.* Введение в медицинскую психологию. — Л.: Медицина, 1966.
74. *Никольская И. М., Грановская Р. М.* Психологическая защита у детей. — СПб.: Речь, 2006. — 507 с.
75. *Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М.* Аутичный ребенок. Пути помощи. — М.: Теревинф, 2014. — 288 с.
76. *О'Коннор К.* Теория и практика игровой психотерапии. — СПб.: Питер, 2002. — 461 с.
77. *Общая психодиагностика* / Под ред. А. А. Бодалева и В. В. Столина. — М.: Изд-во МГУ. 1987. — 304 с.
78. *Оклендер В.* Окна в мир ребенка. — М.: Класс, 2005. — 336 с.
79. *Оклендер В.* Скрытые сокровища: Путеводитель по внутреннему миру ребенка / Пер. с англ. — М.: Когито-Центр, 2012. — 271 с.
80. *Основы психологии семьи и семейного консультирования: Учебник для вузов* / Под общей ред. Н. Н. Посысоева. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Юрайт, 2020. — 266 с.
81. *Панов В. И.* Экопсихология: Парадигмальный поиск. — М.; СПб.: Нестор-История, 2014. — 296 с.
82. *Патрикеева О. Н., Овчинников А. А., Соловьева И. Г.* Аффективные расстройства у лиц с зависимостью от синтетических каннабиноидов, перенесших психозы // Неврологический вестник. — 2016. Т. 48. № 1. — С. 53–56.
83. *Перлз Ф.* Теория гештальт-терапии / Пер. с нем. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2008. — 320 с.
84. *Польская Н. А.* Психология самоповреждающего поведения / Н. А. Польская. — М.: ЛЕНАНД, 2017. — 320 с.
85. *Попов Ю. В., Вид В. Д.* Современная клиническая психиатрия. — М.: Экспертное бюро-М, 1997. — 496 с.
86. *Практикум по семейной психотерапии: Современные модели и методы: Учебное пособие для врачей и психологов* / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб.: Речь, 2010. — 424 с.

87. Психиатрия: Национальное руководство / Гл. ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов. 2-е изд. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2018. — 1008 с.
88. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии / Под ред. Д. Н. Исаева и В. Е. Кагана. — СПб.: СПб. педиатр. мед. ин-т, 1991. — 74 с.
89. Психотерапия детей и подростков / Пер. с нем.; Под ред. Х. Ремшмидта. — М.: Мир, 2000. — 656 с.
90. *Рамос Валерио Л. Э.* Методика КМСЕ в динамике антропософской танцевальной психотерапии: Теоретическое обоснование. Система диагностики. Оценка эффективности. Санкт-Петербург, Mauritius. LAP LAMBERT Academic publishing, 2019. — 93 с.
91. *Ранк О.* Травма рождения / Пер. с англ. — М.: Аграф, 2004. — 400 с.
92. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике: Руководство для практикующих врачей / Под общ. ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. — М.: Литтерра, 2014. — 1080 с.
93. *Робин Ж.-М.* Быть в присутствии Другого: этюды по психотерапии / Пер. с франц. — М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2008. — 288 с.
94. *Роджерс К. Р.* Консультирование и психотерапия: новейшие подходы в области практической работы. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2006. — 507 с.
95. *Романова Е. С., Потемкина О. Ф.* Графические методы в психологической диагностике. — М.: Дидакт, 1991. — 256 с.
96. *Ромек В. Г.* Поведенческая психотерапия: Учебное пособие для вузов. — М.: ЮРАЙТ, 2018. — 192 с.
97. Руководство по психологии здоровья / Под ред. А. Ш. Тхостова, Е. И. Рассказовой. — М.: Изд-во МГУ, 2019. — 840 с.: ил.
98. Сборник биоэнергетических опытов // А. Лоуэн, Л. Лоуэн / Пер. с англ. Е. В. Поле. — М.: ООО «Издательство АСТ», 2004. — 188 с.
99. *Симашкова Н. В., Макушкин Е. В.* Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение: Клинические рекомендации / ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Российское общество психиатров, 2015.
100. *Сиротюк А. Л.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. — М.: ТЦ «Сфера», 2015. — 128 с.

101. Системная семейная психотерапия / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб.: Питер, 2002. — 368 с.
102. *Собчик Л. Н.* Метод цветowych выборов. Модифицированный цветовой тест Люшера // Методы психологической диагностики. — М.: МКЦ, 1990. — 88 с.
103. Социальная медицина: Учебник для вузов / Под общей ред. В. А. Мартыненко. — М.: Юрайт. — 2020. — 375 с.
104. *Спаньоло Лобб М.* Сейчас-ради-потом в психотерапии. — М.: Феникс, 2015. — 367 с.
105. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. 2-е изд., перераб. и доп. / Под ред. Ц. Ю. Циркина. — СПб.: Питер, 2004. — 896 с.
106. *Тайсон Ф., Тайсон Р.* Психоаналитические теории развития. — Екатеринбург, 1998.
107. Теория поля в гештальт-терапии: контакт и отношения / Ред. и сост. Жан-Мари Робин; Ред. Р. Попова; Пер. с англ. С. Гогина. — Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2015. — 122 с.
108. *Тимошенко Г. В., Леоненко В. А.* Работа с телом в психотерапии: Практическое руководство. М.: пСИХОТЕРАПИЯ, 2017. — 480 с.
109. *Фесенко Е. В., Фесенко Ю. А.* Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. — СПб.: Наука и техника, 2010. — 384 с.
110. *Фесенко Ю. А.* Пограничные нервно-психические расстройства у детей. — СПб.: Наука и техника, 2010. — 320 с.
111. *Фигдор Г.* Дети разведенных родителей: между травмой и надеждой. — М., 1995 // *Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Психосоматические расстройства у детей и подростков. — М.: Изд-во Института психотерапии; Изд-во НГМА, 2000. — 320 с.
112. *Фрайберг С., Аделсон Э., Шапиро В.* Призраки в детской: Психоаналитический подход к проблемам нарушенных взаимоотношений мать-дитя. Изд. Clinical Studies in Infant Mental Health, 1980. — 47 с.
113. *Фрейд А.* Введение в детский психоанализ. Минск: Попурри, 2004. — 448 с.
114. *Фрейд А.* Норма и патология детского развития (1965) // А. Фрейд, З. Фрейд. Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов. — СПб., 1997.
115. *Фрейд А.* Психология «я» и защитные механизмы. — М., 1993.

116. *Фромм Э.* Бегство от свободы / Пер. с англ. — М.: Прогресс, 1989. — 272 с.
117. *Холмогорова А. Б.* Когнитивно-бихевиоральная терапия «На гребне третьей волны»: революционный поворот или новые акценты? // Современная терапия психических расстройств. — 2016. № 2. — С. 16–20.
118. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени; самоанализ / Пер. с англ. — М.: Изд. группа «Прогресс» — «Универс», 1993. — 480 с.
119. *Хухлаева О. В.* Психологическое консультирование и психологическая коррекция: Учебник и практикум для вузов / О. В. Хухлаева, О. Е. Хухлаев. — М.: Юрайт, 2020. — 423 с.
120. *Шевченко Ю. С.* Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей. — М.: РМАПО, 1997. — 49 с.
121. *Шефер Ч. (Schaefer Ch.), Кэри Л. (Carey L.).* Игровая семейная психотерапия. — СПб.: Питер, 2000. — 384 с.
122. Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание / А. П. Коцюбинский (и др.). — СПб.: Гиппократ+, 2004. — 336 с.
123. *Шнейдер Л. Б.* Психология девиантного и аддиктивного поведения детей и подростков — М.: Юрайт, 2019. — 219 с.
124. *Эйдемиллер Э. Г.* Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. 4-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 672 с.
125. *Эйдемиллер Э., Добряков И. В., Никольская И. М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов. 3-е изд. — СПб.: Речь, 2007. — 352 с.
126. *Эйдемиллер Э. Г., Медведев С. Э.* Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении. — СПб.: Речь, 2012. — 207 с.
127. *Эйнсфорт М. Д.* Объектные отношения, зависимость и привязанность: теоретический обзор проблемы взаимосвязи мать-младенец // Психология привязанности: Сборник текстов. — Ижевск: Издательский дом «ERGO», 2005. — 362 с.
128. *Экслейн В.* Игровая терапия. — М.: Апрель-Пресс, 2007. — 416 с.
129. *Эткинд А. М.* Цветовой тест отношений // Общая психодиагностика. — М.: Изд. МГУ, 1987. — С. 221–227.
130. *Ялом И.* Теория и практика групповой психотерапии. — СПб.: Питер, 2018. — 640 с.
131. *Янг Д., Клоско Д., Вайсхаар М.* Схемотерапия: Практическое руководство. — М., Диалектика, 2020. — 464 с.

132. *Almandil N. B.*, et.al. Environmental and genetic factors in autism spectrum disorders: special emphasis on data from arabian studies // *Int J Environ Res Public Health*, 2019. — Vol. 16 (4). — P. 658
133. *Auwarter V., Dresen S., Weinmann W., Muller M., Putz M., Ferreiros N.* «Spice» and other herbal blends: harmless incense or cannabinoid designer drugs ?// *J. Mass spectrum*. — 2009. — Vol. 44. — P. 832–837.
134. *Baio J., Wiggins L., Christensen D. L.*, et.al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014 // *Surveillance Summaries*, 2018. — № 67 (6). — C. 1–23.
135. *Brain* 2004;127:1811–21; Just M. A., Pelphrey K. A. Development and Brain Systems in Autism. New York: Psychology Press, 2013. — P. 252
136. *Brown K. W., Ryan R. M., Creswell J. D.* Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects // *Psychological Inquiry*. 2009. Vol. 18. P. 211–237. Howlett A. C., Bidaut Russell M., Devane W. A., Melvin L. S., Johnson M. R., Herkenham M. The cannabinoid receptor: biochemical, anatomical and behavioral characterization// *Trends Neurosci*. — 1990. — V. 13. — P. 420–423.
137. *Clinical handbook of mindfulness* / Didonna F. (Ed.). New York: Springer, 2009.
138. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse / Segal Z. V., Kennedy S., Gemar M., Hood K. et al. // *Archives of General Psychiatry*. 2006. Vol. 63. P. 749–755. Shapiro, S., et al. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results from a Randomized Trial. // *International Journal of Stress Management*. 2005. Vol. 12(2), P. 164 — 176.
139. *Elsabbagh M., Divan G, Koh Y. J.*, et.al. Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders // *Autism Res*, 2012. — № 5. — P. 160–179.
140. *Forman E. M., Chapman J. E., Herbert J. D., Goetter E. M., Yuen E. K., Johnson R. H., Moitra E.* Using session by session measurement to compare mechanisms of action for acceptance and commitment therapy and cognitive Therapy // *Behavior Therapy*. — 2012 — Vol. 43 — P. 341–354.
141. *Frith U.* Autism: explaining the enigma. Oxford: Blackwell; 1989.
142. *Frith U.* Cognitive development and cognitive deficit // *The psychologist*. 1992. 5.
143. *Hallmayer J.*, et.al. Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism // *Arch Gen Psychiatry*, 2011. — Vol. 68. — P. 1095–1102;

- Ronald A., Hoekstra R. Progress in understanding the causes of autism spectrum disorders and autistic traits: twin studies from 1977 to the present day. — New York: Springer, 2014. — P. 33–65
144. *Hayes S. C.* Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies // *Behavior Therapy*. — 2004. — Vol. 35. — P. 639–665.
145. *Hill A. P., Zuckerman K. E., Fombonne E.* Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. — Hoboken, NJ. — 2014. — C. 57–96.
146. *Just M., Cherkassky V., Keller T., Minshew N.* Cortical activation and synchronization during sentence comprehension in high-functioning autism: evidence of underconnectivity.
147. *Krause Inga-Britt* (2002). *Culture and System in Family Therapy*. H. Karnac (Books) Ltd., 2002.
148. *Lanyado, Monica and Horne, Ann* (2009) *The handbook of child and adolescent psychotherapy. Psychoanalytic approaches*. Routledge, New York.
149. *Milena Adamkova & Bela Hatlova* (Eds) *Psychomotor Therapy in the Treatment of Sshizophrenia* University of J.E. Purkyne in Usti nad labem, Czech republic., 2012., 272 p.
150. *Manouilenko I, Bejerot S.* Sukhareva — Prior to Asperger and Kanner. *Nord J Psychiatry* 2015; Early Online:1–4.
151. *Morschitzky H.* *Somatoforme Störungen*. Wien: Springer; 2007.
152. *Perkins T.* Mirror neuron dysfunction in autism spectrum disorders // *J Clin Neurosci*, 2010. — Vol. 17 (10). — P. 1239–43.
153. *Piontelli A.* (1988) Prenatal life and birth as reflected in the analysis of a 2-year-old psychiatric girl. *Int Rev Psycho-Anal* 15:73–81.
154. *Ramachandran V. S., Oberman L. M.* Broken mirrors: a theory of autism // *Sci Am*, 2006. — Vol. 295 (5). — P. 62–69.
155. *Schifano F., Orsolini L., Duccio Papanti G., Corkery J. M.* Novel psychoactive substances of interest for psychiatry// *World Psychiatry*. — 2015. — V. 14. — P. 15–26.
156. *Schore A. N.* *Affect dysregulation and disorders of the self* (Norton series on interpersonal neurobiology). New York: Norton; 2003.
157. *Stora, J. B.* (2007). *When the Body Displaces the Mind* (Trans. S. Leighton). London: Karnac.

158. Wells A. Metacognitive therapy // Herbert J. D., Forman E. M. (eds.). Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy. — Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc., 2011 — P. 83–108.
159. Wells A. Metacognitive therapy: A practical guide. — New York: Guilford Press, 2008 — 316 p.
160. Wong V. C., Hui S. L. Epidemiological study of autism spectrum disorder in China // Journal of Child Neurology, 2007. — №23. — P. 67–72.
161. Autism Spectrum Disorders in the European Union. URL: <http://asdeu.eu/>

Информация об авторах

Александрова Нина Викторовна — врач-психиатр, психотерапевт высшей категории, ассистент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» МЗ РФ, котерапевт Эдмонда Георгиевича Эйдемиллера

Васильева Нина Леонидовна — д-р психол. наук, профессор, профессор кафедры психического здоровья детей и родителей факультета психологии СПбГУ.

Городнова Марина Юрьевна — д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры психотерапии, сексологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» МЗ РФ, председатель Санкт-Петербургского филиала Ассоциации детских психиатров и психологов, врач-психотерапевт высшей категории, гештальт-терапевт.

Добряков Игорь Валериевич — канд. мед. наук, доцент, ст. науч. сотр. научно-организационного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» МЗ РФ, сопредседатель секции перинатальной психологии РПО; официальный супервизор РПА; член Профильной комиссии по медицинской психологии Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга; член Европейской Федерации Психологических Ассоциаций EUROPSY; консультант United Nations Children's Fund и United Nations Population Fund по работе в кризисных ситуациях, победитель XVIII Национального психологического конкурса «Золотая Психея».

Егоров Алексей Юрьевич — д-р мед. наук, профессор, гл. науч. сотр., заведующий лабораторией нейрофизиологии и патологии поведения Института эволюционной физиологии и биохимии им. И. М. Сеченова РАН, профессор кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, профессор кафедры психиатрии и наркологии медицинского факультета СПбГУ, врач-психиатр высшей категории.

Карпова Эльвира Борисовна — канд. психол. наук, доцент, доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ.

Колесников Игорь Александрович — канд. мед. наук, врач-психиатр, психотерапевт, научный руководитель Института нейрокоммуникаций и психотерапии.

Кулаков Сергей Александрович, врач-психотерапевт, д-р мед. наук, профессор, заместитель директора по реабилитационной работе Медицинской ассоциации «Центр “Бехтерев”», председатель супервизорского совета Российской психотерапевтической ассоциации.

Макаров Игорь Владимирович — д-р мед. наук, профессор, главный внештатный детский специалист-психиатр Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе, председатель секции детской психиатрии Российского общества психиатров, руководитель отделения детской психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова.

Маргошина Инна Юрьевна — канд. психол. наук, доцент кафедры клинической психологии Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы, член Ассоциации детских психиатров и психологов, клинический психолог, психоаналитик.

Медведев Сергей Эрнестович — канд. мед. наук, врач-психотерапевт отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева» МЗ РФ.

Никольская Ирина Михайловна — д-р психол. наук, профессор, профессор кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» МЗ РФ.

Оганесян Наталия Юрьевна — канд. психол. наук, медицинский психолог СПб ГКУЗ ГПБ № 6, заведующая кафедрой танцевально-двигательной терапии ИПП ИМАТОН, председатель Санкт-Петербургской ассоциации танцевально-двигательной терапии www.spbadmt.ru.

Тарабанов Арсений Эдмундович — директор Института нейрокоммуникаций и психотерапии (Литва). Канд. филос. наук, доцент, руководитель исследовательской группы «Семейная психотерапия и нейронауки» в Нейропсихоаналитической ассоциации (NPSA).

Фесенко Юрий Анатольевич — д-р мед. наук, главный детский специалист-психиатр Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга, профессор кафедры клинической психологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического университета, академик, заслуженный деятель науки и образования РАЕ, детский психотерапевт и психиатр, заместитель главного врача по медицинской части СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина».

Фесенко Елена Владимировна — канд. мед. наук, главный врач СПб ГБУЗ «Городская детская поликлиника № 19».

Эйдемиллер Эдмунд Георгиевич — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» МЗ РФ, председатель Санкт-Петербургского филиала Ассоциации детских психиатров и психологов, врач-психиатр, психотерапевт высшей категории.

Юстицкис Викторас — д-р юр. наук, профессор.

Под ред. Э. Г. Эйдемиллера, М. Ю. Городновой,
А. Э. Тарабанова

**Детская психиатрия, психотерапия
и медицинская психология.**
Учебник для вузов. Стандарт третьего поколения

Заведующая редакцией
Ведущий редактор
Литературный редактор
Художественный редактор
Корректоры
Верстка

Т. Шапошникова
Е. Власова
В. Гуляева
Р. Яцко
С. Беляева, Н. Викторова
Л. Соловьева

Изготовлено в России. Изготовитель: ООО «Прогресс книга».
Место нахождения и фактический адрес: 194044, Россия, г. Санкт-Петербург,
Б. Сампсониевский пр., д. 29А, пом. 52. Тел.: +78127037373.

Дата изготовления: 12.2021.

Наименование: книжная продукция.

Срок годности: не ограничен.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 034-2014,
58.11.11.000 — Учебники печатные общеобразовательного назначения.

Импортер в Беларусь: ООО «ПИТЕР М», 220020, РБ, г. Минск,
ул. Тимирязева, д. 121/3, к. 214, тел./факс: 208 80 01.

Подписано в печать 26.11.21. Формат 70×100/16. Бумага офсетная.
Усл. п. л. 58,050. Тираж 500. Заказ 0000.



Э. Г. Эйдемиллер. Автопортрет, 11 февраля 2013 г.



Э. Г. Эйдемиллер. Сватовство тайного советника, 23 августа 2008 г.



Э. Г. Эйдемиллер. Кот и Рыба = Э. Г. Эйдемиллер и В. А. Тарабанова, 7 июля 2013 г.



Э. Г. Эйдемиллер. Гидравлика семейной жизни, 9 сентября 2008 г.

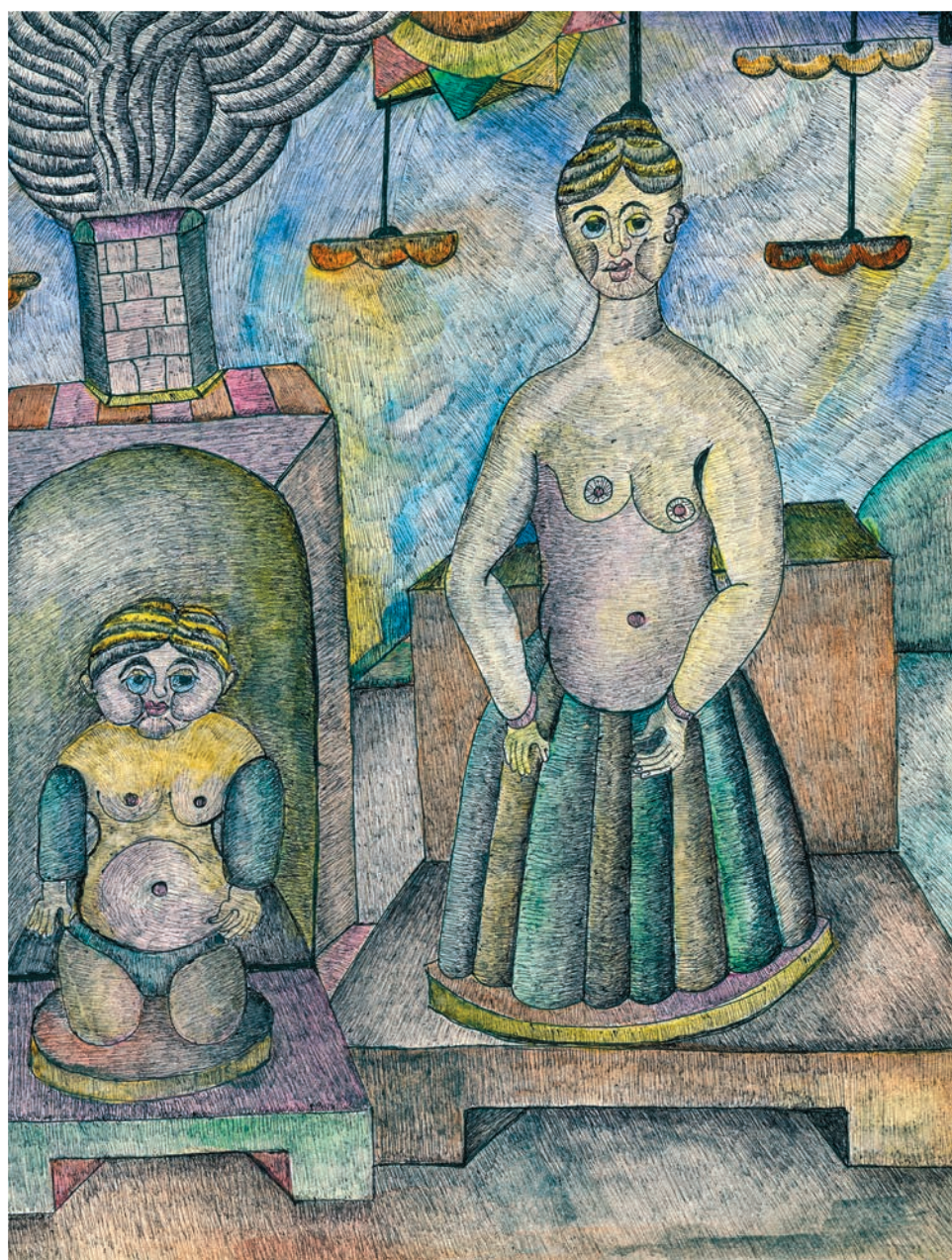


Э. Г. Эйдемиллер. Три уровня реальности:

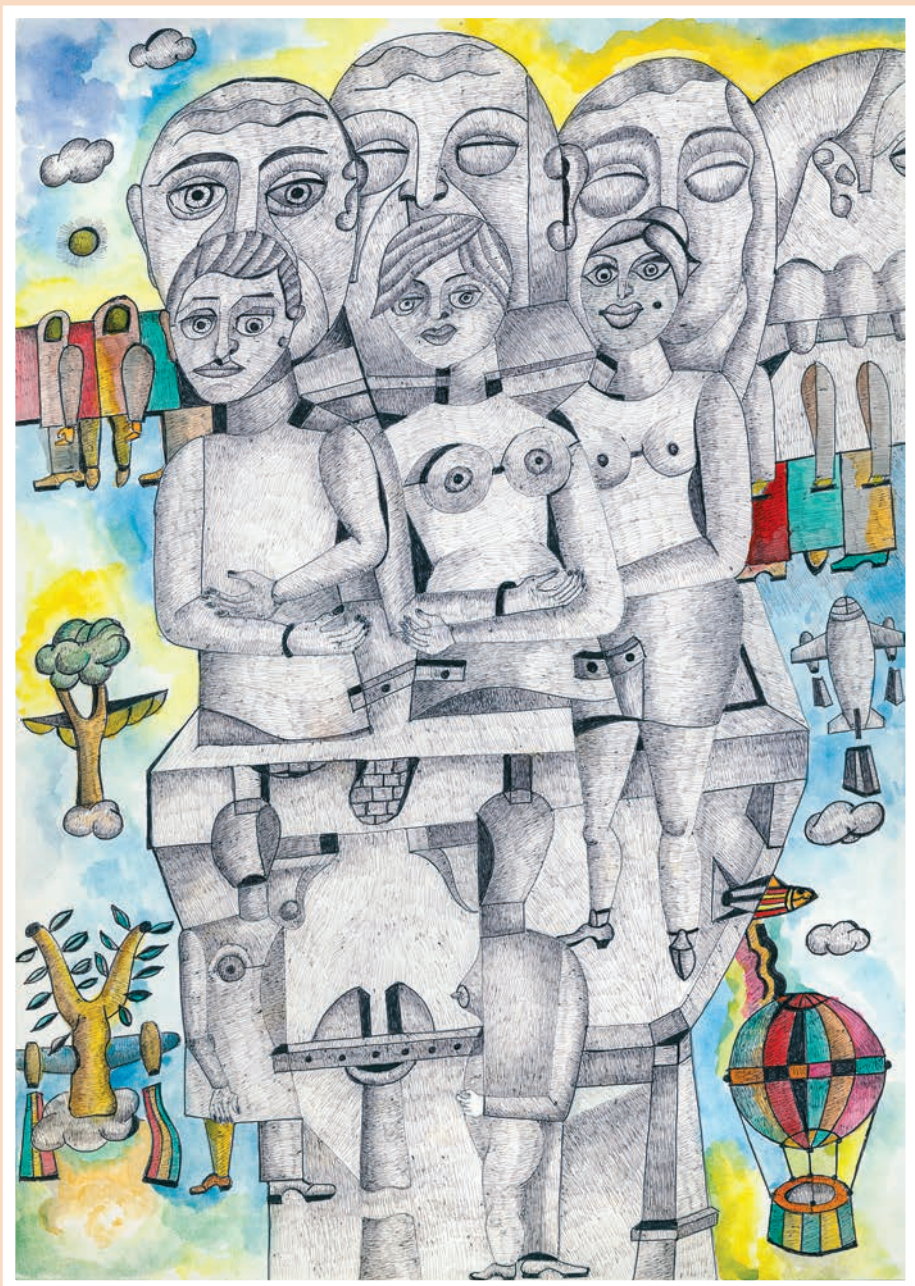
1. Физика, 2. Метафизика, 3. Трансценденция, 24 декабря 2009 г.



Э. Г. Эйдемиллер. Трансгенерация симбиоза, 8 сентября 2010 г.



Э. Г. Эйдемиллер. Угроза развода, 13 августа 2007 г.



Э. Г. Эйдемиллер. Ригидная псевдосолидарная семья.
Расщепление личности ребенка, 23 сентября 2010 г.



Э. Г. Эйдемиллер. Весь мир — театр [Шекспир В.] и Гидравлика [Эйдемиллер Э. Г.],
15 апреля 2008 г.



Э. Г. Эйдемиллер. Развод и распил ребенка, 16 мая 2008 г.



Э. Г. Эйдемиллер. Дети как нереализованный проект, 1 декабря 2008 г.



Э. Г. Эйдемиллер. Физика, метафизика и трансценденция одинокой женщины,
22 ноября 2009 г.