

И.В. Боев, О.А. Ахвердова, Н.Н. Волоскова

**Клинико-психологические аспекты диагностики и
профилактики отклоняющегося поведения
у детей и подростков с органической недостаточностью
мозга**

Учебное пособие

Допущено Министерством образования Российской Федерации в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению подготовки бакалавров и магистров “Психология”, специальностям “Психология”, “Клиническая психология”

Ставрополь, 2001

УДК 159.9
ББК 88.374я73
Б 75

Рецензенты:

Ю.С. Шевченко, доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой детской и подростковой психиатрии Российской медицинской академии постдипломного образования,

Ю.Ф. Поляков, доктор психол наук, профессор, заведующий кафедрой пато- и нейропсихологии МГУ им. М.В. Ломоносова.

Боев И.В., Ахвердова О.А., Волоскова Н.Н.

Б75 Клинико-психологические аспекты диагностики и профилактики отклоняющегося поведения у детей и подростков с органической недостаточностью мозга: Учебное пособие. – Ставрополь: Изд-во СГУ, 2001, 383с.

ISBN 5-88648-264-4

В учебном пособии рассматриваются вопросы этиологии и патогенеза отклоняющегося поведения с позиций современных достижений психофизиологии, психологии, антропологии, конституционалогии, представлена дифференциальная психология конституционально-типологического личностного континуума подростков, имеющих органическую недостаточность мозга. Авторская позиция основана на собственных многолетних клинико-психологических и экспериментально-психологических исследованиях и наблюдениях, проведенных на базе Межвузовской лаборатории экспериментальной психологии Ставропольского государственного университета и Клиники пограничных состояний Ставропольской государственной медицинской академии.

Предназначено для психологов, клинических психологов, врачей психотерапевтов, психиатров, логопедов.

УДК 159.9
ББК 88.374я73

ISBN 5-88648-264-4 ©И.В. Боев, О.А. Ахвердова, Н.Н. Волоскова, 2001
©Издательство Ставропольского государственного университета, 2001
©Клиника пограничных состояний СГМА, 2001

ВВЕДЕНИЕ..... 5**РАЗДЕЛ 1. ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОДРОСТКОВЫХ ПСИХОТИПОВ РАЗЛИЧНЫХ ДИАПАЗОНОВ АНОМАЛЬНОЙ ЛИЧНОСТНОЙ ИЗМЕНЧИВОСТИ ... 14**

1.1. Психологическая диагностика подростковых психотипов, относящихся к различным регистрам конституционально-типологического личностного континуума	16
1.2. Диагностика конституционально-типологической личностной изменчивости у подростков на психофизиологическом уровне.....	34
1.3. Психолого-антропологическая диагностика подростков, относящихся к различным психотипам, располагающихся в разных регистрах конституционально-типологического личностного континуума.....	49
1.4. Дифференциальная психологическая феноменология подростков в континууме от психологической нормы до пограничной аномальной личности.....	60
1.4.1. Подростки - акцентуанты шизоидного типа.....	64
1.4.2. Пограничная аномальная личность - шизоидный вариант.....	72
1.4.3. Эпилептоидный тип акцентуации характера	77
1.4.4. Пограничная аномальная личность - эпилептоидный вариант.....	83
1.4.5. Акцентуанты истероидного типа	88
1.4.6. Пограничная аномальная личность -истероидный вариант.....	91
1.4.7. Акцентуанты циклоидного типа	95
1.4.8. Пограничная аномальная личность - циклоидный вариант.....	98
1.5. Изменчивость отдельных типологических свойств нервной системы у представителей разных психотипов в конституциональном личностном континууме	100
1.6. Обоснование выделения диапазона пограничной аномальной личности в конституционально-типологическом личностном континууме.....	104

РАЗДЕЛ 2. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЗГА..... 111

2.1. Понятие “патологически измененная почва“	111
2.2. Адаптивное и отклоняющееся поведение у детей и подростков с органической недостаточностью мозга	113
2.3. Дифференциальные признаки резидуально-органической недостаточности центральной нервной системы.....	144
2.4. Отграничение психологических переживаний диапазона нормы от аномальных переживаний	147

РАЗДЕЛ 3. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ 161

3.1. Многовекторный клинический анализ токсикоманий, наркоманий и наркотизма у подростков.....	173
3.2. Оценочная шкала многовекторного клинического анализа.....	176
3.3. Особенности токсикоманического и наркоманического девиантного поведения подростков.....	190
3.4. Делинквентный стереотип поведения.....	211
3.4.1. Криминальный стереотип поведения.....	215
РАЗДЕЛ 4. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКОГО ЛИЧНОСТНОГО КОНТИНУУМА ПОДРОСТКОВ С ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЗГА.....	226
РАЗДЕЛ 5. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЗГА	248
5.1. Первичная профилактика отклоняющегося поведения.....	248
5.2. Психопрофилактика, психотерапия и психокоррекция отклоняющегося поведения у детей и подростков с органической недостаточностью мозга.....	253
5.3. Концепция сотрудничества в психологическом консультировании....	267
5.4. Принципы лечебной педагогики при нарушениях поведения у детей и подростков.....	275
5.5. Патогенетическая психотерапия.....	288
5.5.1. Теория личности по В.Н.Мясищеву.....	291
5.5.2. Концепция невроза по В.Н.Мясищеву.....	293
5.5.3. Типы невротических конфликтов	297
5.5.4. Особенности характера	299
5.5.6. Индивидуальная форма патогенетической психотерапии	304
5.5.7. Групповая форма патогенетической психотерапии.....	324
5.6. Поведенческая психотерапия детей с отклоняющимся поведением ...	348
5.7. Психобиологическая коррекция различных вариантов патологического девиантного поведения у подростков.....	357
5.8. Музыкально-оформленный аутотренинг в комплексном лечении функциональных расстройств (на модели заикания).....	375
5.9. Психологический практикум.....	381
РЕЗЮМЕ.....	390
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	392

Введение

Ежедневная психологическая и медицинская практика требует систематизации знаний о личностных аномалиях. Социальные институты любого общества либо способствуют гармонизации личности, либо усиливают конституционально-типологическую дефицитарность, повышая риск формирования личностных. Поведенческих расстройств у детей и подростков.

Попытка понять и раскрыть природу аномальной личностной изменчивости с позиций социального детерминизма потерпела неудачу. Современный постсоветский период особенно ярко демонстрирует искусственность многих научных положений о личности и нозологии, долгое время доминировавших в психологии и психиатрии.

Отклоняющееся поведение детей и подростков может рассматриваться как симптом, сигнал, признак зарождения и развития соответствующих аномальных особенностей личности, при этом отдельные поступки значимы не сами по себе, а лишь в связи с тем, какие особенности личности, тенденции их развития за ними скрываются.

Исследование конституционально-типологических личностных и поведенческих особенностей у детей и подростков с органической недостаточностью центральной нервной системы определяется необходимостью жизненных реалий в связи с увеличивающимся количеством данного контингента детей и недостаточной разработанностью данной проблемы.

Известно, что любое органическое поражение мозга приводит к снижению адаптационных механизмов организма (Гуревич, 1949; Л.С. Выготский, 1928; А.Р. Лурия, 1962; П.К. Анохин, 1968 и др.). В связи с этим возникают условия для формирования пренатального и постнатального дизонтогенеза возрастного развития (А.Н. Северцов, 1939; В.В. Ковалев, 1979).

Дизонтогенез развития вызывается как биологическими (генетическими, конституциональными и экзогенно-органическими и др.) патогенными факторами, так и неблагоприятными микросоциально-психологическими, средовыми

воздействиями, а также сочетаниями тех и других. В связи с этим, ряд авторов указывают на теснейшее переплетение симптомов психического дизонтогенеза и признаков дезадаптации, на общность биологических и социальных детерминант (Р. Innerhofer, 1974; К. Sadowsky и др., 1984; А.И. Захаров, 1966 и до.).

Одним из многих типов дизонтогенеза часто встречающихся являются асинхронии развития - количественные нарушения, связанные с темпом, сроками, своевременностью психического развития (Э. Кречмер, 1956.; И. Кон, 1967; В.В. Лебединский, 1985; А.Е. Личко, 1985). В основе патогенеза церебральных форм нарушения темпа созревания лежат отклонения в системе гипоталамус - надпочечники - половые железы (Г.И. Маркелов, 1939; Н.С. Четверикова, 1942; Э.М. Гольштейн, 1947; В.П. Кудрявцева, 1962), возникающие в период внутриутробного и/или постнатального развития. Кроме того, церебральные формы асинхроний развития - это гетерогенные по этиологии и не вполне однозначные по своим проявлениям процессы, имеющие как положительные, так и некоторые отрицательные стороны, в числе которых и сложности становления личности из-за несоответствия темпов биологического и общественного развития, отражающие весьма существенные аспекты взаимоотношений организма со средой (К.С. Лебединская, 1969; Е.Н. Хрисанфова, Н.В. Перевозчиков, 1991).

Таким образом, изначальная конституционально-типологическая недостаточность ЦНС, высшей нервной деятельности и/или личности является основой изменения онтогенеза в виде дизонтогенеза (асинхрония развития, ретардация, акселерация, диссоциированное развитие), что служит, в свою очередь, базой для формирования аномальной личностной изменчивости. Аномальная личностная изменчивости представляет ту «почву» - «патос», на которой под влиянием любых внешних неблагоприятных факторов среды обитания развиваются личностные, поведенческие и пограничные нервно-психические расстройства.

В связи с этим весьма существенным оказывается взаимодействие «реакция-почва», приобретающая патогенетическую значимость при различных ти-

пах дизонтогенеза. Г.К. Ушаков (1978) подчеркивал, что “континуум реакция - почва оказывается краеугольным камнем, который лежит в основе практически всех изменений жизнедеятельности организма”. Исследования нормы реакций на разных уровнях жизнедеятельности организма (психологическом, психофизиологическом, антропологическом) и на разных этапах постнатального онтогенеза становятся важнейшими в пограничной психологии для понимания механизмов и закономерностей трансформации психологических поведенческих реакций в конституционально-типологические реакции психогенного и эндогенного происхождения.

Реактивность организма является внутренним содержанием конституции человека, которая определяется как сочетание свойств телесности, психодинамики и иных характеристик, отражающих состояние реактивности (Б.А. Никитюк, Н.А. Корнетов, 1998). Нормальная конституция отражает реактивность организма, не выходящую за пределы физиологических состояний в обычных условиях. Если же проявления реактивности влекут за собой существенное снижение потенциала здоровья, можно говорить об уровнях конституционально-типологической аномальности в частных проявлениях конституции, с одной стороны, и крайних, экстремальных характеристик нормальной изменчивости - с другой. Отношение аномальной патологической конституции и нормальной можно охарактеризовать как отношение патологической почвы – «патос» к состоянию нормы (здоровья), в одних случаях, и болезни к состоянию нормы - в других.

В связи с этими рассуждениями изучение подростков с органической недостаточностью, дефицитарностью центральной нервной системы, иными словами, имеющих измененную реактивность мозга, неминуемо привело нас к изучению аномальной личностной изменчивости с позиций конституционального, патогенетического анализа психологических, психофизиологических, антропометрических результатов исследования. Это определило системогенетический анализ процессов развития и формулировку следующих принципов системного характера морфогенетических процессов:

1. Принцип индивидуального подхода к изучению человека.
2. Онтогенетический принцип, позволяющий определить индивидуальный возрастной уровень нервно-психического реагирования.
3. Принцип минимального обеспечения функциональных систем. Функциональная система становится “продуктивной” (обеспечивающей достижение результата и имеющей все необходимые составляющие операциональной архитектоники до того, как все ее компоненты получат окончательное структурное оформление).
4. Принцип гетерохромной закладки компонентов функциональной системы. За счет внутрисистемной гетерохронии - неодновременной закладки и разной скорости формирования различных по сложности компонентов функциональной системы (более ранняя закладка и формирование более сложных компонентов) - эти компоненты “подгоняются” к одновременному началу функционирования в рамках данной системы.
5. Принципы - альтернативы “ адаптация - дезадаптация ” и “ компенсация - декомпенсация ” дают возможность рассматривать пограничные психические расстройства в связи с их влиянием на социально-психологические функции.
6. Принцип феноменологической оценки клинически наблюдаемого признака (феномена в узком понимании). Определение психической нормы исходит из уровня адаптации, при этом степень дезадаптации коррелирует с вероятностью возникновения психических расстройств.

Закономерности пограничных психических расстройств детского и подросткового возраста обусловлены влиянием эволюционно-возрастного, онтогенетического фактора. Различают онтогенез пренатальный и постнатальный, т.е. индивидуальное развитие до и после рождения. Психическое развитие индивида, или психический онтогенез коррелирует с понятием онтогенеза высшей нервной деятельности. Наиболее интенсивный психический онтогенез приходится на детский и подростковый возраст, когда формируются как отдельные психические функции, так и личность человека.

Согласно концепции П.К. Анохина (1975), функциональная система любого поведенческого акта включает в себя, прежде всего, афферентный синтез, который программирует действие (программа действия) на основе фило- и онтогенетической памяти, эмоций, ориентировочного рефлекса, установочных афферентаций, доминирующей мотивации и обратных афферентаций. В рамках теории функциональных систем, наряду с признанием специфических характеристик ранних этапов индивидуального развития по сравнению с поздними, психофизиологами (В.Б. Швырков, 1978), физиологами (К.В. Судаков, 1979), психологами (В.Д. Шадриков, 1982) было обосновано представление о том, что системогенез имеет особое место в раннем детском и подростковом онтогенезе.

В связи с тем, что функциональные системы - это динамические, саморегулирующиеся организации, деятельность которых способствует получению жизненно важных для организма приспособительных результатов, можно полагать, что психическое появляется в индивидуальном развитии вместе с функциональными системами, соотносящими организм со средой, это согласуется с гипотезой о том, что психика индивида зарождается еще в пренатальном (внутриутробном) периоде (А.В. Брушлинский, 1977).

В рамках концепции “синхронии созревания” (Э. Кречмер, 1953), наряду с признанием того, что созревание психических функций происходит в определенном возрасте, на определенном уровне созревания, уже довольно давно доказана идея сензитивных периодов в возрастном развитии и гетерохронности созревания (Л.С. Выготский, 1936; Н. Нoff, 1956; Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова, 1998). Сущность состоит в том, что все составляющие психики при “синхронии” созревания развиваются не одновременно, но своевременно. Эта закономерность сложилась исторически и была закреплена в генетической формуле человека.

Необходимо дифференцировать физическую гетерохронность развития, т.е. разновременность созревания церебральных структур и функций (гетерохрония системогенеза по П.К. Анохину, 1975) и асинхронии развития, которые

как в количественном, так и в качественном отношении имеют специфические особенности.

По определению Э. Кречмера (1956, 1 гл.), асинхронии развития следует рассматривать как один из многих типов дизонтогенеза. Основными типами асинхроний развития считаются ретардации, акселерации, диссоциированное развитие (H. Stutte, 1969; В.А. Гурьева, В.Я. Семке, В.Я. Гиндикин, 1994). Кроме того, асинхронии развития имеют конституциональное предрасположение, семейную диэнцефальную недостаточность, которая проявляется под влиянием незначительной экзогенной вредности. При этом особенно большую физиологическую нагрузку испытывает диэнцефальная область в переходные возрастные периоды (возрастные кризисы): в первом - 2 - 4 года, во втором - 7 - 8 лет и пубертатном 11 - 16 лет.

Наблюдается определенная параллель между результатами, полученными клиницистами, и осмыслением этой проблемы психологами. Для понимания основных проблем детского и подросткового возраста представляется важным положение Л.С. Выготского (1928) о системном строении дефекта, в котором органическая недостаточность всегда реализуется в поведении ребенка как снижение его социальной адаптации. В связи с этим, согласно положению патопсихологии (Л.С. Выготский, 1983; Б.В. Зейгарник, 1969) распад психики не является негативом развития, важно помнить, что в процессе дезадаптации не просто происходит расстройство нормальных механизмов функционирования, а возникают различные новообразования, которые, с одной стороны, играют роль компенсаторных, защитных механизмов, с другой - представляют собой в ситуациях фрустрации реакции декомпенсации (Б.Д. Карвасарский, 1985).

Объективизация методов изучения субъективных, идеальных, психических явлений представляет одну из важнейших сторон диалектического единства “физическое - психическое“, “физическое - психологическое“. Человек оценивается как биопсихосоциальное существо, в котором биологическая конституциональная неполноценность опосредована социально - средовыми факторами. Поэтому объективные методы исследования непременно включают

анализ конституционально неполноценной основы как “почвы”, и тех сдвигов, которые свойственны как субъективному миру переживания человека, так и его личностным, поведенческим проявлениям, выражающимся в степени адекватного и оптимального реагирования, психологической гармонии, психофизиологической комфортности и общей продуктивности. Объективные методы позволяют определить количественные и качественные характеристики аномального реагирования, как соответствующих функциональных систем организма, так и личности.

В связи с этим особую значимость приобретает разграничение симптомов болезни, дизонтогенеза и возрастных пограничных симптомов, лежащих на стыке симптомов болезни и дизонтогенеза. С возникновением возрастных пограничных симптомов тесно связан онтогенетический уровень реагирования. Теории периодизации, или этапности индивидуального развития, а также дифференциация возрастных уровней нервно-психического реагирования у детей и подростков в ответ на те или иные вредности приобретают при этом особое дифференциально-диагностическое значение.

Идеи существования “предболезни”, “переходных” состояний между здоровьем и болезнью (П.Б. Ганнушкин, 1964; О.В. Кербиков, 1971; Ю.А. Александровский, 1976), “пограничных” состояний (Г. Е. Сухарева, 1955; Г. К. Ушаков, 1987; В. В. Ковалев, 1995), в целом указывают на существование вектора «здоровье – болезнь», являющегося основой «нозос» - генетически обусловленных заболеваний. В то же время представления о существовании индивидуально-типологических различий, развитии изменчивости конституциональных психофизиологических и психотипологических основ личности (В.Д. Небылицин, 1956; Б.М. Теплов, 1961; В.С. Мерлин, 1970), о существовании аномальной личностной изменчивости (О.А. Ахвердова, 1998) и промежуточного конституционально-континуального диапазона в виде пограничной аномальной личности (И.В. Боев, 1999), предполагают иной вектор: «норма – патология» - основу формирования которого составляет «патос», патологическая почва в виде дизонтогенеза. На основе «патос» в случае актуализации меха-

низмов конституциональной недостаточности высшей нервной деятельности и/или личности формируются патологические признаки болезни экзогенного или психогенного генеза.

С нашей точки зрения, правомерно предположить, что конституционально-типологические личностные психотипы диапазона психологической нормы-акцентуации под влиянием изменяющейся внутренней среды, детерминированной органической недостаточностью центральной нервной системы, где различные внешние факторы выполняют провоцирующую роль, скорее всего, с большей или меньшей скоростью будут совершать негативный личностно-характерологический дрейф в пределах конституционально-континуального пространства от психологической нормы до психопатии по вектору «норма – патология». Представители же изначального конституционально-континуального диапазона пограничной аномальной личности, отражая вектор «норма – патология», под влиянием патогенных внешних факторов демонстрируют актуализацию механизмов эндогенеза, что способствует условиям формирования вектора «здоровье – болезнь».

В конституционально-континуальном пространстве аномальная личностная изменчивость у обследуемых регистрируется, объективизируется психологическими, психофизиологическими, антропометрическими и клиническими методами. Психическое здоровье и психологическая гармоничность в рамках нормы обеспечиваются и поддерживаются адекватной взаимосвязью и взаимодействием личности, конституции и внешней среды (духовной, социальной, экологической). На уровне пограничной аномальной личности эта взаимосвязь проявляется в виде морфогенофенотипической дисгармонической изменчивости от слабовыраженных девиаций до грубых аномалий, как в поведенческих стереотипах, так и во всем психическом, личностном функционировании, придавая неповторимое своеобразие, присущее конкретному личностному психотипу, или же сглаживая, обедняя личностный рельеф.

Личность вообще, а пограничная аномальная личность, в частности, наиболее ярко проявляет себя в личностных, психотипологических особенностях в

индивидуальных патологических поведенческих стереотипах, высоким риском социально-психологической дезадаптации, снижении толерантности к внешним стрессорам, ограничении компенсаторных личностных и поведенческих возможностей, т.е. более узкого диапазона нормы-реакции, преимущественно зависящих от врожденных или наследственных, конституциональных психических особенностей (В.С. Мерлин, 1970; В.И. Слободчиков, 1983; Б.С. Братусь, 1988; А.В. Брушлинский, 1994; Т.Ф. Базылевич, 1994; В.Н. Дружинин, 1994; В.В. Белоус, 1995).

В этом отношении индивидуально-конституциональный подход к изменчивости личностных, психологических и психических свойств, личностной структуры составляет теоретическую основу дифференциальной психологии. Задача психологического изучения подростка состоит в том, чтобы соотносить между собой проявления «патос» в виде аномальной личностной изменчивости и «нозос» в виде нервно-психических расстройств; природное и общественное, “изучать это бытие одновременно” со стороны как его общественной сущности, так и возможности и психобиологической потенции индивида.

Мы должны рассматривать психологические переживания, формирующие стереотипы поведения, личностные установки, самосознание с позиций не только психологической нормы, но и с позиций аномальной личностной изменчивости, отражающей морфогенофенотипическую дисгармоничность, что является объектом исследования, психокоррекции, психотерапии и оказания психологической помощи клиническими психологами, психологами, психотерапевтами, детскими и подростковыми психиатрами.

РАЗДЕЛ 1. Диагностика и дифференциальная диагностика подростковых психотипов различных диапазонов аномальной личностной изменчивости

Концепции конституциональной детерминации личностных аномалий и клинического полиморфизма с позиций интегративной целостности личности не могли конкурировать или хотя бы существовать на паритетных началах с концепцией социального детерминизма из-за существовавших идеологических догматов. Практическим результатом этого положения явилась приверженность принципам нозоцентризма в ущерб антропоцентризму, когда лечили болезнь, а не больного. Индивидуальный целостный подход к пациенту лишь декларировался, хотя еще П.Б. Ганнушкин подчеркивал, что душевную болезнь, личностную патологию следует связывать с врожденной конституцией, а М.Я. Серейский считал конституцию всемогущим фактором.

Социальные, экологические факторы вступают в активное взаимодействие с той или иной выраженностью психотипологической, характерологической, личностной, конституционально обусловленной неполноценностью, дефектностью (А.Г. Ананьев, Н.И. Анцыферова, Б.Ф. Ломов, К.К. Платонов, Б.Н.Теплов, Е.В. Шорохова). В результате происходит актуализация различных конституционально-эндогенных механизмов, которые трансформируются в последующем в патогенетические механизмы эндогенеза, экзогенеза, психогенеза или их смешанные варианты. Интеллектуальные возможности, мировоззренческий и культурный уровень вносят свою коррекцию в личностные переживания и поведенческие аномальные проявления, зашторивая последние или же гротескно выставляя на показ. Однако, находясь в экстремальных, длительных противоречивых социально-экономических и политических условиях, личность все больше и больше демонстрирует конституционально-типологическую ущербность, и от степени выраженности последней зависят собственно проявления аномальной личностной изменчивости.

Именно тогда мы являемся свидетелями личностной, поведенческой, клинической конституционально-типологической континуальности, отражающей различные степени компенсации – декомпенсации, адаптации – дезадапта-

ции, высокой или низкой психической и психологической толерантности к внешним факторам. Личность в данном случае является тем базисом, на котором разворачивается конституционально-типологический континуум.

Критикуя К. Леонгарда, Ушаков Г.К. утверждал, что акцентуированность свойств характера и психопатические формы реагирования имеют “единую по радикалам, но различную по степени выраженности основу – дефицитарность соответствующих систем психики”. В связи с чем автор предлагает различные варианты личностных аномалий – без или с психопатическим или акцентуированным реагированием, а в периоды потенциальных расстройств указывать диагноз – аномалии характера (личности). Справедливо возникает вопрос, в какой степени личностные аномальные особенности провоцируют личностные и поведенческие девиации, пограничные психические и психосоматические расстройства, можно ли ограничиться лишь двумя формами личностного реагирования – акцентуированным и психопатическим.

К. Ясперс, О.В. Кербинов, Г.К. Ушаков, А.Е. Личко, В.А. Гурьева и В.Я. Гиндикин, А.Д. Зурабашвили, В.Я. Семке, Б.С. Братусь, выделяя у психопатических лиц болезненные состояния в виде – реакции, приступы, фазы, развития, указывают, что в промежутках между этими болезненными проявлениями этих лиц можно считать акцентуированными. Если представить себе, что указанные болезненные состояния отражают степень, глубину конституционально-типологической дефицитарности, то перед нами явный континуум от реакции до развития. Учитывая положение об акцентуантах, как о крайних вариантах психологической и психической нормы, мы вправе предположить, что между нормой и психопатиями располагается промежуточный диапазон аномальной личностной изменчивости, который имеет свою количественную и качественную градацию, обусловленную различной степенью конституционально-типологической недостаточности. Промежуточный диапазон пограничной аномальной личности подразумевает наличие у его представителей качественно отличных от иных конституционально-

континуальных диапазонов психологических, психофизиологических, антропологических и прочих особенностей.

1.1. Психологическая диагностика подростковых психотипов, относящихся к различным регистрам конституционально-типологического личностного континуума

Человеческая индивидуальность представляет собой продукт конкретных социальных и биологических влияний. Кардинальное отличие между этими влияниями (С. Л. Рубинштейн, Б. Н. Теплов, К. К. Платонов, А. Г. Ананьев, А. В. Брушлинский, Б. С. Братусь, Б. А. Сосновский) в том, что социальные факторы обуславливают содержательный аспект человеческой психики (интересы, убеждения, знания). Доминирующая роль среди биологических факторов в определении признаков человеческой индивидуальности принадлежит типологии. При этом, согласно Е. В. Шороховой, социальное действует на биологическое через психическое, при этом связующим звеном между социальной средой и биологической основой организма выступает личность. Именно через личность человеческий организм испытывает влияние истории, общественного, социального.

Согласно системному подходу, явление может считаться понятным, если найдена его структура. С нашей точки зрения, понятие конституции, представляющее собой совокупность устойчивых, врожденных или приобретенных признаков, наиболее соответствует попытке описания структуры. Если генотип - это сумма полученного наследственного материала предков, где один ген может обуславливать много признаков, а один признак может быть обусловлен множеством генов, то фенотип - это сумма морфологических, физиологических, поведенческих признаков человека. Это взаимодействие среды с генотипом. Поэтому в зависимости от социальных условий генотип может развиваться различными путями и формировать разные фенотипы – направления конституционально обусловленной аномальной личностной изменчивости регистров ПАЛ и психопатии. В этом случае конституцию следует понимать как сово-

купность наиболее существенных индивидуальных особенностей и свойств, закрепленных в наследственном аппарате и определяющих специфичность реакций всего организма на воздействие среды, то есть функциональное единство всех физических и физиологических свойств человеческого индивида. Если в основе общей конституции лежит весь генотип, а основу частных конституций составляют наборы определенных генов, то общая конституция - это генотип в действии (В. М. Русалов, 1979). С чем мы и имеем дело, что наглядно продемонстрировано в экспериментально- психологических результатах исследований подростков, располагающихся в различных регистрах конституционально типологического личностного континуума.

В то же время каждый конкретный фенотип представляет собой частный случай генотипов, то есть любой признак представляет собой результат взаимодействия наследственности и среды, только одни признаки определяются генами с более широкой “нормой реакции”, а другие - с более узкой “нормой реакции”. Именно поэтому пределы фенотипической изменчивости организма называют нормой реакции (В. М. Русалов, 1979). Как мы видим представители регистра психологической нормы – акцентуации отличаются более широким диапазоном нормы - реакции и более устойчивым в отношении формирования признаков аномальной личностной изменчивости, способствующей негативно-му дрейфу, по сравнению с представителями регистров ПАЛ и в особенности психопатии.

Каково соотношение в каждом поведенческом стереотипе, в каждом личностно-характерологическом признаке генетического или средового и каково их взаимодействие? Вот главный лейтмотив анализа результатов клинических, экспериментально-психологических, психофизиологических и антропологических исследований, проводимых кафедрой клинической психологии СГУ и кафедрой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФПО, Клиникой пограничных состояний СГМА. Фенотипическая изменчивость акцентуаций характера проявляется в качественном усложнении личностно-характерологических признаков акцентуантов и количественном их увеличении, что обуслав-

ливают изменение стереотипа поведения от социально приемлемого до патологического, лишь в случае длительных неблагоприятных социальных факторов и условий, обращенных к месту наименьшего конституционально типологического сопротивления. Фенотипическая изменчивость личностно-характерологических особенностей подростков проявляется в их дрейфе от акцентуации до конституционально типологического регистра ПАЛ с соответствующими переживаниями, характерными для аномальной личностной изменчивости. Однако этот дрейф ограничен определенными биологическими и психологическими возможностями личности.

Одна категория подростков достаточно легко дрейфует из границ акцентуаций характера в полосу пограничной аномальной личности и далее к патологической психопатической личности. Другая категория подростков характеризуется тем, что этот дрейф ограничивается личностно-характерологическими проявлениями на уровне акцентуаций, которые могут осложниться формированием аномального стереотипа поведения - токсикоманического и/или делинквентного. При адекватных мерах воспитательного, психологического характера удается нивелировать формирование аномального стереотипа поведения, за счет коррекции нарастающих признаков аномальной личностной изменчивости, т.е. апелляция к личности по В.Н. Мясищеву оказывается прогностически наиболее благоприятной.

Следовательно, в самой личностно-характерологической структуре подростка имеется биологическая основа, препятствующая более глубокой фенотипической личностно-характерологической и поведенческой изменчивости. В другом случае такой биологической основы нет, что позволяет наблюдать достаточно широкий дрейф личностно-характерологической и поведенческой фенотипической изменчивости.

Существуют типологические личностно-характерологические особенности подростков, для которых социальные средовые факторы являются, своего рода, катализатором, приводящим к быстрому во временном интервале перио-

ду формирования или пограничной личностной аномальной структуры или патологической психопатической личностной структуры.

В связи с этим можно говорить о существенно качественном и количественном различии между личностно-характерологической структурой акцентуантов и подростков с конституционально типологическими личностными проявлениями ПАЛ. Для того чтобы у подростков с акцентуациями характера сформировать устойчивый аномальный стереотип поведения (токсикоманический или делинквентный), требуется длительное по времени и специфическое воздействие социальных факторов, адресованное месту наименьшего личностно-характерологического и психотипологического сопротивления. Если воздействие социальных факторов будет недостаточным по времени, а тем более не будет адресованным месту наименьшего сопротивления, то личность подростка сможет проявить высокую толерантность, устойчивость к деструктивным социальным факторам, что мы и наблюдаем у акцентуантов.

Эпилептоидный психотип не удалось достоверно дискриминировать в конституционально типологическом континууме, т.к. у эпилептоидных акцентуантов и представителей ПАЛ эпилептоидного типа слишком много общих характеристик, что указывает на легкость трансформации личностно-характерологических особенностей эпилептоидных акцентуантов в сторону диагностического диапазона ПАЛ в условиях соответствующей социальной среды. Очевидно, что часто наблюдаемая у эпилептоидных психотипов интоксикация мозга наркотическими и токсическими веществами способствует качественному и количественному изменению конституционально типологических особенностей подростков, что затрудняет проведение дискриминации между эпилептоидной акцентуацией и эпилептоидным психотипом ПАЛ.

Весьма вероятно, что препятствием для дифференциальной диагностики служат признаки органической недостаточности мозга, наличие которых у эпилептоидного психотипа всегда подразумевает формирование патологического девиантного поведения (делинквентного – криминального, токсикоманического). Кроме того, если у эпилептоидного типа регистра психопатии наблюдаются

ся признаки криминального стереотипа поведения, то они практически всегда сочетаются со злоупотреблением алкоголя, токсических, наркотических веществ, что существенно затрудняет проведение дифференциальной диагностики.

В качестве примера приведем гистограмму, которая демонстрирует сложность проведения дифференциальной диагностики между акцентуантами эпилептоидного типа и представителями ПАЛ эпилептоидного типа.

Гистограмма №1

Визуализация центра проекций сравниваемых групп подростков эпилептоидного типа регистра акцентуаций и ПАЛ в трехмерное пространство.



Квадрат Махаланобиса (расстояние между центрами проекций психологических параметров сравниваемых групп на дискриминантную плоскость) равен 4 усл.ед., а процент ошибок достигает 67%, что не позволяет провести достоверного разграничения между сравниваемыми группами.

Провести дифференциацию между акцентуантами **эпилептоидного и истероидного типов** регистра психологической нормы – акцентуации с социально приемлемыми стереотипами поведения и представителями конституционального регистра ПАЛ с делинквентным и токсикоманическим стереотипами поведения также не представилось возможным из-за высокого процента ошибок в диагностике. Этот факт говорит о том, что конституционально типологическая изменчивость эпилептоидного и истероидного психотипов достаточно

высока и подвижна, а, следовательно, детерминирована преимущественно конституционально-типологическими факторами. В зависимости от благоприятных или неблагоприятных социальных условий существования, в частности, среды воспитания, экологической среды обитания возможно усиление конституционально-психологических, конституционально-характерологических особенностей подростков до уровня регистра ПАЛ, но возможен и обратный процесс нивелировки конституционально-типологической недостаточности особенностей подростков до уровня банальных акцентуаций характера.

Полученные результаты дают основание предположить, что шизоидные и циклоидные акцентуанты, находясь в асоциальной среде, способствующей алкоголизации, достаточно быстро трансформируются до уровня ПАЛ соответствующих психотипов. Происходит накопление и качественное искажение конституционально-типологических, характерологических, личностных, психологических особенностей до степени выраженности, свойственной конституционально-континуальному регистру ПАЛ. Именно в тенденции к негативному дрейфу и проявляется их большая фенотипическая психотипологическая изменчивость под влиянием социально-бытовых и экологических факторов по сравнению с эпилептоидными и истероидными акцентуантами.

Таким образом, можно с уверенностью говорить о существовании конституционально обусловленной изменчивости в виде психотипологических, характерологических, личностных особенностей, свойственных представителям конституционально-типологического континуума различных психотипов: шизоидная акцентуация - ПАЛ шизоидного типа; циклоидная акцентуация - ПАЛ циклоидного типа. Данный континуум устойчиво регистрируется психологическими методами и не зависит, осложняется ли ПАЛ шизоидного или циклоидного психотипов криминальным стереотипом поведения и/или злоупотреблением наркотических и токсических веществ. Если формируется негативный личностно-характерологический дрейф психотипологических особенностей подростков из диапазона нормы в сторону диапазона ПАЛ или в сторону диапазона психопатии, то в большинстве случаев дрейф осложняется при-

знаками аномальной личностной изменчивости в виде двух направлений – криминальный стереотип поведения, переход к злоупотреблению токсическими и/или наркотическими веществами.

Следовательно, результаты настоящих исследований подтверждают существование различных психотипов, располагающихся в одном из диагностических регистров конституционально типологического личностного континуума, а также возможность проведения высоко достоверной дифференциально-диагностической процедуры, позволяющей дискриминировать не только различных представителей регистра психопатии между собой, но и дифференциации психотипов внутри одного конституционального типа психопатии - только шизоидного или циклоидного, или истероидного. Подобное возможно сделать лишь в том случае, если принципиально возможен негативный дрейф аномальной личностной изменчивости от регистра нормы к регистрам ПАЛ и психопатии, сопровождающейся отягощенностью конституциональных психопатий криминогенным стереотипом поведения или политоксикоманиями и/или наркоманиями.

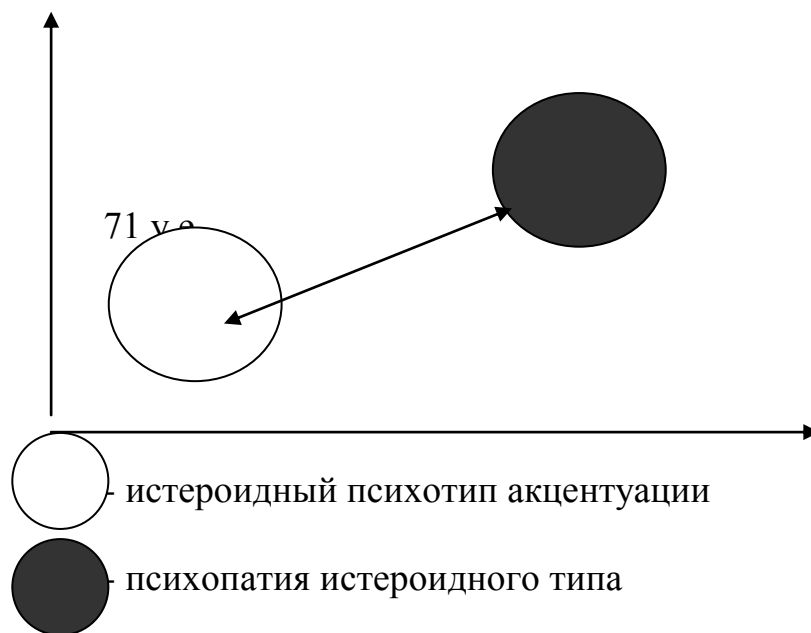
Эпилептоидный тип конституциональной психопатии невозможно дифференцировать внутри психопатического регистра, что, очевидно, обусловлено нарастанием признаков органической недостаточности мозга, сочетающейся с криминальным и наркоманическим стереотипами поведения, которые неотделимы от эпилептоидного типа психопатического конституционального регистра. Вероятнее всего, если у эпилептоидного типа психопатии формируется преимущественно криминальный стереотип поведения, то он всегда сочетается со злоупотреблением токсическими и наркотическими веществами, достигающими клинических признаков наркомании. В такой же степени все происходит и наоборот. Только у представителей шизоидного, циклоидного и истероидного конституциональных типов психопатии возможна аномальная личностная изменчивость с преимущественным отягощением либо криминальным стереотипом поведения, либо злоупотреблениям токсическими и наркотическими

веществами вплоть до донозологической принадлежности в виде наркомании или политоксикомании.

В качестве примера приводим результаты психолого-математического дискриминантного анализа истероидного психотипа диапазона норма-акцентуация и диапазона психопатии.

Гистограмма №2

Визуализация результатов психологического обследования двух групп подростков с истероидным типом акцентуации и психопатией истероидного типа.



Высочайшую достоверность различий сравниваемых групп подтверждает значение квадрата Махаланобиса, равное 71 усл.ед., и отсутствие процента ошибок в обеих группах, что подчеркивает пространственное расположение представителей истероидного психотипа на разных полюсах конституционально-типологического континуума.

Нельзя не отметить того факта, что в случае дискриминации различных психотипов конституционально типологического регистра акцентуаций характера от конституционально обусловленного психопатического регистра, также удастся получить высокодостоверные результаты между всеми психотипами разных регистров: шизоидный акцентуант – шизоидный тип психопатии, циклоидный акцентуант – циклоидный тип психопатии, истероидный акцентуант –

истероидный тип психопатии. При этом все представители психопатического регистра отличались выраженной отягощенностью криминального стереотипа поведения. И опять-таки эпилептоидный психотип не удается дискриминировать, так как у эпилептоидных акцентуантов и у лиц с эпилептоидным типом психопатии оказывается много общих конституционально типологических личностных, характерологических, психологических и биологических характеристик, что предполагает достаточно высокую вероятность конституционально типологической аномальной личностной изменчивости в виде негативного дрейфа, т.е. трансформации эпилептоидных черт регистра акцентуации в эпилептоидные черты психопатического регистра в неблагоприятных микро- и макросоциальных условиях среды обитания.

Попытка дискриминировать психологическими методами эпилептоидных и истероидных акцентуантов от эпилептоидных и истероидных представителей ПАЛ, осложненных формированием токсикоманического стереотипа поведения (донозологический этап - наркотизация) не увенчалась успехом. В то же время шизоидных и циклоидных акцентуантов с помощью психолого-математических методов дифференциальной диагностики можно с высокой степенью достоверности дискриминировать от подростков с аналогичным психотипом регистров нормы - ПАЛ, осложненных токсикоманическим стереотипом поведения. Подобная закономерность, обнаруженная у эпилептоидных и истероидных психотипов, позволяет предполагать существование общего психобиологического места наименьшего сопротивления, что особенно наглядно проявляется даже при слабых признаках интоксикации токсическими и наркотическими веществами.

Аналогичная картина наблюдается и в условиях неблагоприятных микро- и макросоциальных воздействиях на эпилептоидных и истероидных акцентуантов. Если последние попадают в асоциальную среду, то они достаточно легко усваивают ее нравы, обычаи, как бы “срастаются” с новой делинквентной (криминальной) или иной субкультурой. В отличие от шизоидных и циклоид-

ных акцентуантов, которые с большим успехом могут противостоять делинквентной субкультуре асоциальной среды.

Что же касается дискриминации представителей ПАЛ с признаками делинквентного стереотипа поведения, от психопатии, осложненной криминальным стереотипом поведения, то лишь циклоидному психотипу удастся более длительно выдерживать деструктивное влияние асоциальной криминальной субкультуры, что отражается в высоко достоверных результатах дискриминации. Все остальные психотипы (шизоидный, эпилептоидный, истероидный) как конституционально континуального регистра ПАЛ, так и регистра психопатии, находясь в асоциальной криминальной среде, в большей или меньшей степени “сливаются” с последней, что препятствует достоверной дискриминации указанных психотипов ПАЛ с делинквентным стереотипом поведения и представителями конституциональной психопатии с криминальным стереотипом поведения.

Психолого-математическая дифференциация шизоидного психотипа подростка в конституционально-типологическом континууме диапазона нормы – акцентуации и ПАЛ позволила обнаружить взаимосочетание маркеров, участвующих в дифференциации нормы – от ПАЛ. Акцентуантов – шизоидов от подростков шизоидного типа ПАЛ отличают:

- психологическая склонность к делинквентности;
- индекс В –27%;
- показатель откровенности –14;
- показатель диссимуляции – 8%;
- уровень невротизации – 10,2%;

Удельный вес психологических маркеров говорит об их вкладе в дифференциальную диагностику шизоидов нормы и ПАЛ. Обращает на себя внимание высокое значение показателя минимальной мозговой недостаточности, который обычно характерен больше для эпилептоидного психотипа подростка. Тем не менее, мы подчеркивали в главе по девиантному поведению, что экологические факторы и наркотики, типа героина и кокаина поступают в Южный регион со

значительными химическими примесями. Последнее, на наш взгляд и обуславливает столь высокий индекс В. Таким образом, среди представителей шизоидного типа ПАЛ выражена деленквентность, невротические расстройства, усугубляющиеся за счет минимальной мозговой недостаточности и личностно-характерологической реакции диссимуляции.

Психолого-математическая дифференциальная диагностика подростка шизоидного психотипа диапазона нормы – акцентуации и шизоидного психотипа ПАЛ, осложненной токсикоманическим стереотипом девиантного поведения, позволила выделить следующие взаимосочетания психологических маркеров дифференциации с конкретным удельным весом:

- показатель реакции эмансипации – 48%;
- показатель психологической склонности к алкоголизации – 38,3%;
- показатель психологической склонности к делинквентности – 12%;

Таким образом, у шизоидного психотипа ПАЛ формирование токсикоманического стереотипа поведения происходит на фоне реакции эмансипации, которых, естественно, не стоит игнорировать ни родителям, ни психологам, ни врачам. Подобное взаимосочетание маркеров характерно только для шизоидного психотипа.

Психолого-математический анализ подростков с психопатией шизоидного типа, с криминальным стереотипом поведения и психопатией шизоидного типа, с признаками злоупотребления наркотическими и токсическими веществами обнаружил в качестве маркера дифференциации показатель склонности к откровенности, удельный вес которого составляет 29%. Склонность к откровенности, вероятнее всего, подчеркивает открытое пренебрежение, игнорирование подростками правил социального общежития. Учитывая высокую достоверность результатов исследования следует обратить пристальное внимание в процессе психокоррекции и психотерапии именно на уровень откровенности.

В тоже время, сравнительный психолого-математический анализ подростков шизоидного психотипа диапазона нормы – акцентуации с диапазоном психопатии шизоидного типа, осложненной криминальным поведением, обна-

ружил следующие взаимосочетания психологических маркеров, участвующих в дискриминации сравниваемых групп:

- показатель органической недостаточности мозга – 44,6%;
- показатель психологической склонности к делинквентности – 33,3%;
- показатель шкалы невротизации – 9,4%;
- показатель шкалы психопатизации – 5,4%.

Таким образом, представители шизодного типа диапазона психопатии с криминальным стереотипом поведения отличаются отчетливо выраженными признаками органической недостаточности мозга на фоне которой значительно легче развивается делинквентность, сочетающаяся с психопатическим стилем поведения и заметными невротическими расстройствами.

По всей вероятности органическая недостаточность мозга у подростков шизоидного психотипа являются условием для формирования новой патодинамической организации из измененных отделов ЦНС. Сформированная патологическая система мозга обладает биологически отрицательной направленностью, как для мозга, так и для организма в целом. В случае психопатии патологическая система представляет собой эндогенный механизм деструктивного формирования патологического процесса и патофизиологической основы в виде нейропатологического синдрома, что требует профессиональной компетенции, прежде всего психиатров и клинических психологов.

Сравнительный психолого-математический анализ подростков с шизоидной акцентуацией из психопатии шизоидного типа, осложненной политоксикоманией и наркоманией, позволил выделить следующие маркеры дифференциации:

- показатель органической недостаточности мозга – 28,1%;
- показатель реакции эмансипации – 43,2%;
- показатель психологической склонности к алкоголизации – 49,2%;
- показатель психологической склонности к делинквентности – 14,1%.

Мы видим, сколь велика дистанция между диапазоном акцентуации и психопатией. Однако, объединяющим моментом для формирования токсико-

манического стереотипа поведения в рамках психопатии являются эмансипационные тенденции со склонностью к употреблению наркотиков и алкоголя, опять-таки, на фоне органической недостаточности мозга. Психодиагностика также как психопатологические исследования и феноменологические описания указывают на сочетание перечисленных маркеров со склонностью к делинквентности при преимущественной направленности девиантного поведения на злоупотребление наркотиков и алкоголя.

Сравнительный психолого-математический анализ акцентуантов циклоидного типа и подростков циклоидного типа диапазона ПАЛ с делинквентным стереотипом поведения выявил следующее взаимосочетание маркеров, которые участвуют в дискриминации сравниваемых групп:

- показатель мужественности – 17,3 %
- показатель психологической склонности к делинквентности – 15,4 %
- показатель психологической склонности к алкоголизации – 11,4 %
- склонность к эмансипации – 7,1%.

Подобное взаимосочетание маркеров дифференциации сравниваемых групп указывает, что склонность к делинквентности у представителей циклоидного психотипа всегда сочетается со склонностью к алкоголизации, которое формируется на фоне демонстрации мужского стиля поведения и эмансипационных реакций. Таким образом циклоиды ПАЛ с делинквентным стереотипом поведения с высокой степенью достоверности обнаруживаются при сплошных психологических обследованиях среди общей популяции подростков, принадлежащих к диапазону нормы – акцентуации. Сравнительный психолого-математический анализ циклоидных акцентуантов и циклоидного психотипа регистра психопатии с криминальным стереотипом поведения обнаружил иное взаимосочетание психологических маркеров, дискриминирующих сравниваемые группы:

- показатель склонности к эмансипации – 6%
- показатель психологической склонности к алкоголизации – 9 %
- показатель шкалы мужественности – 24%

- показатель шкалы психопатизации – 11,4%

И в этом случае выявляется сочетание мужского стиля поведения с эмансипационными реакциями, которые характерны для циклоидов. Указанное взаимосочетание, характерное для подростков диапазона психопатии детерминирует психопатическое поведение с употреблением алкоголя. Маркеры дифференциации у представителей циклоидного психотипа и шизоидного психотипа существенно различаются друг от друга, подтверждая достоверные различия между конституционально-типологическими и психотипологическими характеристиками циклоидов, местом расположения которых является конституционально-типологический континуум от психологической нормы – акцентуации до психопатии.

Психолого-математический анализ циклоидных акцентуантов и циклоидов ПАЛ с токсиманическим стереотипом поведения также обнаружил взаимосочетание маркеров, которые позволяют разграничить сравниваемые психотипы различных диапазонов конституционально-континуального пространства:

- психологическая склонность к алкоголизации – 150%
- показатель мужественности – 8%
- уровень невротизации - 6,6 %

В этом случае токсиманический стереотип поведения формируется на утрированном мужском стиле поведения, что сопровождается значительными невротическими переживаниями. Таким образом циклоиды ПАЛ с токсиманическим стереотипом поведения на высококостоверном уровне отличаются от представителей нормы – акцентуации.

Сравнительный психолого-математический анализ циклоидов ПАЛ с делинквентным стереотипом поведения у подростков с психопатией циклоидного типа, с криминальным стереотипом поведения подтверждает высокую степень достоверности различий и указывает на принципиально иное взаимосочетание маркеров дискриминации:

- признаки органической недостаточности мозга – 40%
- психологическая склонность к алкоголизации – 17%

- показатель мужественности – 10%
- показатель урояня психопатиции – 21%.

В данном случае патопластической основой трансформации делинквентного стереотипа поведения циклоидов ПАЛ криминальный стереотип поведения диапазона психопатии служит органическая недостаточность мозга и утрированно мужской стиль поведения, являющиеся основой психопатического состояния, которое, с нашей точки зрения, смягчается алкоголизацией. Таким образом циклоидный психотип ПАЛ достоверно дифференцируется в конституционально-континуальном пространстве не только с диапазоном нормы, но и с диапазоном психопатии.

Психолого-математический анализ сравнения представителей ПАЛ с шизоидным, эпилептоидным, истероидным психотипом и с делинквентным стереотипом поведения с группами аналогичных конституционально континуального регистра психопатии, но с криминальным стереотипом поведения, не привели к построению дифференциально диагностических шкал и желаемой дискриминации. Очевидно, у шизоидных, эпилептоидных и истероидных психотипов ПАЛ с делинквентным стереотипом поведения быстро происходит заострение характерологических психологических особенностей до уровня конституционально континуального регистра психопатий в ассоциальной среде. Правомерно предположить вероятность того, что подростков с циклоидным психотипом регистра ПАЛ и с признаками делинквентного стереотипа поведения можно «сохранить» и добиться позитивного конституционально типологического дрейфа в континуальном пространстве, т.е. редукции нежелательных характерологических и психологических и личностных свойств в отличии от остальных психотипов.

Сравнительный психолого-математический анализ психопатии циклоидного типа с криминальным стереотипом поведения и психопатии циклоидного типа со злоупотреблением токсическими, наркотическими веществами и алкоголем выявил следующее взаимосочетние маркеров, участвующих в дискриминации:

- показатель психологической склонности к делинквентности - 53,3 %;
- показатель склонности к эмансипации - 14 %;
- показатель психологической склонности к алкоголизации - 9 %;
- показатель шкалы мужественности - 16,6 %;
- показатель шкалы психопатизации - 5,1 %.

Таким образом между аномальной циклоидной личностной изменчивостью конституционально континуального пространства психопатии служит утрированно мужской тип поведения в сочетании с эмансипационными реакциями, которые раскрывают психопатизацию личности с преобладающей склонностью либо к криминальному стереотипу поведения, либо к стереотипу злоупотребления наркотиками, токсическими веществами, алкоголем. Полученные результаты дискриминации отличаются на уровне достоверности.

Сравнительный психолого-математический анализ циклоидных акцентуантов и представителей психопатии циклоидного типа, осложненных злоупотреблениями наркотиками, токсическими веществами и алкоголем, вплоть до нозологического диагноза – наркомании и токсикомании обнаружил принципиально иное взаимосочетание маркеров дискриминации:

- показатель психологической склонности к алкоголизации - 95,7%;
- показатель психологической склонности к делинквентности - 60%;
- показатель шкалы феминизации - 11,2%.

Следовательно дифференциальная диагностика нормы от психопатии подростков циклоидного психотипа заключается в нарастании показателей феминизации, на фоне которого развивается наркомания у представителей диапазона психопатии. Интересно, что нарастающие проявления феминизации высоко достоверно коррелируют со склонностью к формированию алкоголизма и наркомании и токсикомании у подростков диапазона психопатий конституционально-континуального пространства.

Сравнительный психолого-математический анализ подростков истероидного психотипа диапазона психопатий, осложненной криминальным стереотипом поведения от представителей истероидного типа психопатии, осложнен-

ной злоупотреблением наркотиками, токсическими веществами и алкоголем вплоть до формирования нозологического диагноза – наркомания, токсикомания, обнаружил следующее взаимосочетание маркеров дифференциальной диагностики:

- показатель шкалы мужественности - 31 %;
- показатель шкалы женственности - 8 %;
- показатель шкалы психопатизации - 89,4.

Таким образом, гипертрофия признаков мужского стиля поведения в сочетании с умеренно выраженной долей женственности способствовала становлению психопатии у представителей истероидного типа. Клинические психологи, учителя, врачи не должны игнорировать у подростков истероидного типа проявления утрированного, гипертрофированного мужского стиля поведения.

Сравнительный психолого-математический анализ подростков с истероидной акцентуацией и с психопатией, осложненной криминальным стереотипом поведения выявил иное взаимосочетание маркеров дифференциальной диагностики:

- показатель органической недостаточности мозга - 7,8 %;
- показатель склонности к эмансипации - 12 %;
- показатель психологической склонности к алкоголизации - 9,7 %;
- показатель психологической склонности к делинквентности - 43,5 %;
- показатель шкалы мужественности - 30 %;
- показатель шкалы психопатизации - 30,5 %.

Обращает на себя внимание заметные признаки органической недостаточности мозга на фоне гипертрофированного мужского стиля поведения, сопровождающегося реакциями эмансипации, психопатического поведения и выраженных признаков криминального стереотипа поведения (склонность к делинквентности и алкоголизации).

С позиций системного континуально-генетического подхода (А. В. Брушлинский, 1996) концепция психического как процесса создает необходи-

мые методологические предпосылки “для изучения преемственности, непрерывности, недизъюнктивности, характеризующих самое возникновение психического в ходе онтогенеза”. Преемственность в возникновении психического обеспечивается не только специфическими исходными, первичными внешними воздействиями на индивида, но и адекватными им внутренними условиями (задатками, способностями). Поэтому психическое относится к числу живых процессов, что существенно отличает его от неживых (физических, химических). Среди живых процессов психическое отличается своей динамичностью, непрерывной подвижностью и изменчивостью, “необходимо и всегда переходящей в развитие”. Другой вопрос, будем ли мы наблюдать негативный конституционально типологический личностный дрейф от нормы к аномалии или же мы будем свидетелями позитивного дрейфа от аномалии к норме, когда социальными, психологическими и биологическими факторами укрепляется, восстанавливается конституционально типологическая недостаточность.

Теория психического как процесса, идущая от идей С.Л. Рубинштейна, вскрывает органическую взаимосвязь его с продуктами, возникающими на предыдущих стадиях процесса, которые становятся необходимыми внутренними условиями для возникновения последующих стадий. Следует подчеркнуть, что психические образования, продукты не существуют сами по себе. Только в психическом как процессе создаются необходимые детерминанты его протекания. И только лишь “самые первые внешние воздействия (на новорожденного) и наследственные задатки предшествуют возникновению процесса и затем изменяются в нем”.

В непрерывном взаимодействии социального и биологического, возникают новые и не всегда желательные и прогнозируемые продукты – аномальная личностная изменчивость, средства и способы осуществления процессов, составляющие их новые внутренние условия – девиантные стереотипы поведения. Постоянная неразрывная взаимосвязь процесса и продукта характеризует психическую регуляцию любого человеческого действия и поступка в ходе психического развития. Личность, достигшая определенных высот в асоциаль-

ной среде, также претерпевает пусть негативное, с точки зрения общества, но, тем не менее, развитие.

Согласно концепции А.В. Брушлинского, наиболее значительные результаты деятельности воплощаются не только в порожденных им объектах, но и в нем самом, что мы наблюдаем на примере представителей различных конституционально континуальных регистров. Это представляет собой основу действительного психического развития, то есть “развитие характера и способностей человека выступают одновременно и как продукт предшествующей деятельности, и как внутреннее условие последующей, более сложной деятельности. В этом и состоит преемственность, непрерывность психического”. Результаты настоящих экспериментально-психологических исследований являются надежным научно-практическим подтверждением концепции С.Л. Рубинштейна, его учеников, последователей и соратников.

В процессе континуума от акцентуаций характера до конституционально типологического регистра ПАЛ мы видим, как личностно-характерологические черты и поведенческие стереотипы выступают и в виде продукта предшествующих стадий процесса и в виде тех внутренних условий, без которых невозможно дальнейшее личностно-характерологическое деструктивное или позитивное развитие субъекта.

1.2. Диагностика конституционально-типологической личностной изменчивости у подростков на психофизиологическом уровне

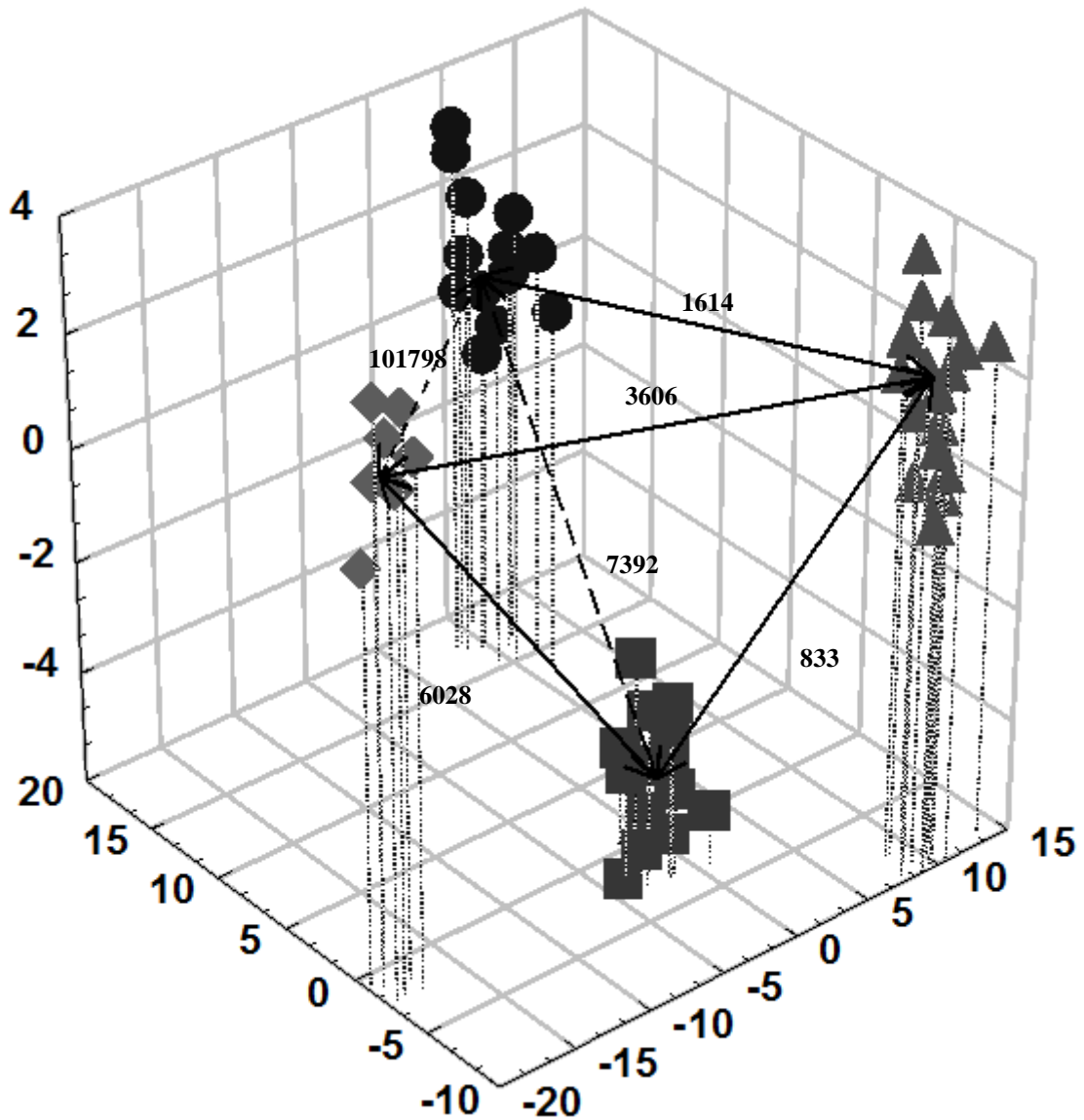
Полученное в психофизиологическом эксперименте распределение подростковых психотипов внутри диапазонов конституционально-типологического личностного континуума оказалось следующим: циклоидный психотип – 12-21% (в среднем 17%), эпилептоидный психотип – 28-36% (в среднем – 33%), истероидный психотип – 16-17% (в среднем 16%), шизоидный психотип – 29-36% (в среднем 34%). Подобное распределение психотипов согласуется с имеющимися литературными данными для подросткового возраста [А.Е. Личко, 1983; И.В. Боев, 1984], что свидетельствует о репрезентативности настоящей

выборки. Сведения, характеризующие распределение базисных психотипов у взрослых, в имеющихся литературных источниках отсутствуют. По-видимому, это обусловлено формированием «амальгамных» психотипов «как следствие напластования черт одного типа на эндогенное ядро другого в силу неправильного воспитания или иных длительно действующих неблагоприятных психогенных факторов, а также вследствие развития гиперкомпенсаторных и псевдокомпенсаторных механизмов» [И.Н. Боброва, Н.К. Шубина, 1980, цит. по А.Е. Личко, 1983].

Многомерный дискриминантный анализ трех субпопуляций обследуемых, представляющих собой различные диагностические диапазоны конституционально-типологического личностного континуума подростков, позволил подтвердить справедливость выделения конституционально-континуального пространства с диапазоном пограничной аномальной личности [О.А. Ахвердова, 1998; И.В. Боев, 1999], а также зарегистрировать характерные для него проявления конституциональной психофизиологической изменчивости. При этом удалось определить месторасположение психофизиологических характеристик пограничной аномальной личности между психологической нормой и патологической психической конституцией.

Диаграмма 1.

Расположение базисных подростковых психотипов диапазона психологической (психической) нормы в конституционально-континуальном пространстве (результаты психофизиологических исследований)



- Циклотимики
- Эпилептотимики
- ◆ Истеротимики
- ▲ Шизотимики

Для диагностического диапазона **психологической (психической) нормы** значения квадрата Махаланобиса, характеризующего расстояние между центрами проекций сравниваемых групп на дискриминантную плоскость, крайне высоки, что свидетельствует о принципиальных качественных различиях в особенностях функционирования аномальных точек кожи у представителей циклоидного, эпилептоидного, истероидного и шизоидного психотипов данного диапазона. На диаграмме достаточно отчетливо продемонстрировано расстояние между изучаемыми психотипами в трехмерном пространстве, что позволяет утверждать о высокой достоверности полученных результатов, от-

ражающих, с одной стороны, самостоятельность каждого психотипа, а с другой стороны, наличие психофизиологических маркеров, позволяющих дифференцировать при сплошном обследовании подростков – представителей одного психотипа от другого в рамках психологической, психической нормы – акцентуации.

Кластерный анализ психофизиологических характеристик группы подростков диапазона психологической нормы позволил выделить следующие группы. 1 группа объединила лиц с преобладанием (тенденцией к преобладанию) лабильности нейрофизиологических процессов, чье поведение, типы реакций достаточно легко изменяются под воздействием экзогенных факторов, но так же быстро могут возвращаться в условно-стабильное, конституционально обусловленное состояние. Кроме этого, нашла психофизиологическое подтверждение гипотеза о смешанных конституциональных «ядрах» [П.Б. Ганнушкин, 1984; О.В. Кербиков; Г.К. Ушаков, 1990] – шизоистероидных, истероэпилептоидных и шизоэпилептоидных.

2 группа объединила в себе подростков с "тормозимым" типом «замыкающей деятельности» [А.Г. Иванов – Смоленский, 1968], клинически проявляющемся в тенденции к меланхоличности, повышенной впечатлительности, что характерно как для шизоидного, так и для циклоидного психотипов, а также для смешанных вариантов с преобладанием отрицательного, астенодистимического компонента.

Следующая, 3-я группа подростков-акцентуантов, включила в себя большую часть эпилептоидов, противопоставив их истероидам, и небольшое количество шизоидов. Выделение данного кластера, вероятнее всего, может быть объяснено преобладанием или тенденцией к преобладанию у данной группы обследованных «инертного», ригидного типа протекания психофизиологических процессов в центральной нервной системе [И.П. Павлов, 1951; А.Г. Иванов – Смоленский, 1968].

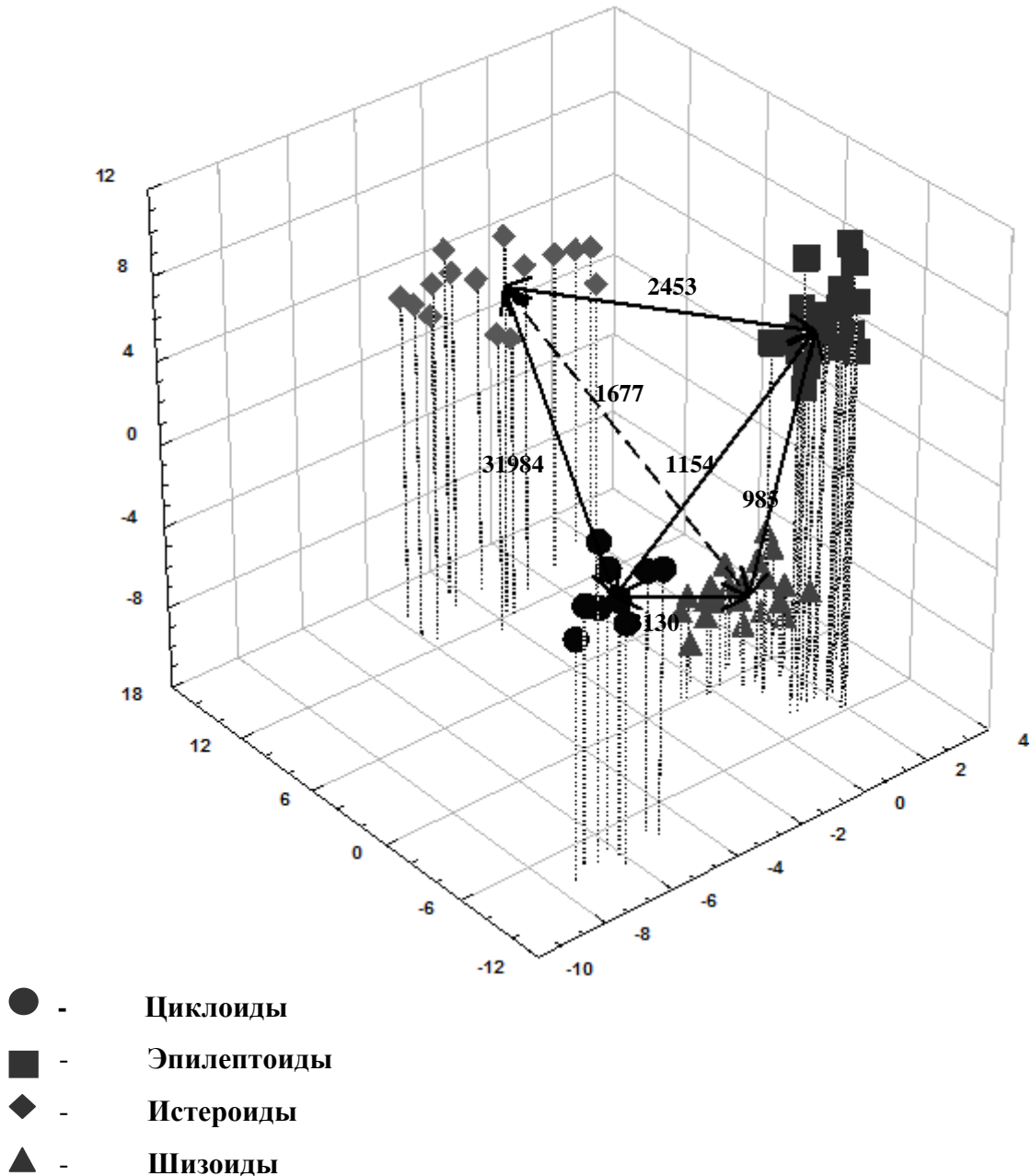
Наименьшая по количеству вошедших в нее наблюдений 4-я группа представлена исключительно подростками, чьи личностно-типологические ха-

раактеристики относятся к стеническим проявлениям циклоидного психотипа, соответствуя клиническим, психологическим и патопсихологическим представлениям [П.Б. Ганнушкин, 1933, С.Д. Озерцовский, 1974] о том, что для циклоидного психотипа характерно наличие двух полюсов психического, психологического состояния – дистимного (астенического) и гипертимного (стенического), образовавшего описываемую группу.

Таким образом, подытоживая данные кластеризации группы подростков регистра психологической нормы-акцентуации на основании описываемых психофизиологических характеристик, с высокой долей вероятности можно утверждать, что истероидный и циклоидный психотипы у акцентуантов являются более однородными и менее вариабельными, что ограничивает широту диапазона адаптации в социальной среде, в отличие от шизоидного и эпилептоидного характерологических типов, которым свойственен больший полиморфизм, мозаичность, наконец, тенденция к сочетанию в одной личности характерологических черт, присущих в той или иной степени различным конституциональным психотипам. Тем не менее, мозаичность психотипов у акцентуантов подразумевает преобладание одного из конституциональных ядер, в отличие от представителей конституционально-континуального диапазона психопатий. Подобные, конституционально-обусловленные психотипологические взаимоотношения, предрасполагают к более широкому диапазону социально-психологической адаптации, более высокой толерантности к экзогенным факторам, наконец, большую надежность функционирования индивидуального барьера психической и психологической адаптации, чем у акцентуантов-истероидов и циклоидов.

Диаграмма 2.

Расположение подростковых психотипов диапазона пограничной аномальной личности в конституционально-континуальном пространстве (результаты психофизиологических исследований)



По результатам сравнительных психофизиологических исследований подростковых психотипов диапазона **пограничной аномальной личности** они также оказались удалены друг от друга в трехмерном пространстве на значительное расстояние, что иллюстрируют соответствующие значения квадрата Махаланобиса (Диаграмма 2). Конституционно-континуальный диапазон ПАЛ отражает определенную тенденцию сближения двух психотипов – шизоидов и циклоидов, по сравнению с остальными психотипами, что, вероятнее всего, указывает на сближение конституционно-типологических ядер личностных психотипов по мере продвижения по конституционно-

типологическому континууму от нормы до психопатии. Однако, в диапазоне ПАЛ отражается сближение только двух личностных радикалов – шизоидов и циклоидов. Подобное сближение подчеркивает близость конституционально-типологических механизмов личностной недостаточности. В этой связи нельзя не вспомнить клинические наблюдения немецкой клинической школы конца XIX века и русской клинической школы начала XX века, подчеркивающие личностную и характерологическую близость шизоидных и циклоидных черт у родственников больных, страдающих шизофренией и различными вариантами периодического психоза. Более того, концепция личностной дегенерации в определенном смысле подтверждается нашими исследованиями (С.В. Золотарев, 1999; И.В. Белашева, 1999; А.В. Кочергина, 2000; В.И. Кривоконь, 1999).

Обращает на себя внимание тот факт, что психофизиологические показатели в случае ПАЛ на порядок ниже, нежели в группе акцентуантов, за исключением эпилептоидного и шизоидного психотипов, для которых квадрат Махаланобиса незначительно увеличился. По-видимому, нарастание детерминированности способов реагирования в зависимости от конституционально обусловленных характеристик гомеостаза и приводит в диапазоне ПАЛ к кристаллизации базовых психотипов, диаметрально противоположных в своих крайних проявлениях - шизоидов и эпилептоидов.

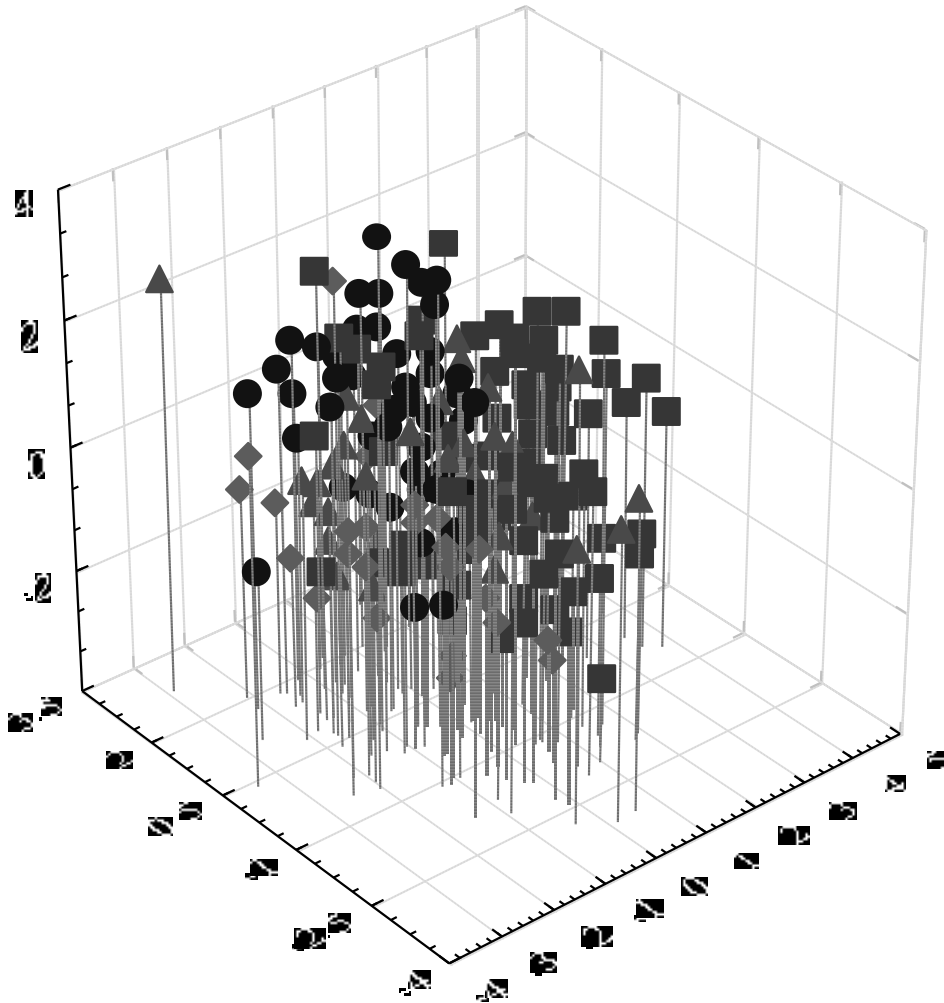
Особое место в конституционально-континуальном пространстве диапазона пограничной аномальной личности заняли истероиды за счет лабильности нейрофизиологических процессов, что подтверждается особым функционированием аномальных точек кожи, энергоинформационным состоянием, обеспечивающим большой размах индивидуальной средовой изменчивости в сторону негативного дрейфа личностно-характерологических особенностей. Циклоидный же психотип диапазона ПАЛ по своим психофизиологическим характеристикам оказался близок к эпилептоидному психотипу, что согласуется с известными представлениями [Э. Кречмер; К.Юнг; К. Леонгард] о высоком витальном тоне, характерном для этих психотипов.

Рассмотренные психофизиологические параметры представляют собой отражение тонких гомеостатических и метаболических процессов, протекающих в организме конкретного подростка [Л.А. Петрушенко, 1967], и во многом детерминированных соответствующим генотипом. Уменьшение пространственно-математической дистанции между психотипами диапазона ПАЛ по сравнению с психотипами диапазона психологической нормы свидетельствует в пользу снижения толерантности к социально-стрессовым и экологическим факторам внешней среды, нарастанию ригидности, ослабления индивидуального барьера психической и психологической адаптации, большей ограниченности адаптационных возможностей рамками конституционально-типологических свойств [О.А. Ахвердова, 1998, И.В. Боев, 1999]. В то же время это ведет к уменьшению вариационных различий между способами реагирования на экзогенные воздействия различных психотипов диапазона пограничной аномальной личности.

Полученные научные факты дают возможность предположить, с одной стороны, уменьшение роли влияния экзогенных факторов на структуризацию психотипов, располагающихся в диапазоне пограничной аномальной личности, и, с другой стороны, увеличение роли генотипических структур в становлении конкретного психотипа. Подтверждение этому мы находим в том, что диапазон генетически обусловленной «нормы реакции» [В.М. Русалов, 1979], то есть уровня адаптации со стороны личностных и поведенческих структур, у подростков, относящихся к ПАЛ, будет значительно уже, чем у подростков диапазона психологической нормы. Нельзя не отметить, что в случае дрейфа представителей ПАЛ в сторону диапазона психопатии, у подростков во все меньшей степени будут срабатывать компенсаторно-приспособительные механизмы, то есть мы будем свидетелями расширения *locus minoris resistentiae* (зоны наименьшего сопротивления), уязвимость которой по отношению к экзогенным факторам будет неуклонно нарастать.

Диаграмма 3

Расположение подростковых психотипов диапазона патологической психической конституции психопатии в конституционально-континуальном пространстве (результаты психофизиологических исследований)



- - Циклоидный вариант психопатии
- - Эпилептоидный вариант психопатии
- ◆ - Истероидный вариант психопатии
- ▲ - Шизоидный вариант психопатии

Психофизиолого-математический анализ значений вызванной электропроводности аномальных точек кожи у представителей конституционально-континуального диапазона **патологической психической конституции (психопатии)**. На диаграмме 3 отражено грубое смешение ядер личностных конституциональных радикалов, что не позволяет провести достоверную диагностику между личностными психотипами подростков. Подобное положение обусловлено, вероятнее всего, смешением механизмов конституционально-

типологической личностной патологии, что заметно как на генотипическом, так и на фенотипическом уровне.

Обращают на себя внимание результаты кластерного анализа значений вызванной электропроводности аномальных точек кожи подростков диапазона патологической психической конституции. Здесь 1 кластер включил в себя преимущественно шизоидных психопатов, 3 кластер - истероидных психопатов, 4 кластер - эпилептоидных психопатов. Представители циклоидного психотипа данного диапазона оказались распределены по всем кластерам, что может указывать на их значительную психофизиологическую изменчивость, варибельность и тенденцию к формированию как амальгамных, так и смешанных психотипов, подтверждение чему мы находим в работах П.Б. Ганнушкина, Г.К. Ушакова, О.В. Кербикова, А.А. Меграбяна, В.Я. Семке, В.Я. Гиндикина и В.А. Гурьевой, а также других классиков отечественной психиатрии. Следует подчеркнуть, что в 1, 3 и 4 кластерах наблюдается картина стойкого соединения 3-х конституциональных ядер в один патологический психический конгломерат, где удельный вес каждого ядра приблизительно одинаков.

Состав же 2 кластера, по-видимому, можно трактовать как группу подростков, чьи психофизиологические особенности достаточно легко дрейфуют в конституционально-типологическом личностном континууме. У представителей 2 кластера нет стойких связей между ядрами, о чем свидетельствует низкий удельный вес каждого ядра. Таким образом, можно рассчитывать на то, что при позитивных изменениях средовых факторов у представителей 2-го кластера в значительной степени повышается шанс к позитивному дрейфу в сторону диапазона ПАЛ из диапазона психопатии.

В субпопуляции подростков с признаками психопатии нами были зарегистрированы стабильно встречающиеся высокие значения вызванной электропроводности аномальных точек кожи, зачастую превышающие 100 условных единиц шкалы Фолля. По данным классиков отечественной психофизиологии [П.К. Анохин, 1978; А.Р. Лурия, 1975] это может быть объяснено выраженным дисэмбриогенезом, десинхронизацией функциональных систем целостного

организма. На клиническом уровне это проявляется неадекватностью силы реакции силе вызвавшего ее раздражителя, спонтанностью психического и психологического аномального реагирования, что свидетельствует о высокой степени выраженности конституциональной психотипологической, личностной предрасположенности.

Психофизиологический уровень диагностики предоставляет возможность выделения личностных психотипов из общей выборки подростков, относящихся к третьему диапазону конституциональной аномальной личностной изменчивости – психопатии. По результатам данной серии исследований при проведении психофизиологической диагностики мы сталкиваемся с ситуацией, когда ядра конституциональных психотипов смешиваются между собой, что особым образом отличает личность с психопатической изменчивостью от иных диапазонов конституционально-типологического континуума, проявляясь в грубых личностных и поведенческих расстройствах (сексуальный садизм, алкоголизм и наркомании, отягощенные актами гетероагрессии, преступления против личности, в том числе серийные).

По мере возрастания генетической детерминированности «нормы реакции» у подростков в континууме от нормы до патологической психической конституции, значительно снижается психофизиологическая дистанция между конституционально-типологическими личностными психотипами, которые в случае психопатии взаимно перекрываются, переплетаются, образуя аморфный смешанный психотипологический и личностный конституциональный конгломерат, являющийся по своей сути основой стойкого эндогенного дефекта [Э. Кречмер, 1999; П.Б. Ганнушкин, 1982; Г.В. Морозов, 1969], присущего психопатам. Нам представляется уместным провести в этом случае образную аналогию с опухолевыми процессами: чем более высокодифференцированы клетки патологического образования, тем прогностически благоприятнее течение опухолевого процесса, тем менее они затрагивают основные функции организма, и, наоборот, злокачественные новообразования, состоящие из малодифференцированной ткани, очень быстро подчиняют себе жизненно важные органы и

системы, разрушая, истачивая тело изнутри. Аналогичным образом и патологическая психическая конституция стойко видоизменяет энергоинформационную структуру личности, подчиняет себе ее высшие функции, уменьшает генетически детерминированную «норму реакции» до минимума, сводя к нулевому эффекту неповторимую морфогенотипическую индивидуальность, долженствующую определять структуру личности, ее основные принципы взаимодействия с окружающей средой и себе подобными, т.е. социумом, приводя психопатическую личность к состоянию стойкой социально-психологической дезадаптации [О.В. Кербиков, 1971; А.Е. Личко, 1983].

Результаты исследования психофизиологических различий, характерных для диагностических диапазонов конституционально-типологического личностного континуума подростков в пределах каждого из базисных психотипов, позволили прийти к следующим выводам.

Для **циклоидного** психотипа маркерами дифференциации психопатии оказались показатели, отражающие **системные** характеристики организма, в том числе уровень "базальной", витальной энергетики (сила нервных процессов). Кластерный анализ значений вызванной электропроводности аномальных точек кожи данного подросткового психотипа подтвердил значительную вариабельность проявлений циклоидной психопатии, а также продемонстрировал качественные отличия психофизиологических характеристик представителей диапазонов психопатии, пограничной аномальной личности и психологической (психической) нормы.

Маркером дифференциации психопатии **эпилептоидного** круга явился показатель вызванной электропроводности кожи в контрольном измерительном пункте печени. В связи с этим уместно вспомнить, что многовековой эмпирический опыт восточной медицины дает характеристику синдрому «избыточности печени», практически совпадающую по своим основным положениям с характеристикой эпилептоидного личностного психотипа [Д.М. Табеева, 1980; Г. Лувсан, 1991 и др.], что может служить косвенным подтверждением адекватности выбранного метода исследования его задачам. Результаты, полу-

ченные кластерным анализом, наглядно показывают, что органическая предрасположенность, характерная для эпилептоидов, в различной степени присутствует практически у всех представителей данного психотипа; наиболее ярко она проявляется у личностей с патологической психической конституцией, обособляя их в отдельную группу, но и в меньшей степени выраженности вызывает значительный междиапазонный дрейф как представителей психологической нормы, так и пограничной аномальной личности.

Для **истероидного** личностного психотипа специфических психофизиологических маркеров патологической психической конституции выделить не удалось, однако наибольший удельный вес в дифференциации данного диапазона принадлежит вызванной электропроводности в аномальной точке кожи, соответствующей древневосточному акупунктурному меридиану почек. Согласно представлениям о возможной трактовке состояния аномальных точек кожи с позиций эмпирической древневосточной медицины, философии и современных исследований в области электрофизиологии [Ф. Вернер, 1992; В.Г. Вогралик, М.В.Вогралик, 1988], данный меридиан отражает функциональное состояние надпочечников, костной системы, а также половой функции. В данной связи совершенно особое звучание приобретает как сам термин «истерия», так и античные представления о происхождении этого заболевания [Гиппократ, 1936].

Кластерный анализ убедительно дифференцировал истероидов диапазона психологической нормы от представителей иных диапазонов истероидного психотипа, и, в то же время, объединил истероидов диапазона ПАЛ и большую часть подростков с истероидным типом патологической психической конституции, подчеркнув крайнюю легкость возникновения экзогенно-обусловленного негативного дрейфа психофизиологических характеристик представителей аномальной личностной конституции, свойственную исключительно данному психотипу.

Психофизиолого-математический анализ значений вызванной электропроводности аномальных точек кожи у представителей **шизоидного** психотипа

позволил выявить следующие закономерности. Маркерами патологической психической конституции выступают преимущественно показатели, характеризующие состояние **системных**, конституционально-обусловленных особенностей функционирования целостного организма, тогда как для диапазона психологической нормы маркерами являются, в первую очередь, показатели **органной** функции, детерминированные средовыми факторами. С другой стороны, процедурой кластерного анализа выявляются не только достаточно выраженные междиапазонные различия, но и отчетливо просматривается континуальная непрерывность шизоидного психотипа, проявляющаяся в отсутствии четких границ между континуальными диапазонами.

Хотелось бы обратить внимание на следующее. Для **шизоидного** и **циклоидного** психотипов дифференциально-диагностическими психофизиологическими маркерами патологической психической конституции, полученными в результате дискриминантного анализа, оказались характеристики тех аномальных точек кожи, которые отражают энергоинформационное состояние функциональных **систем** организма и в большей степени зависят от конституциональной детерминанты, нежели от текущего состояния гомеостаза [R. Voll, 1980]. **Эпилептоидов** и **истероидов** же характеризуют, в первую очередь, аномальные точки кожи, отражающие **органные** функции, т.е. насущные адаптационные проблемы организма [А.К. Подшибякин, 1960; Г.С. Фирсова, 1977; Н. Pflaum, 1986]. Следовательно, можно сделать предположение о превалировании **конституционально-эндогенного** фактора в формировании шизоидных и циклоидных личностей; для эпилептоидных и истероидных психотипов главенствующая роль, по видимому, принадлежит **экзогенному** фактору, к которому может быть отнесена также перинатальная и постнатальная травматизация. В работах Г.Е. Сухаревой, А.М. Вейна, Б.Д. Карвасарского, Г.К. Ушакова, Е.Н. Хрисанфовой и других выдающихся психиатров, психологов и психоневрологов современности, мы находим подтверждение того, что признаки органической недостаточности ЦНС в различной степени выраженности присутствуют практиче-

ски у всех представителей эпилептоидного и истероидного психотипов, определяя глубину личностных и поведенческих расстройств; и наоборот, для шизоидов и циклоидов эти признаки менее характерны.

Далее. Как следует из результатов кластерного анализа полученных психофизиологических параметров, в конституционально-типологическом личностном континууме от психологической (психической) нормы до патологической психической конституции (психопатии) наблюдается значительная изменчивость психофизиологических характеристик подростков **циклоидного и истероидного** психотипов, нарастающая по мере приближения к психопатии, и приводящая к своеобразному «растворению», «амальгамированию» этих психотипов с другими. Таким образом, на психофизиологическом уровне подтверждаются высказанные в работах И.П. Павлова [1951], В.Д. Небылицына [1956], О.А. Ахвердовой [1998] положения о том, что для циклоидного и истероидного психотипов характерен сдвиг типологических свойств нервной системы в сторону “слабости”, повышающий истощаемость психобиологического резерва личности, а также подчеркнутая А.Е. Личко [1983] легкость формирования смешанных или амальгамных психотипов, базирующихся на циклоидной и\или истероидной основе.

Сочетание использованной психофизиологической методики регистрации значений вызванной электропроводности аномальных точек кожи с адекватными психологическими и математическими методами позволило не только объективизировать проявления конституционально-континуальной аномальной изменчивости подростковой личности, но и разделить базисные личностные психотипы как по основному формирующему фактору (конституциональный-экзогенный), так и по соотношению силы-слабости нервной системы - стенический или астенический типы психобиологического реагирования личности. Последний фактор не менее важен первого, так как обосновывает клинко-психологическую дифференциацию личностных психотипов на стенический и астенический полюс биологического реагирования личности, например, у шизоидов и циклоидов.

Следовательно, конституционально-типологический личностный подростковый континуум выделяется, регистрируется, объективизируется на психологическом и психофизиологическом уровнях диагностики. Следует подчеркнуть возможность более тонкой и глубокой дифференциации на психофизиологическом уровне по сравнению с психологическим, как личностных психотипов, так и регистров конституционально-континуального пространства: психологической нормы – акцентуаций, пограничной аномальной личности, психопатии. Вероятнее всего, точность психофизиологической диагностики и дифференциальной диагностики объясняется не только представленным в настоящем исследовании методологическим подходом к решению проблемы аномальной личностной изменчивости, но и тем, что СПФИ способны объективизировать системную энергоинформационную структуру, являющуюся основой психофизиологических процессов личности. Таким образом, **пограничная аномальная личность** подразумевает не только отличную от психологической нормы – акцентуации и патологической психической конституции – психопатии особую психологическую, но и психофизиологическую структуру личности.

1.3. Психолого-антропологическая диагностика подростков, относящихся к различным психотипам, располагающихся в разных регистрах конституционально-типологического личностного континуума

Понятие конституции, представляющее собой совокупность устойчивых, врожденных или приобретенных признаков, в большей степени соответствует попытке определения регистров личностно-конституционального континуума.

Конституция является интегральным понятием для совокупности относительно стабильных соматопсихофизиологических характеристик, сложившихся в ходе филогенеза и онтогенеза, которые на уровне целостности организма обеспечивают генетически детерминированный способ реагирования в ответ на эндогенные и экзогенные изменения среды (Никитюк Б.А., Корнетов Н.А., 1998). В основе общей конституции лежит весь генотип, а основу частных конституций

представляют наборы определенных генов. Следует согласиться с положением, что общая конституция – это генотип в действии.

Пределы фенотипической изменчивости организма называют нормой реакции. Каждый конкретный фенотип представляет собой частный случай генотипа, то есть любой признак - есть результат взаимодействия наследственности и среды, только одни признаки определяются генами с более широкой «нормой реакции», а другие – с более узкой «нормой реакции» (Русалов В.М., 1979).

Фенотипическая изменчивость конституционально-типологического личностного континуума особенностей подростков, вероятнее всего, проявляется в психотипологическом дрейфе от регистра психологической нормы к ее крайнему варианту – акцентуации, от акцентуации к пограничной аномальной личности и далее до регистра психопатии – патологической психической конституции. Однако, этот дрейф ограничен определенными биологическими и психологическими возможностями личности.

Фенотипическая изменчивость вероятно характерна и для антропометрических показателей в психотипологической структуре конституционально-типологического личностного континуума, но они в силу большей генетической детерминации имеют более узкие рамки вариабельности. Правомерно предположить, что в психотипологической структуре регистров конституционально-континуального пространства у подростков очевидно имеется биологическая, конституциональная основа, определяющая возможности фенотипического диапазона психологической и личностной, поведенческой и морфологической изменчивости.

Результаты настоящих психолого-антропологических исследований подростков общей популяции позволили статистически и вероятностно выделить и доказать существование регистра психологической нормы - акцентуации в конституционально-типологическом личностном континууме подростков; определить вариационный размах психолого-антропологической изменчивости в пределах регистра психологической нормы и взаимосочетание факторов, способствующих дрейфу конкретных подростковых психотипов за пределы регистра

психологической нормы. Созданы дифференциально-диагностические математические модели подростковых базовых психотипов, позволяющие дискриминировать в общей популяции подростков, относящихся к регистру психологической нормы от подростков, располагающихся за пределами психологической нормы в конституционально-типологическом личностном континууме. Предложенные методы экспресс-диагностики психотипов и регистров личностно-конституционального континуума, основанные на психолого-антропологических параметрах, могут быть использованы при массовых обследованиях подростков, а также в практике психологов, врачей и педагогов с целью ранней и своевременной диагностики как психологической нормы, так и ПАЛ, прогноза и первичной профилактики вероятного развития девиантных патологических и непатологических стереотипов поведения, поведенческих и личностных изменений и расстройств, своевременного подбора адекватных методов их психологической и биологической коррекции.

Анализ средних значений психологических показателей и их стандартного отклонения у подростков-акцентуантов, относящихся к диапазону психологической нормы, продемонстрировал следующее: наиболее нестабильными, неустойчивыми, склонными к дальнейшему заострению акцентуированных черт и, соответственно, к психологической декомпенсации являются подростки эпилептоидного типа регистра психологической нормы; в то же время, более адаптивными, психологически и социально устойчивыми к стрессорам и иным внешним деструктивным воздействиям представляются шизоидные акцентуанты.

Вероятно, что эпилептоидный психотип регистра психологической нормы представляет собой ту психобиологическую основу —«патос», когда механизмы психобиологической адаптации находятся в состоянии напряжения — готовности к расширенному типу реагирования, когда часто наблюдается «зашкаливание» реакций в ответ на средовые воздействия за пределы диапазона психологической нормы. В связи с этим возрастает роль ранней психолого-антропологической диагностики эпилептоидного психотипа в диапазоне пси-

хологической нормы с целью предупреждения и профилактики развития поведенческих и личностных расстройств, учитывая более низкую социально-психологическую толерантность данного психотипа к внешним факторам среды и ограниченность психобиологического резерва и механизмов компенсации личности.

Подростки же истероидного и циклоидного психотипов из рассматриваемого регистра психологической нормы занимают промежуточное положение между шизоидными и эпилептоидными психотипами по степени выраженности толерантности к внешним факторам и психобиологической склонности к декомпенсации.

Интересным является тот факт, что в разграничение шизоидного и истероидного, шизоидного и эпилептоидного, шизоидного и циклоидного психотипов в регистре ПАЛ наибольший вклад вносит показатель шкалы истерического реагирования клинического опросника для определения и оценки невротического состояния. Анализ средних показателей настоящей шкалы выявил, что именно для шизоидов регистра ПАЛ в большей степени характерны черты несвойственного им истерического невротического реагирования. Наличие в шизоидной личностно-типологической структуре несвойственных ей компонентов является неблагоприятным прогностическим фактором, который обусловлен психобиологическими механизмами декомпенсации. Изменение конкретной психотипологической структуры с появлением нехарактерных компонентов, свойственных другой психотипологической структуре подростка указывает на тенденцию к негативному дрейфу шизоидных черт ПАЛ в конституционально-типологическом личностном континууме вплоть до регистра психопатии.

Анализ средних значений психологических показателей подростков истероидного психотипа регистра психологической нормы и регистра ПАЛ обнаружил, что делинквентное поведение, стремление к эмансипации, психологическая склонность к алкоголизации и более высокий уровень нейротизма в большей мере свойственны истероидам диапазона ПАЛ, чем истероидам регистра психологической нормы. Этот факт еще раз доказывает, что вероятность дрей-

фа личностных черт у истероидных представителей регистра ПАЛ выше, чем у истероидов регистра психологической нормы, а этот факт, в свою очередь, способствует более быстрому формированию у них отклоняющегося стереотипа поведения, большей толерантности к методам психологической коррекции, поскольку имеет в своей основе заметную конституционально-морфологическую детерминацию.

При определении границ регистров психологической нормы – акцентуации и ПАЛ на уровне психологических параметров было отмечено, что для шизоидных представителей ПАЛ характерно нарастание органической недостаточности мозга по сравнению с шизоидными акцентуантами; интравертированность, при наличии большого размаха вариационной изменчивости по шкале экстраверсии-интраверсии; повышение вероятности формирования делинквентного стереотипа поведения; полярность по шкале неройтизма-эмоциональной устойчивости: либо дефицит базальной тревожности, либо выраженное состояние нейротизма, о чем также свидетельствует высокая амплитуда вариационной изменчивости по этой шкале.

Настоящие исследования показали, что соматотипологические различия между психотипами в случае психологической нормы - акцентуации сглажены, тогда как за пределами регистра психологической нормы (регистр пограничной аномальной личности) они выражены более отчетливо, при сохранении статистической достоверности различий и в первом и во втором случае. Этот факт доказывает генетическую сопряженность развития соматометрических и психологических характеристик личности. Если гипертрофия отдельных черт характера, свойственная акцентуированным подросткам, может быть нивелирована внешними коррегирующими воздействиями (семья, школа, группа и т.д.), с одной стороны, или, наоборот, усилена неблагоприятными социальными, экологическими, психологическими влияниями, с другой стороны. Внешние средовые запредельные «нагрузки» на психотип способны привести к определенным изменениям на уровне физического развития. Таким образом, возможный дрейф от психологической нормы – акцентуации к регистру пограничной

аномальной личности у подростков сопровождается изменчивостью не только психотипологических и личностных черт от среднестатистической нормы к ее полюсам (пограничные личностные аномалии), но и соматотипологических параметров личности.

Сравнительный анализ показателей развития костного, мышечного и жирового компонентов сомы у подростковых психотипов в регистре психологической нормы и психотипов, располагающихся в регистре ПАЛ показал, что изучаемые показатели у акцентуантов более приближены к среднестатистическим значениям, особенно показатель развития костного компонента тела, который и по литературным данным отличается наименьшей фенотипической изменчивостью.

Анализ показывает, что основная дифференциально-диагностическая роль в дискриминации циклоидов регистра психологической нормы и регистра ПАЛ принадлежит антропометрическим параметрам, характеризующим развитие жирового компонента сомы (жировые складки), а также длины тела и тазогребневого диаметра.

Настоящие исследования, проведенные по единой методологии, основанные на изучении психотипов, располагающихся в последовательных регистрах конституционально-типологического личностного континуума, обнаружили существование более тонких взаимоотношений в рамках циклоидного психотипа, как в регистре психологической нормы, так и в регистре ПАЛ, чем имеющиеся в литературе представления.

У представителей **циклоидного психотипа** в регистре психологической нормы мы наблюдаем привалирование жирового компонента сомы и уменьшение среднестатистических значений мышечного и костного компонентов. В то же время у циклоидного психотипа в регистре ПАЛ обращает на себя внимание значительное уменьшение жирового компонента, относительно среднестатистических величин на фоне приближения к среднестатистическим величинам мышечного и костного компонентов. Следовательно, среди рассматриваемых соматометрических показателей циклоидного психотипа, принадлежащего

разным регистрам конституционально-континуального пространства максимальный вариационный размах из всех соматометрических показателей принадлежит жировому компоненту – от максимальной до минимальной выраженности в рамках психотипа, чего не наблюдается среди показателей ни мышечного, ни костного компонентов. Представленные факты дают основание для утверждения о том, что наибольшей фенотипической изменчивостью среди антропометрических компонентов у циклоидного психотипа отличается жировой компонент.

Есть все основания считать, что именно жировой компонент обеспечивает представителям циклоидного психотипа более широкий диапазон нормы реакции морфологических особенностей личности и устойчивости к экзогенным воздействиям в регистре психологической нормы, с одной стороны, и более узкий диапазон нормы реакции, с меньшей толерантностью к экзогенным воздействиям в регистре ПАЛ, с другой стороны.

Обращает на себя внимание при анализе антропометрических результатов тот факт, что у **акцентуантов эпилептоидов** жировая компонента соответствует среднестатистической норме, а мышечная и костная превышает среднестатистические показатели. У эпилептоидного психотипа регистра ПАЛ развивается обратно пропорциональная зависимость изменений соматометрических показателей: жировая компонента значительно увеличивается, а мышечная и костная компоненты обнаруживают тенденцию к уменьшению относительно среднестатистических значений, что свидетельствует о диспропорции соматометрических показателей. Полученные результаты дают основание предположить, что морфологические особенности личности эпилептоидного психотипа в регистре психологической нормы обладают относительно меньшим диапазоном «нормы реакции» и меньшей толерантностью к широкому спектру экзогенных воздействий. Очевидно, обнаруженные морфологические особенности объясняют относительно большую легкость дрейфа в экстремальных условиях у представителей эпилептоидного психотипа в сторону регистра ПАЛ по срав-

нению с представителями других психотипов, относящихся к регистру психологической нормы.

Совершенно иные взаимоотношения соматометрических показателей определяются у истерического психотипа. Так в диапазоне психологической нормы все три показателя развития основных компонентов сомы соответствуют среднестатистическому уровню; в диапазоне же ПАЛ отмечается тенденция значительного уменьшения жирового компонента от среднестатистического уровня при аналогичной тенденции, но в меньшей степени со стороны мышечного и костного компонентов. Подобная динамика в регистре ПАЛ отражается у обследуемых на уменьшении диапазона нормы реакции морфологических признаков, ограничении толерантности к воздействию внешних факторов, на функционировании индивидуального барьера психической и психологической адаптации.

В дискриминацию **шизоидных акцентуантов** и шизоидных представителей регистра ПАЛ наибольший вклад также вносят антропометрические параметры, характеризующие развитие жирового компонента сомы.

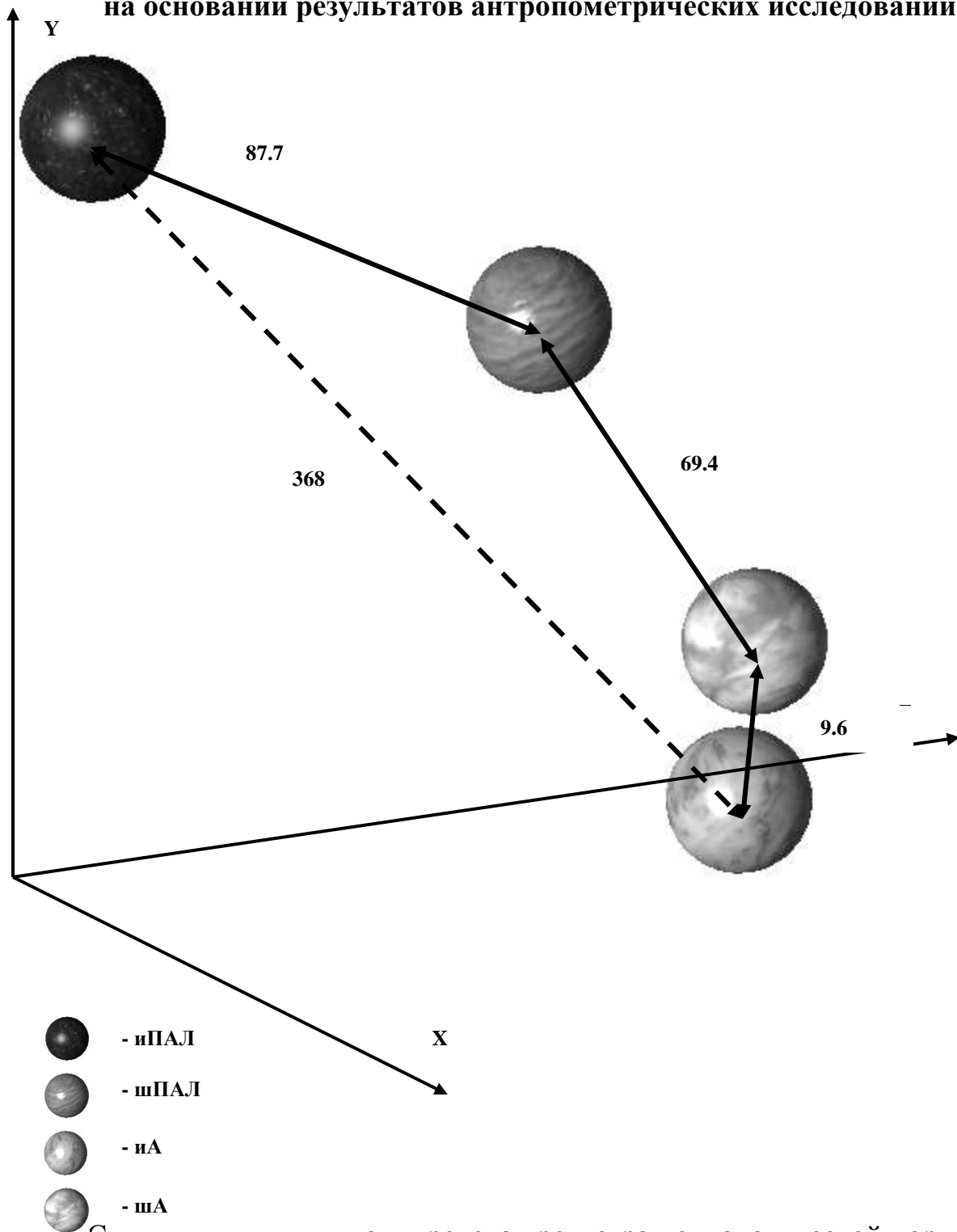
Так, для шизоидов регистра ПАЛ характерно более низкое развитие жировой составляющей сомы на фоне уменьшения мышечной компоненты, что не свойственно шизоидам диапазона психологической нормы - акцентуация. Следует отметить, что развитие жирового компонента сомы у подростков шизоидов диапазона психологической нормы более выражено и по сравнению с соответствующими среднестатистическими показателями по группе подростков общей популяции, что можно рассматривать как позитивный компенсаторный механизм.

С нашей точки зрения, учитывая доказанную нами относительную психологическую стабильность шизоидных акцентуантов по сравнению с другими акцентуантами, тенденцию к развитию жирового компонента можно рассматривать у них как показатель устойчивости гомеостаза, а следовательно, устойчивости работы механизмов компенсации и адаптации, затрагивающие как со-

циально-психологический, психологический так и морфо-физиологический уровни интегративной индивидуальности подростка.

Диаграмма 4

Многоплоскостная математическая модель, отражающая дифференциацию шизоидных и истероидных психотипов регистров акцентуации и ПАЛ на основании результатов антропометрических исследований



Следует отметить, что в пределах регистра психологической нормы – акцентуации антропометрические маркеры конституции и регистров конститу-

ционально-континуального пространства оказываются наиболее надежными и диагностически значимыми в сравнении с психологическими маркерами, позволяющими менее точно дифференцировать психотипы шизоидов, эпилептоидов, истероидов и циклоидов между собой. Обнаруженные комплексы соматометрических и психологических показателей, лежащих в основе дискриминации подростковых акцентуаций как регистра, являются фенотипическим проявлением генетически детерминированных границ психологической нормы.

Результаты сравнительных антропометрических исследований подростковых психотипов в диапазоне ПАЛ подтверждают их удаленность друг от друга в трехмерном пространстве на значительное расстояние, что иллюстрируется соответствующим значением квадрата Махаланобиса. Обращает на себя внимание тот факт, что, если в случае психологической нормы расстояние между эпилептоидным и истероидным психотипами было невелико и равно 11 условным единицам, то при сравнении эпилептоидных и истероидных психотипов в регистре ПАЛ оно равно 308 усл.ед., то есть наблюдается резкое расслоение, дифференциация психотипов по мере их дрейфа за пределы регистра психологической нормы.

Эта же закономерность прослеживается при сравнении шизоидных и истероидных психотипов как в диапазоне психологической нормы, так и в пределах регистра ПАЛ, когда расстояние между центрами проекций средних значений антропометрических маркеров в диапазоне ПАЛ равно 87 усл.ед., в то время как это же расстояние между шизоидными и истероидными акцентуантами составляет лишь 9 усл.ед. На примере антропометрических исследований (диаграмма 4) мы видим высокодостоверные различия между представителями личностных психотипов, которые указывают на психосоматическое единство, на котором построена психобиосоциальная модель человека. Подтвержденное нами (О.А. Ахвердова, 1998; И.В. Белашева, 1999; И.В. Боев, 1999; С.В. Золотарев, 1999) психосоматическое единство личности, клинически и психологически ярко проявляющееся в личностных психотипах конституционально-типологического континуума подростков, согласуется с концепцией триединой

сущности личности (И. Мирошник, Е. Гаврилин). Психическая, соматическая, психологическая и духовная составляющие личности взаимосвязаны и взаимопределяют гармонию или дисгармонию личности. Духовная деградация отчетливо сказывается на психической, психологической и соматической составляющих в виде их большей или меньшей деструкции (И.В. Боев, В.И. Кривоконь, В.Ф. Гнучев, 1999). В то же время деструкция соматической составляющей (тяжелое органическое заболевание того или иного внутреннего органа) влияет на состояние психической и психологической составляющих личности.

Рассмотренные психологические и антропометрические параметры представляют собой единый психологосоматический комплекс личности, основу которого составляют два типа частных конституций – морфологической и психологической, контролируемых определенным набором генов. При этом психологическое реагирование отличается более широкой нормой реакции, а морфологическое – более узкой нормой реакции, т.е., вариационный размах фенотипической изменчивости морфологических признаков относительно невысок и его крайние границы строго определены, а психологических признаков – достаточно широк, что в первую очередь предполагает личностно-характерологическую трансформацию подростков при патогенных внешних воздействиях в конституционально-континуальном пространстве, из регистра психологической нормы за его пределы.

Следовательно, в пределах регистра ПАЛ правомерно ожидать у обследуемых ограниченную норму реакции морфологических проявлений конституции у конкретного психотипа по сравнению с подростками, относящимися к регистру психологической нормы.

Настоящие результаты дают возможность предположить уменьшение влияния экзогенных факторов (социальных, психологических, экологических) на генезис психотипов, располагающихся в диапазоне пограничной аномальной личности, и увеличение значимости генотипических структур в формировании конкретного психотипа. Кроме этого, нельзя не отметить, что в случае дрейфа за пределы регистра психологической нормы или изначального

формирования ПАЛ у подростков, в значительно меньшей степени будут срабатывать компенсаторные механизмы, т.е., *locus minoris resistentiae* (зона наименьшего сопротивления) будет представлена у них большей уязвимостью, нежели у подростков-акцентуантов. В то же время диапазон генетически обусловленной «нормы реакции» со стороны личностных и поведенческих структур будет значительно уже у подростков регистра ПАЛ, чем у подростков, относящихся к регистру психологической нормы – акцентуации.

1.4. Дифференциальная психологическая феноменология подростков в континууме от психологической нормы до пограничной аномальной личности

Системно-структурный подход к анализу личности заключается в том, что личность понимается не как совокупность отдельных психических процессов, а как целостное образование, включающее в себя множество заимствованных характеристик и элементов. Личность представляет собой единство двух взаимосвязанных подструктур: человека как природного организма и человека как социального существа (В.Д. Шадриков, 1982).

В этом отношении пророческим является утверждение С.Л. Рубинштейна (1946) о том, что внешние воздействия на субъекта преломляются через внутренние условия, опосредуются ими. Внутренние условия и есть личность с ее природными, психологическими и общественными особенностями, т. е. личность активно взаимодействует с объективной действительностью. Поэтому автор утверждал, что “все психические явления зависят от природного и общественного бытия человека”. Ни биологическая, ни социальная основа сами по себе, ни даже их отношения не могут образовать целостной структуры личности. Целостная структура личности формируется тогда, когда возникают устойчивые внутренние связи, и на этой основе личность приобретает целостный характер и новое качество.

В проводимых исследованиях мы исходили из положения С.Л. Рубинштейна о том, что личность едина – из плоти и крови, и является сознательным

общественным продуктом, а психическая деятельность оценивалась с позиций внутренней органической связи с носителем - личностью. Так, логика ассоциативной деятельности представляет собой такое же «орудие труда» для личности как тело, внутренние органы, другими словами, «мыслит не мышление, а человек». Аномальные психологические переживания, девиантное поведение наблюдается не у той или иной психики, а у конкретной личности.

Реализация в наших исследованиях личности системно-структурного подхода предполагает выделение основных характеристик человека как субъекта деятельности (Б.Г. Ананьев, 1969; К.К. Платонов, 19; А.Г. Ковалев, В.Н. Мясищев, 1957; В.С. Мерлин, 1982).

Аналогичный подход находим у Б.Ф. Ломова (1982), утверждающего, что детерминированность развития личности общественными отношениями не означает, что она является пассивным слепком этих отношений. Личность включена в общественные отношения активным образом, участвует в их формировании, развитии и т.д. Чем полнее включен индивид в систему общественных отношений, чем шире его возможность двигаться в этой системе, тем больше оснований рассчитывать на формирование у него общественно значимых мотивов. Отгороженность от тех или иных отношений ведет к ограничению мотивационной сферы, т.е. та или иная деятельность должна раскрывать перед индивидуумом перспективы вхождения в систему общественных отношений.

Следовательно, личность приобретает или не приобретает вероятностную возможность управлять не только своими психическими, психологическими переживаниями, своим телом, поведением, но и социальной средой. Личность может быть или не быть преобразователем внутренней психологической среды (с ее мотивами, ценностями, установками) и/или внешней социальной среды. Результаты лонгитюдных исследований, совпавшие с радикальными макросоциальными преобразованиями, подтверждают наши предварительные рассуждения. Нельзя не согласиться с мнением А.А. Меграбяна (1984): «...личность, преодолевая в своем развитии в природной и социальной среде стихии природного, биологического, психологического и социального характера, приобретала

в своей эволюции способность к самоуправлению, относительную независимость и свободу». Автор справедливо считает, что социальная закономерность не в силах вытеснить законы, являющиеся ведущими на низших уровнях развития природы. Социальная вершина пирамиды, в частности, морально-этические формы поведения, гармонично функционирует лишь при условии внутреннего единства с нижележащими природными уровнями человека. Если происходит временное ограничение ведущей роли социальных факторов, то личности приходится преодолевать биопатологические, психические и психологические факторы, что бы достичь, восстановить гармоничность между социальными надстройками и подлежащими природными уровнями.

Интересна и созвучна в этом отношении позиция Выготского (1960, с. 90), считавшего, что “индивид в своем поведении обнаруживает в застывшем виде различные законченные уже фазы развития. Генетическая многоплановость личности, содержащей в себе пласты различной древности, сообщает ей необычайно сложное построение и одновременно служит как бы генетической лестницей, соединяющей через целый ряд переходных форм высшие функции личности с примитивным поведением в фило- и онтогенезе”. Этот взгляд ученого также отражает существование вероятностной изменчивости личностно-типологических особенностей человека, т.е. ряд переходных форм в конституционально-континуальном пространстве.

В этом отношении вариабельность психологических свойств человека и их проявлений многомерна. Представляя широкий набор качеств и свойств, составляющих психологическую структуру личности (К.А. Абульханова, 1973, Б.Г. Ананьев, 1967, А.Г. Асмолов, 1984, Л.И. Божович, 1968, Б.С. Братусь, 1988, К.К. Платонов, 1972, А.В. Петровский, 1974, 1984, В.С. Мерлин, 1970), авторы в то же время подчеркивают уязвимость изучения постструктур личности, которые или неоправданно противопоставляются, или необоснованно идентифицируются (темперамент - характер, характер - личность, темперамент - тип нервной деятельности и т. д.).

Континуально-генетическая теория А.В. Брушлинского открывает возможность сформулировать и обосновать концепцию конституционально-типологического личностно-характерологического континуума в подростковом возрасте от психологической нормы - акцентуаций к пограничной аномальной личности (ПАЛ) и далее к психопатиям, избежав отмеченной уязвимости в отношении исследования подструктур личности.

В основе личностно-характерологического континуума подростков, с нашей точки зрения, лежит изменчивость личностных, характерологических, психологических и психических свойств от средней полосы психологической подростковой нормы к крайним вариантам личностно-характерологической нормы (акцентуаций) подростков, далее к диапазону пограничной аномальной личности и лишь затем к патологическим конституциональным личностным структурам в виде психопатии. В этом отношении индивидуальный подход к изменчивости личностных, психологических и психических свойств, личностной структуры составляет теоретическую основу в дифференциальной психологии.

Задача психологического изучения подростка состоит в том, чтобы соотносить между собой природное и общественное, “изучать это бытие одновременно” со стороны как его общественной сущности, так и возможности и потенции индивида.

Государственное переустройство нашего общества в целом создало социальные условия для принципиально нового “естественного эксперимента” (А.Ф. Лазурский, 1918), в котором сфокусированы механизмы реального взаимодействия социального, биологического и психического на уровне конкретной личности. Если взаимозависимость социального и психического, социального и поведенческого, социального и биологического представляет собой общие и традиционные проблемы для стабильного общества, то в условиях социальной нестабильности (правовой, политической, идеологической, экономической), как справедливо полагает Б.А. Сосновский (1994), в человеке проявляется нечто базисное, скрытое, индивидуальное (по типу различия проявлений

темперамента и характера), что меньше всего подвержено социально-культурным и социально-психологическим влияниям. Можно сказать, что проявляется конституционально обусловленное биопатологическое при ослаблении социальной регламентации, социальных институтов общества.

Формирование в этих условиях личностно-характерологической, личностно-психологической структуры подростков должно нести в себе то природное, конституциональное “ядро”, которое в экстремальных социальных условиях ведет либо к социально приемлемым стереотипам поведенческой адаптации, либо к стереотипу поведенческой и личностной деструкции, дезадаптации. В этом отношении приспособительный, адаптационный процесс носит болезненный, патологический характер, в котором реализуется индивидуальная, видовая форма адаптации, присущая человеку, еще с доисторических времен (И.В. Давыдовский, 1954). Именно поэтому мы наблюдаем проявления аномальной изменчивости в разных ее вариациях и степени выраженности.

Когда ослабли социально-культуральные, социально-психологические, морально-этические запреты и влияния, характерные для доперестроечного периода нашего общества, а новые социальные правила находятся в стадии структуризации, то проблема диапазонной изменчивости конституциональных основ личности выступает на первый план. В связи с этим многие представления о личности, характере, поведенческих и психологических особенностях подростков, сформулированные в период социальной стабильности общества, могут подвергнуться пересмотру.

1.4.1. Подростки - акцентуанты шизоидного типа

Шизотимики по классификации Э. Кречмера. Говоря о том, что шизотимики представляют собой крайний вариант психологической личностно-характерологической нормы, неправомерно оперировать психопатологическими понятиями и терминами типа аутизма, апатии, адекватно использовать лишь психологические понятия и феноменологию. Правомерно с нашей точки зрения отметить тот факт, что шизотимики достаточно легко и долго могут пере-

носить общество, которое не всегда их устраивает, но во имя идеологических, деловых, морально-этических интересов они будут это делать. Хотя с таким же успехом они могут неограниченно долго переносить ограниченный круг партнеров по общению или вообще их отсутствие, что практически невозможно для циклотимиков или истеротимиков.

Тем не менее окружающие всегда достаточно точно характеризуют шизотимиков, подмечая и слабую интенсивность их эмоциональных переживаний по сравнению с представителями средней полосы нормы, и большую ограниченность этих переживаний во времени по сравнению с другими сверстниками, и чисто рациональный оттенок в сопереживаниях.

Основные психологические свойства, взаимосочетание которых составляет структуру шизотимической подростковой акцентуации, - это, прежде всего, эмоциональная уравновешенность, достигающая степени эмоциональной “прохладности”, рациональность, прагматизм.

Практически никогда шизотимики не демонстрируют бурных ярких эмоциональных переживаний. Им больше присуща рациональная прагматическая работа мышления, интеллекта; и сопереживания шизотимиков характеризуются преобладанием своей рациональной стороны, а эмоциональная составляющая редуцирована. В этом их определенное преимущество, потому что в сложных жизненных ситуациях, в которые попадают их близкие, друзья, сопереживания шизотимиков заключаются не собственно в эмоциональных проявлениях, а в реальных конкретных предложениях по поиску выхода из сложившейся драматической или тривиальной ситуаций. Они чаще предлагают прагматические решения, направленные на ослабление фрустрационной напряженности, уменьшение остроты, значимости жизненной ситуации, сглаживание ее драматизма.

Когда истеротимики рыдают и плачут, искренне сопереживая пострадавшим, патетически восклицают или задают схоластические, эмоционально насыщенные вопросы: “что делать?!”, “как быть?!” и со слезами на глазах могут предлагать себя в качестве жертвы во имя спасения пострадавшего, шизо-

тимики в этой же ситуации оказывают реальную практическую помощь без суеты, без внешних аффектаций, экзальтированности.

В процессе приобретения опыта социального общения шизотимики научаются достаточно быстро демонстрировать необходимую для окружающих привычную эмоциональную составляющую сопереживаний, понимая интеллектуально, осознавая, что окружающим, как это ни странно для сознания шизотимиков, важна именно эмоциональная часть сопереживаний. Другими словами, шизотимики научаются вести себя так, как этого хотели бы окружающие даже в ущерб рационализму и прагматизму.

Несмотря на сдержанность, уравновешенность своих эмоциональных проявлений, отсутствие эмоциональной лабильности и большее ощущение эмоционального комфорта в условиях ровных и часто однообразных человеческих взаимоотношений, шизотимики, тем не менее, легко могут демонстрировать широкий круг эмоциональных реакций, в том числе и экспрессивных, если того требуют их личные интересы или необходимость проявить себя в более выгодном свете в том обществе, в котором они оказались. Однако даже после длительного эмоционального общения шизотимики нуждаются в эмоциональном отдыхе, и они с радостью могут провести часы и дни в одиночестве или с очень избирательным кругом лиц. Если предоставляется возможность выбора, то домашних животных и природу они предпочитают даже узкому кругу лиц.

Именно в этом и проявляется крайний вариант психологической нормы шизотимических акцентуантов. С одной стороны, они легко обучаются общепринятым эмоциональным стереотипам поведения, но с другой стороны, они нуждаются в периодах уединения, во время которых могут привести в порядок свои мысли, определить тактику и стратегию своего жизненного пути, наконец, систему своих взаимоотношений в том обществе, в котором они вращаются эпизодически, или в том, где протекает основная часть их жизни.

Физические, моторные и пантомимические особенности поведения акцентуантов шизоидного типа отличаются достаточной пластичностью и гармоничностью, хотя частенько случаются и некоторые антропометрические дис-

пропорции, не нарушающие, однако, физической привлекательности шизотимиков. Эмоциональные реакции на пантомимическом уровне, характеризуются относительно небольшим набором выразительных средств. Если сравнить пантомимические и моторные реакции шизотимиков и остальных акцентуантов, то они будут гораздо скромнее, чем у истеротимиков и циклотимиков. По ограничению палитры пантомимических и моторных реакций шизотимики ближе к эпилептотимикам в реальной социальной среде.

Необычайно интересен мир увлечений шизотимиков. Чаще всего они награждены от природы способностями к точным наукам, к абстрактному, интеллектуальному постижению мира и на этом поприще достигают заметных успехов. Их высокие аналитические способности позволяют постигать магию и тайную силу цифр. Многие из них становятся блестящими физиками, математиками, программистами, заметно превышающими средний уровень представителей перечисленных специальностей. Если шизотимики увлекаются и занимаются гуманитарными науками, то опять-таки их аналитические способности, способности к голографическому восприятию мира позволяют добиться заметных успехов, значительно превышающих средний уровень специалистов из этих областей. Шизотимиков чаще интересует содержательная часть их увлечений, их нравственный, этический и эстетический смысл. Шизотимики от природы являются эстетами, независимо от привитой культуры, интеллекта и мировоззрения. Шизотимиков из отдаленного сельского района, и курортного региона, где уровень культуры во много раз выше, или административного центра объединяет высокое чувство эстетизма как по отношению к окружающему миру, так и в системе человеческих отношений. Шизотимики всегда немножко идеалисты, что не мешает им однако поставить на реальную службу себе результаты своих увлечений. У них всегда можно отметить достаточно гармоничное соотношение между глубиной увлечений и реализацией их на практике, собственной жизни.

Именно поэтому быт шизотимиков добротен, прочен, практичен, но без признаков излишеств, сибаритства. В их быту интеллектуальные и духовные

ценности всегда стоят выше вещественных, материальных. И в человеческих отношениях для шизотимиков духовное, интеллектуальное родство выше материального, что не мешает им, тем не менее, создать добротный для себя и своих близких быт, зачастую выше общепринятых средних стандартов. В отличие от аномальных шизоидов шизотимики могут понять и осознать необходимость достижения определенного комфорта в быту для своих близких, для тех, кто их окружает. Эвристика, творчество их до сих пор остаются тайной за семью печатями, хотя усилия к их познанию прилагаются (A. W. Bruschlinski, 1974; I. W. Eishornetal, 1975; S.C. Giltillan, 1935).

Для всех шизотимиков независимо от уровня их интеллекта и культуры характерны признаки эвристического мышления, которое проявляется в способности выделять, находить латентные признаки предметов, явлений, ситуаций, что блестяще было подтверждено в экспериментальных исследованиях Ю.В. Полякова. И независимо от того, какие способности и задатки и какова их реальная реализация в жизненных ситуациях у шизотимиков, будь они авто-слесарями, живописцами или химиками-лаборантами, эвристичность мышления, и подхода к различным ситуациям выгодно отличает их от представителей средней полосы психологической нормы или от других акцентуантов. Рационализация и прагматизм мышления, поведения шизотимиков позволяют им быть целеустремленными, целенаправленными, педантичными в достижении цели, выполнении повседневной работы. Целенаправленность и педантизм, сочетающиеся с природным стремлением к справедливости, некоторой формализованности в отношениях с окружающими, в реализации поставленных заданий или тактических целей, также выгодно отличает их от сверстников.

Обладая достаточно высоким жизненным тонусом и соответственно высокой работоспособностью, ответственностью, чувством долга шизотимики легче, чем их сверстники, продвигаются по социальной лестнице и достаточно прочно закрепляются на завоеванных социальных ступенях. Отсутствие излишней эмоциональности, болтливости позволяет им избежать многих недоразумений и конфликтов в процессе межличностного общения. Сверстники

взрослея все больше и больше ценят их способность рационально, а не эмоционально решать жизненные проблемы, а природное чувство справедливости и надежности в товарищеских отношениях зачастую выдвигает шизотимиков в ряды лидеров. Интересен тот факт, что шизотимики стремятся быть справедливыми, сохранять честность в товарищеских и партнерских отношениях даже в ущерб своим собственным интересам.

Достаточно часто шизотимики общественные интересы, общественную идею ставят выше личных амбиций, сиюминутных желаний, добиваясь стратегически гораздо большего в глазах окружающих и конкретно для себя лично сверстники отдадут должное умению шизотимиков следовать принципам надежности, справедливости и честности, часто с оттенком прямолинейности и даже бескомпромиссности в товарищеских и партнерских отношениях, умению прогнозировать и строить многоходовые комбинации как в межличностных отношениях, так и в достижении конечной цели.

Именно из-за перечисленных качеств шизотимиков у них возникают сложности в общении с иксотимиками (эпилептоитимиками), постоянно стремящимися изменить партнерские и товарищеские отношения в свою пользу и даже в случаях попыток принять компромиссное решение, тем не менее, найти свою личную выгоду. Именно бескомпромиссность и прямолинейность шизотимиков часто является препятствием для реализации эгоистических планов иксотимиков, к радости большинства сверстников. Шизотимики, сочетающие в себе эвристичность, прагматизм, целеустремленность, справедливость и бескомпромиссность, могут ограничить и регламентируют социально-деструктивную, нетоварищескую, не партнерскую деятельность эпилептотимиков.

Некоторая формализованность поведения, стремление следовать циркулярам, писанным и неписанным законам позволяет шизотимикам изобретательно находить варианты принятия решений и действий в интересах коллектива, а не отдельных его членов, преодолевая бюрократизм инструкций. Благодаря изобретательности шизотимики способны преодолеть любой циркуляр, любую ин-

струкцию практически в рамках правового поля. Подобные способности обеспечивают им привилегированное положение в случае конституционального дрейфа в сторону пограничной аномальной личности и формирования асоциального стереотипа поведения.

Таким образом, необходимо подчеркнуть, что все перечисленные личностно-характерологические особенности участвуют в создании психологической базы шизотимиков, детерминирующей высокую толерантность к социально-психологическим и иным экзогенным стрессорам. С другой стороны, это позволяет шизотимикам достаточно легко находить адекватные способы, варианты адаптации к меняющимся социально-психологическим условиям, изменять стереотип собственного поведения. Следовательно, шизотимики обладают конституциональным психобиологическим резервом, позволяющим поддерживать хороший уровень адаптации, компенсации и толерантности к внешним факторам.

В то же время, если шизотимики по тем или иным причинам (воспитание, особенности социальной среды) вступают на антисоциальный путь и у них формируются асоциальные стереотипы поведения, мы можем наблюдать, как их эмоциональная прохладность и сдержанность трансформируется в эмоциональную черствость, а эмпатичность редуцируется до степени, когда шизотимикам и вовсе нет необходимости совершенствовать эмоциональную составляющую эмпатии.

Употребление алкоголя часто оказывает растормаживающее влияние на шизотимиков, провоцируя асоциальные стереотипы поведения, часто неадекватные и вычурные, которые могут шокировать сверстников и отталкивать последних от шизотимиков. В другом случае поведение оценивается как оригинальное и экзотическое, а сверстники начинают осознавать сколь мало они знают о своих товарищах с психологической структурой шизотимиков. В их поведении появляется непредсказуемая асоциальность, часто приводящая к конфликтам и грубым нарушениям существующих законов. Последствия же даже однократного употребления наркотиков, в частности опиатов, пугают ши-

зотимиков, вызывая у них необычные состояния измененного сознания вплоть до дереализации и деперсонализации. Даже однократные или эпизодические употребления анаши приводят к появлению ощущений психосоматического дискомфорта, тревожности, появляется чувство враждебности окружающего мира, что приводит к подозрительности в отношении сверстников, к складывающимся социальным ситуациям, и эти переживания часто обуславливают спонтанную, неадекватную гетероагрессию.

Подобная необычность переживаний шизотимиков, вызванная употреблением алкоголя и наркотиков и последующим изменением поведения, настаивает на свертниках и даже отталкивает их от шизотимиков, увеличивая осознание различий между ними и основной массой сверстников, относящихся к средней полосе нормы. И тем не менее появляющаяся психологическая жестокость во взаимоотношениях в сочетании с бескомпромиссностью, целеустремленностью, эвристичностью, дает основание шизотимикам сохранить пальму лидерства даже в асоциальной среде, в асоциальной субкультуре.

Встав на асоциальный путь, шизотимики отдают на алтарь криминальной субкультуры свои эвристические способности, свои возможности к многоходовому прогнозированию, прагматичность, которые не могут не представлять социальную ценность для интеллектуальной элиты преступного мира. Достаточно легко входя в элиту преступного подросткового мира, шизотимики также демонстрируют хорошую приспособляемость и толерантность к негативным социально-стрессовым условиям жизни. Их природная справедливость, честность и надежность в партнерских преступных отношениях высоко ценятся представителями и лидерами криминальной субкультуры. Возможность лично-характерологической структуры шизотимиков “держать” социальные удары позволяет им добиться и прочно сохранять позиции лидеров преступного подросткового мира. Шизотимики постепенно становятся мастерами интриги, жестокими, холодными и бескомпромиссными в достижении цели. Легко вычисляя скрытых лидеров закулисной межличностной интриги благодаря прагматическому и эвристическому интеллекту, умению педантично и целенаправ-

ленно навязывать свою волю окружающим, постоянно приводя рациональные аргументы, соответствующие принципу “понятий”, шизотимики устраняют и/или нейтрализуют личных конкурентов в преступном мире чужими руками. Формирование асоциального стереотипа поведения представляет собой начало личностно-характерологического дрейфа в сторону диапазона пограничной аномальной личности.

1.4.2. Пограничная аномальная личность - шизоидный вариант

Следует сразу подчеркнуть, что эвристичность и интеллектуальный прагматизм у представителей ПАЛ сохраняется, но в значительной мере теряется прагматизм поступков и поведения. Происходит как бы растворение поведенческого рационализма в эмоциональном негативизме, в противоречивости переживаний конституциональных шизоидов. Их эмоциональная черствость становится заметной и осязаемой окружающими. Сверстники не стесняясь упрекают радикальных шизоидов в их эмоциональном бездушии, в отсутствии эмоционального компонента эмпатии, в нежелании и неумении научиться поведенческим, эмоциональным приемам, демонстрирующим эмпатичность личности, которая столь дорога и необходима в общении, особенно в подростковом возрасте.

Слабое проявление эмоциональной составляющей эмпатии накладывает существенный отпечаток на поведенческий стереотип конституциональных шизоидов. Они с трудом переносят общество сверстников, где требуется повышенная или даже средняя, обывательская коммуникативность, общительность, эмоциональность. Конституциональные шизоиды в силу своей эмоциональной замкнутости и холодности предпочитают общение с элективным кругом сверстников, представителей которого сами для себя определяют, но сверстники зачастую протестуют против “включения” своей кандидатуры в этот схематичный, вырванный из реальной жизни, умозрительный круг шизоидов. Именно поэтому конституциональные шизоиды часто остаются в одиночестве, но не тяготеют им, а все больше предпочитают ситуацию одиночества, так как

отсутствует понимание в подростковой среде, и шизоиды зачастую воспринимаются как «белые вороны».

Физическая, моторная, пантомимическая диспластичность также сразу бросается в глаза окружающим, с большей убежденностью заставляя отнести конституциональных шизоидов к категории “белых ворон”. У конституциональных шизоидов заметна неравномерность и дисгармоничность развития верхних и нижних конечностей относительно друг друга и относительно туловища; неравномерность развития мышечной и жировой ткани на конечностях и туловище; моторная неловкость, отсутствие точности и синхронности в координации движений, особенно мелких движений, что в значительной степени накладывает отпечаток на почерк шизоидов, который чаще характеризуется как “корявый”, с постоянно меняющимся наклоном букв, изменением геометрии букв. Для пантомимики шизоидов свойственна тенденция к неадекватности реакций (на похоронах блуждающая полуулыбка, на именинах - гримаса отрешенности и/или печали), представляющая собой эквивалент амбивалентности. Наконец, пантомимика характеризуется неуклюжестью, отсутствием пластичности. То при ходьбе ноги каким-то особым образом выбрасываются вперед, то несколько вычурно особым образом развернуто туловище или подергиваются плечи, или выступает голова впереди туловища. Иначе говоря, конституциональный шизоид визуально выделяется в толпе или когда один идет по улице. Мимика больше однообразная и без тонкой нюансировки эмоциональных переживаний.

У конституциональных шизоидов ПАЛ также сохраняются всевозможные способности, в частности, к точным наукам. Они легко постигают абстрактный мир геометрии, физики, математики, радиоэлектроники, программирования, оставаясь равнодушными к изяществу внешних форм пантеры и гусеницы или почти человеческой привлекательности дворняги. Алгоритм мышления шизоидов конгруэнтен алгоритму математических программ, искусства, несущего в себе абстрактное смысловое содержание. Они относительно легко переживают и осознают тайны различных древних мистерий, метафизическую

природу восточных религиозно-философских учений. Легко интеллектуально постигают глубинный смысл таких понятий, как медитация, трансцендентность, “сатори”, “инсайт” и т. д. Для шизоидных представителей ПАЛ легче постичь глубинный смысл даосизма, цзен-буддизма, чем эмоциональный и/или душевный мир живущего рядом с ними близкого человека. Нельзя не отметить, что шизоиды постигают абстрактные учения несколько механистично. Им трудно бывает объяснить смысл пережитого, содержание интеллектуальных постижений религиозно-мистических учений. Налет механистичности, таким образом, дезавуирует смысл учения, постижения и ничего не дает для практической жизни шизоида. Последний не в состоянии перенести творческое начало учений в реальную жизнь и пользоваться плодами учебы. Для конституциональных шизоидов все вышеперечисленное становится догмой, которая упрямо механически повторяется, создавая ореол одиозности вокруг личности подростка. Сверстники не видят смысла, практического выхода в увлечениях шизоидов, и это еще больше отталкивает их друг от друга.

Сохраняется склонность к анализу, достаточная четкость и точность прогнозирования социальных ситуаций и/или межличностных отношений заставляет сверстников прислушиваться к мнению конституциональных шизоидов и высоко оценивать их способности. Однако подростковая среда категорически отвергает притязания конституциональных шизоидов на лидерство, если такое наблюдается. Формализация в оценках, роботизация поведения, бездушность, нетерпимость к мнениям, черствость, отсутствие эмпатичности представляет собой непреодолимое препятствие для занятия места лидера группы. Сверстники тяготятся более или менее длительным общением с конституциональными шизоидами, с которыми достаточно сложно найти общий язык, ощутить эмоциональную теплоту, прийти к компромиссному решению, а главное, выполнять условия компромисса. Формализованность поведения ограничивает продуктивность общения, принятия совместных решений, действий.

Эмоциональная черствость и бездушие конституциональных шизоидов отталкивает от себя их сверстников. Эмоциональная и поведенческая противо-

речивость, как эквивалент амбитендентности, непредсказуемость поведения заставляет сверстников быть всегда настороже с конституциональными шизоидами и жестко предупреждать их любые попытки лидировать в подростковой среде. Подобная ситуация способствует обращению конституциональных шизоидов к миру грез, фантазий, которые чем больше не соответствуют реальным условиям социальной среды, тем дороже и ценнее для психологических переживаний шизоидов. Часто конституциональные шизоиды схему своих грез и переживаний пытаются перенести в социальную реальность, но, сталкиваясь с мощным психологическим сопротивлением, отступают, вынужденно предпочитая смотреть на мир и оценивать социальную среду сквозь иллюзорную призму собственных схем.

В быту, на работе конституциональных шизоидов чаще царит хаос и неразбериха. Они не в состоянии обустроить свой быт в соответствии с представлениями о комфорте средней полосы нормы или шизотимика. Конституциональные шизоиды чаще живут всепоглощающей, оторванной от действительности исторической, социальной, философской, гуманитарной идеей в ущерб своим бытовым условиям, за что справедливо получают нарекания от своих близких, производя впечатление практически неустроенных людей. Увлечения конституциональных радикалов также характеризуются оторванностью от реальности, непрактичностью, а порой и нелепостью с точки зрения обыденного сознания. Когда же шизоидные представители ПАЛ объясняют смысл своего хобби, то можно увидеть внутреннюю логику и высокую этическую или нравственную цель.

Часто конституциональные шизоиды увлекаются религиозными, мистическими и утопическими идеями, концепциями о переустройстве мира, усовершенствовании человека или человечества в целом; концепциями генной инженерии, целью которой является моральное, нравственное совершенствование человека. При этом они могут самостоятельно проводить сотни и тысячи бессмысленных экспериментов с насекомыми, животными. Они легко постигают компьютерный мир, а главное, мир виртуальной реальности, который за-

частую становится их настоящим основным местом жизнедеятельности в ущерб реальной жизни, реальным человеческим отношениям и ценностям.

Часто находя общий язык на интеллектуальном уровне, по интересам с кем-либо из сверстников, шизоиды, тем не менее, сохраняют эмоциональную изоляцию и сложность межчеловеческого общения. Они лишены прочных привязанностей и партнерской надежности, которая столь характерна для шизоидных акцентуантов, но представители ПАЛ не тяготятся подобной ситуацией, они даже не до конца осознают сложившийся стереотип отношений.

Изменения социально-психологической ситуации до такой степени, когда она начинает мешать и препятствовать увлечениям шизоидов, когда она нарушает сложившуюся схему их внутреннего мира и, наконец, когда ситуация провоцирует шизоидов отойти от догматичных представлений о мире, о человеке и требует реального погружения в мир человеческих чувств, отношений, переживаний вот такая ситуация является патогенно-стрессовой для шизоидов. Именно такая социально-психологическая психотравмирующая ситуация приводит к развитию пограничных нервно-психических расстройств через определенный временной этап усиления аномальных личностных, психологических переживаний. Психотерапия обнаруживала определенную резистентность к психотропным препаратам и элективность к различным группам указанных лекарств.

Психотравмирующая ситуация или иное экзогенное воздействие (черепно-мозговая травма, инфекционное, токсическое, экологическое поражение мозга) провоцирует эндогенные механизмы конституциональной недостаточности мозга, результатом чего является развитие, психогенных патологических реакций, патохарактерологических и постреактивных формирований личности, неврозов, неврозоподобных и психопатоподобных расстройств. Подобные личностные и поведенческие декомпенсации служат основой развития «краевых» форм психопатии с позиции О.В. Кербилова. Шизоидные представители ПАЛ являются когортой, из которой формируются подростки с девиантными стереотипами поведения. Однако они не в состоянии занять лидирующее по-

ложение в криминальной или иной асоциальной субкультуре в силу отсутствия интуиции, эмпатии, амбивалентности и амбитендентности, формализованности поведения и ограничения коммуникативных способностей. Но в любом случае наблюдается прорыв индивидуального барьера психологической и психической адаптации с последующим дезадаптивным поведением, нарушением отношений с социальной средой. Шизоидные представители ПАЛ не могут “держать” социальный удар как, например, шизоидные акцентуанты.

Настоящие наблюдения подтверждают гораздо более низкую толерантность шизоидов к социально-психологическим стрессовым ситуациям и любым экзогенным воздействиям в целом; ограниченность адаптации, которая устойчива преимущественно в элективном социальном круге (семейном, производственном); легкость возникновения заострений личностных и характерологических черт.

1.4.3. Эпилептоидный тип акцентуации характера

Эпилептотимики по классификации Э. Кречмера. Даже внешне эпилептотимики отличаются от своих сверстников более гармоничным, крепким телосложением, равномерным развитием мышц, жировой прослойки, более соразмерными пропорциями конечностей и туловища, чаще свойственными атлетам, нормостеникам с хорошо развитым плечевым поясом, шеей, достаточно крупными кистями рук и стопами ног. Бесстрастное выражение лица часто сменяется эмоциональной живостью, игрой мимических мышц, отражающей жизнерадостность и жизнелюбие. Но в любую секунду оно вновь готово смениться на ровное бесстрастное выражение, если этого потребуют обстоятельства. Часто можно видеть элементы чувственности в лице - в крыльях носа, форме губ, глаз и т. д.

Кроме этого, они характеризуются высоким жизненным тонусом, высокой работоспособностью, выносливостью, низким уровнем утомляемости. В большинстве своем они целеустремленны, педантичны, аккуратны, добросовестны и даже скрупулезны в выполнении заданий. Подобное сочетание качеств

плюс хорошие природные способности к обучению, приобретению практических навыков на базе общей эрудиции позволяют им достаточно быстро продвигаться как в учебе, так и работе. В межличностном общении эпилептотимики достаточно гармоничны, они умеют быть эмоциональными, им свойственна насыщенность эмоциональных и инстинктивных переживаний. Они легко находят контакт с окружающими людьми, интуитивно чувствуя их психологические слабые и сильные стороны, что позволяет им завоевывать расположение сверстников и партнеров.

С другой стороны, если у акцентуантов складываются неприятельские отношения, то они по мере возможности не усугубляют их, но и не уступают, стремясь в последующем к доминированию. Если же в будущем ситуация с соперниками будет складываться в пользу эпилептотимика, то последний обязательно использует ее для того, чтобы “отдать долг прошлого”, хотя специально строить планы мщения, создавать соответствующую ситуацию не будет. Другими словами, эпилептотимики не изводят себя бесплодными планами, фантазиями мести, они просто помнят, очень долго помнят про нанесенную обиду или оскорбление своего достоинства.

Эпилептотимиками управляет честолюбие и меркантилизм, которые они хорошо скрывают, а также чувство самости и сентиментальности. Чем выше интеллект и шире культура эпилептотимиков, тем легче им добиваться расположения вышестоящих и налаживать прочные отношения со сверстниками и нижестоящими по социальной лестнице. В общении со всеми, кто не выше их по социальной лестнице, они стремятся использовать принцип: “тебе надо со мной общаться, сотрудничать, а не нам надо общаться, сотрудничать”. Со всеми, кто находится выше по социальной иерархии, эпилептотимики стремятся сохранять паритетные отношения, но без панибратства, достаточно искусно оттеняя разницу в социальной иерархии.

По увлечениям, интересам эпилептотимиков можно определить часто скрытый преимущественно меркантильный смысл увлечений. Эпилептотимиков нельзя отнести к эстетствующим подросткам, как шизотимиков, они более

материалистичны и приземлены. Если они разводят декоративных рыбок, то они не столько наслаждаются красотой аквариума и эстетствуют по поводу спаривания рыбок, сколько их больше интересует вопрос о реализации рыбного потомства, что может принести весьма значительные суммы. Точно так же они не будут собирать, искать монеты, выпущенные во времена Цезаря Августа, ради их исторической ценности, они будут собирать те монеты, которые имеют собственно нумизматическую ценность или представляют значимость как золотые изделия и украшения. Природа наградила их способностью по игре света и тени, особому переливу граней отличать драгоценные камни от полудрагоценных и обычных. Им дано от природы получать чувственное наслаждение от «игры» бриллиантов, золота. Еще будучи подростками эпилептоиды всегда приобретают, накапливают материальные ценности в денежном или товарном эквиваленте. В зависимости от уровня культуры, интеллекта меркантильные черты проявляются более выпукло или же зашториваются и искусно скрываются.

Честолюбие сочетается у них со склонностью незаметно, но прочно подчинять себе окружающих, привязывать их к себе сотнями незримых уз, от личного обаяния и привлекательности до психологического садизма, с помощью которого эпилептоиды психологически частенько паразитируют на акцентуантах сенситивного, психастенического вариантов, относимых к шизоидному типу. Эти особенности позволяют эпилептотимикам не только завоевать, получить власть, но и удерживать ее. Меркантилизм может служить у эпилептоидов одним из средств достижения власти, а честолюбие является одним из средств реализации меркантилизма. Именно поэтому подростки эпилептотимики всегда более состоятельны по сравнению со своими сверстниками. Они обладают потрясающим социальным чутьем на всякого рода коммерцию и бизнес. Очень рано и неплохо они постигают экономику, финансы, часто занимаясь самообразованием.

Эпилептотимики, как и шизотимики, от природы награждены способностями и к точным, и к гуманитарным наукам. Чем бы они ни занимались, их

работоспособность, усидчивость и добросовестность в сочетании с интеллектуальными способностями позволяют добиться многого. При этом у них всегда сохраняется трезвая самооценка, тактические и стратегические задачи они ставят себе реальные и неуклонно добиваются их реализации. Как и шизотимики, план на день, на неделю, на год с вполне конкретной выгодой для себя они научаются составлять уже в подростковом возрасте, стремясь затем сделать все, чтобы достичь поставленных целей.

Сила в сочетании с инертностью и подвижностью нервных процессов позволяет им очень точно строить свое поведение для достижения цели. Поэтому практически любые социально-психологические трудности преодолимы для акцентуантов, их трудно застать врасплох. Эпилептотимики достаточно легко находят выход из самых запутанных ситуаций, причем зачастую близкий к оптимальному из любой сложной социальной ситуации. Психотравмирующее влияние на них может оказать лишь ситуация, угрожающая честолюбивым планам, лишаящая принадлежащих им материальных ценностей (мотоцикл, деньги, украшения). Только в этом случае мы можем увидеть эмоциональную и инстинктивную “бурю”, которую эпилептотимики, независимо от культуры и интеллекта, не смогут завуалировать. Нельзя не отметить тот факт, что в большинстве случаев подобная “буря” будет достаточно кратковременна, и эпилептотимики сумеют в конечном итоге сдержаться и контролировать свои мысли, высказывания и поведение.

Иногда на пути к достижению цели в ситуации длительного эмоционального напряжения, когда нарушаются намеченные сроки реализации выполнения тех или иных задач, эпилептотимики также могут дать кратковременную эмоциональную реакцию раздражения, вплоть до ярости и гетероагрессии. Особенно это характерно в ситуациях, когда подобные задержки в реализации возникают по объективным причинам, а не по их вине. Тем не менее, “взбучку” получает слабейший в физической и/или психологической иерархии подростковой среды.

Лишь только в случаях невысокой культуры, невысокого интеллекта эмоциональная инстинктивная буря может быть достаточно длительной, сопровождаясь грубыми конфликтами и драками. Вообще нельзя также не отметить, что эпилептотимики, имея хорошие физические данные, зачастую скрываемые до поры до времени, никогда не избегают физических конфликтов. Даже иногда сами провоцируют сверстников, чтобы те первыми вступили с ними в драку. В дальнейшем они получают глубокое чувство удовлетворения, избив, часто поделом, своего соперника, при этом полностью контролируя и владея собой. В драке расчетливы, хотя и азартны.

Эпилептотимики также получают колоссальное наслаждение от всяческих интриг, инициаторами которых они сами являются. Активно используя своих сверстников “втемную”, о чем те и не подозревают. Эпилептотимикам удается добиваться нейтрализации даже взрослых лидеров, часто ставя учителей, воспитателей, родителей в смешное, глупое положение, внося раздор в их отношения вплоть до серьезных конфликтов.

В дальнейшем эпилептотимики выступают в качестве посредников третейских судей и мирят стороны со значительной психологической и материальной выгодой для себя. Или не делают этого, если представляется конкретная выгода. И лишь шизотимики могут противостоять им в их сложной, искусной, многоходовой, социально-психологической интриге. Чаще всего именно шизотимики могут не просто “вычислить” организаторов интриги, но активно им противостоять, добиваясь справедливости и правды. Интересно, что вычислить эпилептотимиков-интриганов могут акцентуанты и циклоидного, и истероидного типа, но противостоять, обоснованно доказав свои позиции и вскрыв “гнилую сущность” эпилептотимиков с позиций подросткового максимализма, могут лишь акцентуанты шизоидного типа.

В условиях хронического психологического стрессирования они склонны употреблять спиртные напитки, чтобы снять нарастающее эмоциональное напряжение, которое может мешать им принимать адекватные решения и реализовать их. В состоянии опьянения у эпилептотимиков проявляется сентимен-

тальность до слез и/или грубая чувственность с вульгаризированным поведенческим оттенком. Однако на смену подобному поведению в опьянении приходит суровая сдержанность вплоть до жесткости в отношениях и психологического садизма.

Эпилептотимики любят и стремятся ощущать свое превосходство над окружающими людьми, получая от этого глубокое психологическое удовлетворение.

Сексуальная жизнь эпилептотимиков насыщена событиями, поскольку чувственность является характерной чертой их инстинктивной жизни. Они умеют и любят получать чувственное наслаждение и от драки, и от азартных игр, и конечно, от секса. Начав с онанизма, они достаточно быстро переходят к реальной половой жизни, чаще или находя себе намного младших сверстниц, или же начиная общаться уже с молодыми женщинами намного старше себя благодаря своему раннему половому созреванию. Их сексуальная неутомимость, в чем-то даже половая неразборчивость в партнершах и легко развивающаяся чувственность делают эту сторону жизни для эпилептотимиков достаточно важной и содержательной.

В случае вступления эпилептотимиков на асоциальный путь за счет дрейфа личностных и поведенческих черт от нормы к диапазону ПАЛ, они также добиваются признания как лидеры. Более того, в асоциальной группе эпилептотимик чаще всего становится лидером или же меняет асоциальную группу. Вот тогда в полной мере раскрываются его инстинктивные способности к азартным играм, алкоголю и сексуальным наслаждениям, которые проявляются наряду с честолюбием и меркантилизмом. В асоциальной среде честолюбие нередко соседствует с жестокостью и психологическим садизмом, бытовой алкоголизацией, завистью и жадностью, которые асоциальные эпилептотимики не могут скрыть, что расценивается сверстниками как их психологическая слабость. Эту слабость зачастую используют конкуренты и противники, а также взрослые, стремясь лишить эпилептотимиков асоциальных психологических и материальных привилегий.

Эпилептотимики быстро входят в элиту преступного мира, стремясь к руководству над ним. Если шизотимики чаще выполняют роль “мозгового центра” преступной группировки, то эпилептотимики в одном лице сочетают и лидера, и казначея, и часто «мозговой трест». Их способность выдерживать практически любые социальные удары позволяет быстро завоевывать авторитет криминальной субкультуры, а их умение находить компромиссные решения, устанавливать широкий диапазон социальных связей по вертикали и горизонтали, столь необходимый для преступных группировок, позволяет сохранять лидерство и осуществлять психологическую, вплоть до физической нейтрализации конкурентов.

В криминальной среде эпилептотимики не останавливаются ни перед чем в достижении цели, чаще пытаются действовать чужими руками, организовав сильную, дисциплинированную группировку, построенную на жесткой субординации, иерархии криминальных ценностей. В ситуации срыва намеченных криминальных задач эпилептотимики легко дают волю ярости, злости и жестокости, сурово наказывая провинившихся по принципу “бей своих, чтобы чужие боялись”. И они легко добиваются полного психологического контроля над своей группировкой и индивидуального подчинения. Мастера интриги, перевоплощений, имитации, эпилептотимики легко могут доказать вину сверстника там, где ее нет, и наоборот. Главное, что они могут убедить в этом представителей криминальной субкультуры. Этого в особенности боятся как в их собственных, так и в чужих группировках.

Только угроза реального наказания, наличие сильных во всех отношениях соперников способны в той или иной мере корригировать поведение асоциальных эпилептотимиков, сформированных за счет психотипологического дрейфа из диапазона психологической нормы - акцентуации.

1.4.4. Пограничная аномальная личность - эпилептоидный вариант

Антропометрические характеристики эпилептоидов даже визуально отличаются от крайнего варианта нормы - акцентуанта. Почти всегда можно за-

метить более короткие нижние и более удлинённые верхние конечности по сравнению с туловищем, у них чаще короткая мускулистая шея и достаточно развитый торс, часто асимметричный лицевой череп с признаками яркой чувственности и игры инстинктов на лице. Конституциональным эпилептоидам даже при хорошем интеллекте, широком мировоззрении и культуре очень трудно бывает скрыть от окружающих свою меркантильность, граничащую с жадностью, самость, болезненное честолюбие и порочную склонность к чувственным наслаждениям.

Если у эпилептотимиков духовная жизнь является значимой составляющей, то у представителей ПАЛ наблюдается явный перевес материальной составляющей в жизни. Для эпилептоида важно не кушать для того, чтобы жить, а скорее жить для того, чтобы вкусно и хорошо кушать. Обильное застолье, яства, в избытке алкоголь, азартные игры, сексуальные наслаждения - вот тот круг, без которого эпилептоидам очень трудно представить реальную жизнь. Вне чувственных удовольствий жизнь для эпилептоидов теряет смысл и прелесть. Если для шизоида, представителя ПАЛ важна идея, то эпилептоид ПАЛ тоже может быть фанатичным последователем или апологетом какого-либо учения, но при этом он сочетает свою фанатическую увлеченность с реальными чувственными наслаждениями.

Эпилептоиды ПАЛ жадны, завистливы, похотливы, что часто является предметом споров, конфликтов, драк, нарушений общепринятых законов. Если эпилептоидный акцентуант, стремясь приобрести для себя материальную ценность, постарается создать такие условия, чтобы максимально законным путем эта вещь в конечном итоге ему принадлежала, то эпилептоиду ПАЛ весьма трудно сдержать свои инстинкты, управлять ими и часто, не успев дожидаться, когда ценная вещь станет законной его собственностью, эпилептоиды могут предпочесть кражу, достаточно грубый обман, вымогательство или шантаж. Всем перечисленным проявлениям способствует легко возникающий дисфорический оттенок настроения. Поэтому с подросткового возраста, даже с детства, за эпилептоидами тянется шлейф конфликтов, драк, обмана, подкупа, шан-

тажа. И опять-таки интеллект и культура в случаях ПАЛ не всегда позволяют подростку контролировать свои действия и чувства, преодолевать дисфорию с последствиями. Саморегуляция поведения большей частью оказывается недостаточной.

Даже в родительских семьях эпилептоиды стремятся к диктату, тоталитаризму, деспотизму, добиваясь этого с помощью несовершенства человеческих отношений, психологической слабости отдельных членов семьи. Часто эпилептоиды пропагандируют альтруизм, аскетизм, пуританство, вегетарианство для членов семьи, сами же следуют эгоизму, гедонизму, идеям гурманства и тайно от всех “копят богатства... богатства... богатства”, понимая последнее в пределах своего мировоззрения.

Часто ни логика, ни убеждения не помогают заставить отказаться эпилептоидов от задуманного. Даже если они видят путь компромисса, им невероятно сложно согласиться, в отличие от эпилептоидов, которые охотно идут на компромисс, понимая, что в конечном итоге они смогут получить нечто большее.

Сверстники видят отрицательные качества эпилептоидов и упрекают их в этом, сторонятся. Однако коррекции эпилептоиды поддаются с большим трудом. Часто, имея хороший интеллект, способности к точным или гуманитарным наукам, представителям эпилептоидного психотипа ПАЛ трудно себя реализовать и так же быстро, как акцентуантам, продвинуться по социальной лестнице. С одной стороны, тормозной компонент волевой функции в виде сдерживания ослаблен, а такое свойство нервной системы, как инертность, все больше напоминает ригидность. Поэтому зачастую желание и обладание, достижение цели у радикалов соединяется в одной единице времени. Им трудно ждать завершения какой-либо комбинации, которую они сами же рассчитали. В результате - конфликт и недоразумение со сверстниками.

Кроме перечисленных видоизменяющихся личностно-характерологических черт от акцентуации до ПАЛ нельзя не отметить усиление злопамятности, мстительности, сочетающихся с откровенной, часто вульгаризированной

льстивостью. Особенностью эпилептоидов является тот факт, что если им приходилось пресмыкаться перед кем-либо, унижаться, льстить, оскорбляя собственное достоинство для достижения поставленной цели, то достигнув ее, он не преминет отомстить, используя прессинг психологического и даже физического садизма. В отличие от акцентуанта эпилептоидный психотип ПАЛ не будет ждать, когда ситуация сама по себе позволит ему отомстить, а он будет активно строить реальные планы для завершения реальной мести в отношении того, перед кем он пресмыкался.

Тенденция к психологическому садизму все более заметна и ярче проявляется, все чаще она “обрастает” склонностью к физическому садизму по отношению к более слабым сверстникам, младших, бессловесных, униженных, оскорбленных, которые почти наверняка не смогут постоять за себя. И чем больше эпилептоиды не встречают отпора, чем меньше регламентация поведения, тем заметнее дрейф личностно-характерологических черт и их фиксация около диагностического диапазона психопатии.

При выраженности подобных личностно-характерологических свойств представителей эпилептоидного психотипа ПАЛ можно наблюдать весьма бурную реакцию не столько на стрессовые ситуации, сколько даже на бытовые, в которых заметна даже минимальная угроза, перспектива лишения их материальных благ, чувственных удовольствий, наслаждений, ограничения их самости. В этих случаях эпилептоиды часто дают бурные аффективные реакции, вплоть до эксплозивности, дисфории в виде тоскливо-злобного настроения, гетероагрессивной направленности. Подобные переживания приводят к конфликтам, дракам, нарушению правового поля. Очень часто алкоголь не только расслабляет, снимает дисфорический фон настроения, но в больших или малых дозах может провоцировать эксплозивные реакции, гетероагрессию, если психотипологические эпилептоидные особенности отягощены признаками минимальной мозговой недостаточности и/или вялотекущей органической неврологической симптоматикой. Если эпилептоиды не снимают нарастающее чувство социально-психологической неудовлетворенности, которое ослабляется, блек-

нет на фоне приема алкоголя, транквилизаторов или любых седативных препаратов, то аффективный, дисфорический, эксплозивный взрыв неизбежен. Социально-психологические последствия подобного взрыва зависят от ситуации и физиологического состояния эпилептоида.

Любые экзогенные факторы, которые оказывают хроническое деструктивное воздействие на мозг эпилептоида (экология, травмы, интоксикации, инфекции), способствуют нарастанию минимальной мозговой дефицитарности. Последняя, в свою очередь, представляет собой органическую основу, на которой легко формируются патологические психические реакции и пограничные психические состояния. Эпилептоидные представители психотипа ПАЛ в силу особенностей стереотипа поведения практически не могут избежать черепно-мозговых травм, интоксикационных воздействий на мозг. Экзогенные воздействия деструктивно влияют на личностно-характерологическую структуру эпилептоидного психотипа в рамках ПАЛ, провоцируя негативный конституционально-типологический дрейф к диапазону психопатий.

Тем не менее следует подчеркнуть, что систематизация регламентированного поведения дисциплинирует эпилептоидов, ограничивая и не потворствуя реализации порочных склонностей. Своевременное систематическое проведение психологической коррекции, психотерапии профессиональными психологами и психотерапевтами позволяет добиться существенной коррекции личностно-характерологических особенностей конституциональных эпилептоидных представителей ПАЛ, во всяком случае банальные стрессоры эпилептоиды начинают выдерживать, самостоятельно нивелируя пограничные психологические и психопатологические переживания, свойственные пограничным аномальным личностям. Следовательно, усиление роли социальных институтов в общественном сознании, регламентация социально-психологических стереотипов поведения ограничивает возможности негативного дрейфа эпилептоидов из диапазона ПАЛ к границам психопатии.

Психофармакологическая коррекция конституционально-типологических черт эпилептоидов диапазона ПАЛ также достаточно успешна. Более того, сле-

дует пропагандировать идеи первичной психофармакологической коррекции конституциональных личностно-характерологических эпилептоидных черт диапазона ПАЛ. Первичная психофармакологическая коррекция, “смягчая” проявления конституционально-типологической недостаточности, позволяет более прагматично и успешно планировать тактику и стратегию психологической коррекции и психотерапии. В этом случае можно рассчитывать на достижение весьма ощутимых профилактических психофармакологических и социально-психологических результатов коррекции личностных реакций и поведенческих стереотипов эпилептоидов, психотипологическая структура которых отвечает критериям диагностического аномального диапазона ПАЛ.

1.4.5. Акцентуанты истероидного типа

Истеротимики, или скиртотимики. Физические характеристики истеротимиков отличаются определенным диапазоном: от астеничных личностей с тенденцией к нормостении до пикников с тенденцией также к нормостении. Пантомимика достаточно пластична, на лице отражается одновременно множество чувств и переживаний, выражена мимическая живость в ответ на любые внешние раздражители. Чем выше интеллект и шире культура, тем более утонченная и адекватная эмоциональная игра отражается на лице.

Жизненный тонус истеротимиков характеризуется средним уровнем или даже выше среднего, в связи с чем и работоспособность аналогична тону. Представителям данного психотипа требуется чаще делать перерывы в работе, учебе, отдыхать или переключаться на другой вид деятельности, чтобы сохранить работоспособность на должном уровне. Истеротимики отличаются хорошей способностью к имитации, что позволяет им “схватывать на лету” все, что касается учебы, навыков, особенностей межлических отношений. И благодаря неплохой памяти складывается обманчивое впечатление, что обучение, приобретение навыков истеротимикам дается легко. На самом же деле они не всегда достаточно глубоко понимают и осознают внутренние связи предметов, явлений. Для них больше характерно поверхностное восприятие мира, но эмо-

циональное и яркое, а также искренняя иллюзорная убежденность, что они всегда смогут легко достичь привилегированного положения за счет своих способностей. Присущая им амбициозность поддерживает эту уверенность. В своих богатых фантазиях они всегда играют роль героев, часто перенося результаты фантазирования (победу, достижение успеха, признание даже противниками) в реальную действительность. Этой особенностью можно объяснить некоторую социальную пассивность истероидов в сложных для них ситуациях: «все равно добьюсь успеха».

Благодаря живому темпераменту, яркому образному восприятию и воображению истеротимики часто на первых порах опережают своих сверстников в учебе, тренировках, работе, что создает иллюзию особых интеллектуальных способностей. В последующем они прекращают активно заниматься и спустя время неожиданно обнаруживается, что их терпеливые сверстники, “тугодумы”, с точки зрения истеротимиков, значительно продвинулись вперед, приобретя прочно усвоенные знания и навыки, чтобы их догнать, требуется время, а главное, опять же кропотливый труд, на что у истеротимиков не хватает ни времени, ни желания. Поэтому часто истеротимики оказываются худшими учениками, чем их менее привлекательные и внешне менее яркие сверстники. Истеротимикам трудно с этим смириться, их высокий уровень притязаний при недостаточности психобиологических резервов часто служит основой для недоразумений, конфликтов и обвинений окружающих в предвзятости.

Именно таким образом истеротимики объясняют свою недостаточную работоспособность, отсутствие искреннего желания добиваться успехов кропотливым трудом, свое легкомыслие, недостаточную добросовестность, ответственность и чувство товарищества. У истеротимиков существует масса причин, чтобы в неудачах обвинить объективные обстоятельства или конкретных людей. В то же время следует отметить высокую самооценку, склонность к авантюризму, который быстро разбивается о “суровые, а не иллюзорные скалы реальной действительности”.

В то же время, если истеротимики обладают хорошим интеллектом, хорошей культурой, то они способны к глубоким аналитическим и философским обобщениям, а живость ума и красочность воображения позволяет им создать достаточно адекватные представления о мире, о человеческих взаимоотношениях. При таких условиях истеротимики действительно легко догоняют в учебе своих сверстников и даже обходят их, что вновь дает повод для иллюзорного самоуспокоения и убежденности в том, что именно они самые способные и талантливые. В последующем представители истероидного психотипа вновь прекращают активно заниматься учебной, тренировать свой интеллект и память, а в конечном итоге неизбежно отстают от своих сверстников, обвиняя во всем внешние обстоятельства, учителей, родителей, систему в целом.

Истеротимики, так же как и эпилептотимики, обладают способностью к достаточно глубокому и точному интуитивному восприятию окружающих людей. Они могут дать полноценную оценку окружающим людям с первого взгляда. Другой вопрос в том, что для них затруднительно интеллектуальные потенции закрепить в соответствующем социально-приемлемом стереотипе поведения и терпеливо следовать собственной оценке и прогнозу во взаимоотношениях с людьми. Чаще истеротимики пользуются своими способностями для того, чтобы произвести первое яркое впечатление, а дальше им становится неинтересно и скучно ожидать позитивных плодов межличностного общения или реализации какого-либо дела. Они стремятся сразу произвести эффект необычного загадочного человека, наделенного особыми способностями, интеллектом, пронизательностью, граничащей с мистикой, получив все мыслимые и немыслимые блага, но сегодня и сразу. Однако со временем они научаются сдерживать себя, вырабатывают терпение, овладевают самоконтролем и с большой выгодой для себя могут пользоваться способностью производить яркое впечатление на окружающих людей, часто выдавая желаемое за действительное. Истеротимики стремятся, и зачастую им это удается, “купаться” в лучах славы, создать о себе ореол таинственной и загадочной личности, обла-

дающей уникальными, необычными способностями. Имитационные способности иногда помогают им в этом, особенно на первых порах.

В реальной жизни истеротимики больше стремятся казаться кем-либо, чем быть на самом деле личностью. Они словно живут в иллюзорном мире, в котором плохо учитываются конкретные ситуации. Из-за этого истеротимики производят впечатление несколько инфантильных, ювенильных личностей. Они постоянно нуждаются в той или иной степени опеке, социально-психологической защите от жесткого, сурового и не очень справедливого окружающего мира, с их точки зрения. Подсознательно большинство из них стремятся найти себе покровителей, которые бы их защитили, оградили их тонко чувствующую, изнеженную и возвышенную натуру от грубости, грязи, цинизма и несовершенства человеческих отношений. Истеротимики часто изображают себя жертвами обстоятельств, ситуаций, интриг.

1.4.6. Пограничная аномальная личность -истероидный вариант

Внешне отличаются оживленной пантомимикой, не всегда адекватной ситуации, но с тенденцией к экспрессии и экзальтации. Подвижны, суетливы, беспокойны, везде успевают вставить свои замечания, с их точки зрения необходимые и существенные. На самом же деле, замечания в большинстве своем пустые и ничего не значащие. Заметно стремление изобразить себя, представить себя в более выгодном и значимом свете. В зависимости от уровня интеллекта и широты культуры, мировоззрения они стремятся копировать “лучших” представителей той социальной среды, той субкультуры, к которой они относятся или к той субкультуре, к которой, по их мнению, они должны принадлежать. Однако, несмотря на вполне удовлетворительную имитацию пантомимики, модуляций голоса, копирование поведенческих стереотипов скорее выглядит гипертрофированно или даже утрированно по сравнению с социально-психологическим оригиналом, однако представители истероидного психотипа ПАЛ не замечают столь разительных различий между тем, кем они являются на самом деле, и тем, кого они изображают.

Заметно стремление быть в центре внимания, выражена психологическая “жажда” признания несуществующих заслуг, поклонения, обожания и восторженного восприятия окружающими. Истероидам неважно, если это чисто внешние, искусственные, даже лицемерные проявления эмоций со стороны окружающих, главное, чтобы были овации, цветы, улыбки, аплодисменты. Даже если после лицемерных встреч и восторгов общества они услышат реальную оценку своей деятельности, самих себя, которая будет диаметрально противоположна восторгам, истероидов это устроит, так как все уже будет происходить один на один. Главное, чтобы коллектив, толпа восторгались и рукоплескали. За социально-психологическими кулисами сцены истероиды часто униженно изображают роль психологических мазохистов. Если истероиды знают, что вслед за оскорблениями и унижениями, растаптыванием их самолюбия тет-а-тет последуют лживые признания в их доблести, “крутости”, то они согласны терпеть любые унижения, лишь бы в обществе услышать хвалебно-лицемерный отзыв в свой адрес.

Представители истероидного психотипа ПАЛ готовы пожертвовать чем угодно, лишь бы добиться признания своего мнимого авторитета, и поскольку не удается этого сделать позитивными способами, используют любые негативные способы, лишь бы обратить на себя внимание. Практически отсутствие таких характерологических свойств, как выдержка, целеустремленность, терпеливость, быстро приводит к конфликтам и недоразумениям, так как истероиды хотят признания и восторгов” “здесь и сейчас”. Истероиды не в состоянии рационально воспользоваться теми способностями, которыми зачастую награждены от природы, от чего очень страдают, видя блестящую реализацию весьма посредственных способностей своих сверстников, когда последние “выжимают” для себя максимум социальных и психологических преимуществ. И чем больше и чаще истероиды говорят об этом вслух, тем хуже для них оборачивается ситуация и отношение сверстников.

Другая категория ПАЛ истероидного психотипа стремится добиться признания, внимания, каких-то социально-психологических “льгот”, изображая из

себя “жертву” социальной несправедливости - или тирана-начальника, или семейного деспота. Психологическая гипертрофия образа “жертвы” один из любимых поведенческих стереотипов истероидов, что указывает на их склонность к психологическому мазохизму.

Для всех истероидов характерна лживость, псевдология, сочетающаяся с наигранностью, искусственностью внешних эмоциональных проявлений, чувств, эмоциональной и личностной зависимостью от окружающих и в особенности от лидеров. Чем больше истероиды врут, строя свои межличностные отношения, тем больше они верят в собственную ложь и тем труднее от нее в последующем отказаться. Ложь еще больше усугубляет межличностные противоречия с полной потерей доверия к истероидам. Более того, представители ПАЛ истероидного психотипа навсегда теряют характеристику надежных и ответственных партнеров.

Психологическая неустойчивость, лживость и личностная зависимость практически всегда мешает достичь поставленной цели. Истероиды могут очень красиво рисовать свои перспективы, перспективы своего дела, но легкая отвлекаемость, трудно контролируемое желание пожинать плоды, а не трудиться, отсутствие твердости и самостоятельности в принятии решений мешают им в достижении намеченных целей. Они чаще желаемое выдают за действительное, в конечном итоге сами веря в это. Тезис “казаться, а не быть” как нельзя более точно подходит к представителям ПАЛ истероидного психотипа.

Опять-таки радикалам не хватает выдержки, терпения довести дело до конца и реализовать тезис “быть, а не казаться”. Эта личностно-характерологическая особенность часто толкает истероидов на авантюры, аферы, которые заранее тщательно не продуманы в отличие от эпилептоидов, в которых много примитивных импровизаций, наконец, возникающие за счет переоценки собственных психобиологических способностей и недооценки аналогичных возможностей окружающих. Истероиды всегда переоценивают свои способности и возможности, что, очевидно, является их защитной реакцией. Их самооценка всегда неадекватно завышена.

Если истероиды попадают в асоциальные компании, то они стремятся понравиться асоциальной среде, старательно копируя, имитируя “лучшие” асоциальные стереотипы поведения, но поскольку их психобиологические возможности отличаются весьма средним уровнем жизненного тонуса, их поведение больше похоже на карикатуру. Результатом подобного поведения является их развенчивание, раскрытие «истинной трусливой сути».

Начиная употреблять спиртное, быстро спиваются за счет невысокого уровня толерантности к экзогенным воздействиям, а в состоянии опьянения отличаются инфантильным поведением, что вызывает насмешки и упреки. Аналогичная ситуация возникает при употреблении наркотиков, что в конечном итоге вызывает к ним снисходительное, презрительное отношение со стороны представителей асоциальной среды. Попытка имитации асоциальной “крутизны” в делинквентной или криминальной подростковой среде также приводит к социально-психологическому фиаско с разрушением индивидуального барьера психической и психологической адаптации, что способствует усугублению личностных и поведенческих аномалий, формированию психогенно обусловленных пограничных психических расстройств.

Именно поэтому представители ПАЛ истероидного психотипа в асоциальной субкультуре занимают последние места в иерархии, довольствуясь социальной ролью эмоционально незрелых, инфантильных жертв и психологических мазохистов. Хотя и в этой ситуации пытаются добиться хотя бы каких-либо льгот.

Даже при условии хорошего интеллекта, культуры и мировоззрения истероидов в асоциальной субкультуре быстро “раскалывают” и заставляют играть ту социально-психологическую роль, реализовать тот поведенческий стереотип, которого они достойны, учитывая их личностно-характерологические особенности.

Истероиды с трудом выдерживают любые социально-психологические трудности, бытовые стрессоры, которые легко приводят их к состоянию социально-психологической дезадаптации. Бурная эмоциональная экзальтированная

первая реакция сменяется патологическими психическими и психологическими переживаниями, характерными для пограничной аномальной личности. У истероидов достаточно легко формируются сложные психопатологические реакции типа истеро-ипохондрических, истеро-субдепрессивных, истеро-фобических, ювенильных, которые купируются с помощью методов психотерапии, психокоррекции в сочетании с психотропными препаратами.

В случае присоединения экзогенных факторов (черепно-мозговые травмы, интоксикации центральной нервной системы, экологические воздействия) или неразрешимости стрессирования, психотравмирующей ситуации у истероидов формируются психопатологические синдромы в рамках пограничных психических расстройств, что требует оказания специализированной психиатрической и/или психотерапевтической помощи.

Их семейные, дружеские, коллегиальные отношения чаще поверхностны, чем глубоки, они редко испытывают истинную психологическую привязанность, межличностную благодарность к окружающим их людям, так как считают, что микро- и макрообщество им “должно”, а не наоборот. Истероиды всегда тверды в убеждении, что любое сообщество им недодает, игнорирует их запросы и лишает льгот, благодарностей и всего, чего они на самом деле заслуживают. И в этой ситуации завышенная самооценка своих способностей и возможностей мешает строить истероидам надежные, крепкие дружеские, семейные и коллегиальные связи. Истероиды чаще фантазируют о том, что где-то, когда-то, возможно, в другой жизни их признают, любят и оценят, поэтому в настоящей реальной жизни истероиды легкомысленно, безответственно и даже по-детски относятся к формированию межличностных отношений. Инфантильность в виде задержки морально-нравственного развития подростков красной нитью проходит через любой поведенческий стереотип истероида.

1.4.7. Акцентуанты циклоидного типа

Циклотимики. “Название шизотимический и циклотимический ничего общего не имеют с вопросом: “здоровый или больной?”. Это общие биотипы,

“которые заключают в себе огромную массу здоровых индивидуумов” (Э. Кречмер). Внешний вид циклотимиков больше напоминает пикников или нормостеников с тенденцией к пикническому телосложению. На лице часто мы видим адекватную эмоциональную игру и, что самое главное, чаще доброжелательную, отражающую общительность и жизнелюбие. Для циклотимиков характерны следующие взаимосочетания личностно-характерологических особенностей: принципиальность и жизнерадостность, честность и требовательность, строгость и чуткость, решительность и настойчивость, общительность и сдержанность.

Чаще всего у циклотимиков имеется свой континуум. Одни циклотимики веселые, шумные, больше любящие общество и болтливость, чем монотонный труд и работу вообще. Часто могут быть весьма впечатлительны, скромны и добросовестны, отличаясь мягким чувством юмора и доброжелательностью. Практически все циклотимики внешне симпатичные, обаятельные, правдивые и чрезмерно болтливые, но в тоже время надежные и преданные друзья, соратники, коллеги. Чувство симпатии у окружающих появляется практически сразу, когда они видят приветливое и доброжелательное выражение лица, мягкие, добрые, лукавые глаза, душевность и добросердечность, которые источают циклотимики. Циклотимики характеризуются как врожденные рассказчики, которые самые обычные истории умудряются преподнести слушателям как чрезвычайно интересные и необычные, а главное, с чувством мягкого юмора, а не сарказма, и без издевки.

Многие из них отличаются целеустремленностью, подвижностью, живостью, которые сочетаются с отзывчивостью и аналитической оценкой происходящего вокруг. Такие циклотимики обладают очень высоким жизненным тонусом, большой работоспособностью, неутомимостью и всегда получают удовлетворение от сделанной работы, хотя идеализация окружающего мира, стремление к неким высшим абстрактным целям присутствует у них. Коммуникабельность и общительность в сочетании с природными способностями позволяют им легко продвигаться по социальной лестнице. Но циклотимики редко быва-

ют максималистами и чаще довольствуются в социальной иерархии даже меньшим, чем то, на что они способны в действительности. Их эмоциональная теплота, умение быть ненавязчивыми, тактичными, отсутствие эгоизма и тонкая наблюдательность, юмор легко позволяют им занять место лидера в любой среде. Однако они часто отказываются от этой роли, предпочитая быть “душой компании”.

Умение избегать максимальных социальных притязаний, довольствоваться тем, что есть, сохраняя душевный покой, дружелюбие и обходительность, позволяет им чаще, чем всем остальным акцентуантам, ощущать удовлетворение от жизни и наслаждаться жизнью во всех ее проявлениях.

Периодически у циклотимиков возникают эпизоды кратковременной флегматичности вплоть до меланхолии, когда они становятся более вялыми, пассивными, ограничиваются интересы, меньше внимания уделяют себе, своей работе, своим близким. Подобное состояние длится день - два, редко несколько дней. Но оно запоминается циклотимиками своей необычностью и психологическим дискомфортом. Впоследствии они с тревогой вспоминают подобное состояние, опасаясь появления его вновь. В период подобных спадов настроения, некоторого упадка воли они бывают склонны употреблять спиртное, так как это их оживляет, возвращая прежний тонус, угасающую жизнерадостность.

В обычных условиях их можно скорее отнести к гурманам, чем к аскетам. Им более присущи добрая и веселая компания, где не будет осужден пафос идеализма, где с удовлетворением выпьют немного вина, не настаивая на большем. Если же застолья превращаются в стереотип, то у циклотимиков в конечном итоге развивается психологическая и физическая зависимость от спиртного. Достаточно быстро наблюдается ослабление волевых побуждений, а флегматичность и меланхоличность больше зависят от неупотребления спиртного. При развитии подобных состояний им становится чуждо стремление к повышению своего социального статуса, и уровень притязаний их заметно снижается. В этом случае циклотимики превращаются в беспечных любите-

лей и прожигателей жизни. Легко усваивая новые знания, навыки, они редко реализуют их в обычной жизни.

1.4.8. Пограничная аномальная личность - циклоидный вариант

Циклоиды внешне гораздо больше напоминают пикников, склонных к застолю, чревоугодию, любви и употреблению спиртного. Часто высокий жизненный тонус может сочетаться с работоспособностью, которая лишается продуктивности, непреклонной целеустремленности и решительной активности шизотимиков. Другими словами, от циклоидов больше шума, суеты, беспокойства, но душевного и мягкого, без озлобленности, гетероагрессивности, характерной для эпилептоидов и истероидов. В этом отношении они отличаются от других представителей ПАЛ тем, что они больше говорят, как надо и что надо делать, но сами этому не следуют. Циклоиды отличаются предприимчивостью, тенденцией к авантюре. Они легко бросаются в недостаточно обдуманное предприятие. И если они увлечены, то их легко обмануть в силу доверчивости, открытости и добродушия. В последующем циклоиды весьма сожалеют о содеянном, мотивируя желанием добиться лучшего для окружающих, но отсутствие продуманности, характерной для шизоидов, часто ставит их в неловкое положение обманщиков, прожектеров, романтических авантюристов.

Многие из них, обладая от природы яркими способностями, даже талантливостью, не в состоянии извлечь для себя и близких определенную социальную пользу, реализовать свои идеи. Недобросовестные и аморальные люди используют циклоидов в своих целях. Именно поэтому можно наблюдать, как циклоидов склоняют к пьянству, вовлекают в аморальные компании, чтобы иметь над ними большую власть и с большей легкостью использовать в своих интересах. Именно в таких ситуациях циклоидов выставляют идеологами афер, авантюристических идей, которые в последующем оборачиваются моральным или материальным банкротством, долгами. А циклоиды искренне защищают тех людей, которые ввергли их в омут афер. Можно сказать, что эпилептотики, стеничные шизотимики используют циклоидов в корыстных интересах.

Представители циклоидов крайне редко попадают в асоциальные компании, совершающие преступления против личности, где глумятся над личностью, так как это совершенно не свойственно циклоидам и более того, отталкивает их.

Заметным становятся колебания настроения в виде лабильности, когда легко могут появиться слезы, печаль и так же легко возникает веселость и жизнерадостность. Именно поэтому они легко могут и посмеяться, и поплакать, тем самым облегчая свое психологическое состояние и, располагая людей к общению.

Все циклоиды характеризуются общительностью, сочувствием, состраданием к окружающим, легко адаптируются в меняющихся обстоятельствах, но эта приспособляемость больше поверхностная, чем глубокая и основательная, так как они всегда себя недооценивают. Их самооценка занижена и не соответствует их психобиологическим возможностям. В симпатичных им людях они сразу “видят” своих братьев, друзей, чувствуя “родственную душу”, полностью им доверяя, что часто используется против них.

Неспособность циклоидов “держать” социальный удар, отсутствие психологической толерантности к тривиальным стрессорам приводит их к патологическим психическим и психологическим переживаниям вплоть до развития патологических психических реакций в виде субдепрессивных, субдепрессивно-фобических и ипохондрических переживаний. В условиях создания неразрешимой психотравмирующей социально-психологической ситуации у циклоидов провоцируются механизмы конституциональной недостаточности, и можно наблюдать развитие пограничных психических расстройств преимущественно в виде субдепрессий. Подобные состояния могут длиться от нескольких дней до нескольких месяцев, и для их купирования требуется специализированная психиатрическая помощь.

Следовательно, у представителей циклоидного психотипа существует большая вероятность развития пограничных психических расстройств очерченных аффективными нарушениями.

Таким образом, для представителей ПАЛ независимо от психотипа, следует считать прогностически неблагоприятными факторами следующие:

- быстрое формирование устойчивых признаков личностно-характерологической структуры, свойственной определенному психотипу;
- расширение психологических границ «слабых мест» и «зон повышенного риска»;
- специфическое взаимосочетание психологических маркеров – «легкость вхождения» и адаптации в асоциальных субкультурах;
- быстрое нарастание во времени стойких социально-психологических и психических признаков патологического девиантного стереотипов поведения (делинквентного, токсикоманического), готовность к пограничному личностному реагированию.

1.5. Изменчивость отдельных типологических свойств нервной системы у представителей разных психотипов в конституциональном личностном континууме

Обобщая результаты феноменологической характеристики психотипологической структуры регистра акцентуаций и регистра ПАЛ у подростков с позиций дифференциальной психологии, следует остановиться на некоторых, весьма важных для типологии моментах.

В наших исследованиях умеренно выраженные признаки инертности нервных процессов эпилептоидных и шизоидных акцентуантов на индивидуальном психологическом уровне, проявляются как уравновешенность во взаимоотношениях, надежность, основательность, несуетливость, способность к взвешенным выводам решениям, действиям на фоне полного контроля над эмоциональной составляющей, что дает им ту прочность и широту социальных связей, которые позволяют лучше адаптироваться в обществе, строить добротные и добросердечные взаимоотношения в дружеской, семейной среде и среди сверстников. В то же время лабильность и неустойчивость, свойственные истерическим и циклоидным акцентуантам, подразумевают отсутствие необходи-

мой для гармонии оптимально выраженной инертности нервных процессов. В этом случае лабильность и неустойчивость, основанные на измененной инертности, затрудняют адаптацию акцентуантов истерического и циклоидного психотипов, порождая сомнения в их психологической и человеческой надежности, деловитости и способности сохранять деловое партнерство. Следовательно, изменения «живого как процесса» наблюдается уже в структуре различных психотипов даже вне личностного континуума.

На примере конституционально-типологического континуума акцентуации - пограничная аномальная личность мы можем наблюдать дрейф изменчивости такого свойства нервной системы, как инертность, в психическую и поведенческую ригидность в случае расположения или дрейфа психотипологических особенностей обследуемых в сторону диапазона ПАЛ. Выраженность эмоциональной, рациональной и поведенческой составляющей ригидности создает значительные трудности в межличностном общении, в частности, у представителей эпилептоидного психотипа ПАЛ. Не только значимые стрессовые, но даже бытовые социально-стрессовые условия, ситуации провоцируют усиление ригидности, что накладывает свой отпечаток на эмоциональные переживания, принятие решений и реализацию поведенческого стереотипа. Последнее в одинаковой степени характерно и выражено у представителей шизоидного психотипа ПАЛ.

В то же время лабильность в своих крайних проявлениях у акцентуантов оборачивается неустойчивостью у представителей различных психотипов ПАЛ, что становится особенно заметным в стрессовых ситуациях у акцентуантов и в условиях банальных, бытовых ситуациях у ПАЛ. Надо сказать, что бытовое употребление алкоголя и/или эпизодический прием токсических, наркотических веществ также провоцирует дрейф инертности к полюсу ригидности у представителей ПАЛ или же усиление черт инертности у акцентуантов. В этих условиях акцентуанты делают адекватные выводы и стремятся изменить свой стиль поведения, свой стереотип, что подтверждает достаточно высокие возможности их самооценки, саморегуляции и самосознания. У представителей

ПАЛ мы, к сожалению, не смогли зарегистрировать полноценной саморегуляции стереотипа поведения, даже при условиях, когда интеллектуальные и культурные возможности ПАЛ позволяли им достаточно адекватно оценить собственное “Я”, что подтверждает нарастание ригидности. Подобное усиление ригидности ограничивает возможности социально-психологической адаптации, предполагая невысокую надежность индивидуального барьера психической и психологической адаптации.

В наших исследованиях индивидуально-психологические особенности в виде “сдерживания” как тормозной функции воли были наиболее заметны у акцентуантов эпилептоидного и шизоидного типов. Они очень активно и адекватно демонстрировали эту особенность в межличностных отношениях в виде выдержки, терпения, сдержанности, уравновешенности. В то же время акцентуантам истероидного и циклоидного типов было трудно демонстрировать индивидуально-психологическую особенность в виде волевого дозированного сдерживания, часто уступая желаемому в ущерб действительности. Им трудно было дождаться окончательного результата дискуссии, решения проблемы в товарищеских или партнерских отношениях, и они часто опережали реальный ход событий, что, как правило, заканчивалось упреками в их несдержанности, болтливости с разглашением содержания бесед, зачастую конфиденциальных.

В то же время у представителей шизоидного психотипа ПАЛ заметно преобладала неадекватность задерживающей, тормозной функции воли, что проявлялось на уровне индивидуально-психологических особенностей в виде способности к длительному уединению с отсутствием психологического дискомфорта при этом, в межличностных отношениях они были “богаты задним умом”, т.е. испытывали затруднения при необходимости вести адекватный диалог в режиме ограниченного времени. Однако, спустя время находили точные характеристики предмета беседы для адекватного ответа с сохранением смысловой нагрузки. У представителей эпилептоидного психотипа ПАЛ была заметна отрицательная динамика свойств нервной системы от подвижности к ригидности с одновременным ослаблением тормозной, задерживающей функ-

ции воли. На уровне индивидуально-психологических особенностей это проявлялось вязкостью эмоционального аффекта, назойливостью, приставучестью и трудностью в блокировании, торможении собственного аффекта возбуждения, дисфории, возникающих в условиях банальных межличностных противоречий, что часто заканчивалось недоразумениями, скандалами, драками.

Таким образом, индивидуально-психологическая особенность сдерживания имеет свой континуум изменчивости от адекватной тормозной волевой функции в виде типологического свойства нервной системы до ослабления тормозной функции, когда сдерживание аффекта становится все более затруднительным вплоть до полного растормаживания.

В наших исследованиях проявление слабого типа нервной системы, сдвиг типологических свойств нервной системы силы - слабости в сторону слабости наблюдается у акцентуантов циклоидного и истероидного типов. Но их психобиологического резерва хватает на то, чтобы достаточно быстро в процессе межличностных отношений компенсировать “легкую ранимость” и “повышенную степень психической чувствительности”, что, тем не менее, не избавляет их от глубоких внутренних переживаний, какой-то период времени скрытых от глаз окружающих. Однако их психологическая ранимость и повышенная чувствительность, впечатлительность постоянно приводят к тому, что бытовые, производственные стрессоры, стрессогенные психологические отношения, складывающиеся в конкретное время не в их пользу, вызывают сильную внутреннюю реакцию и переживания, которые первое время могут быть заметны. И лишь спустя минуты, часы акцентуанты циклоидного и истероидного типов “могут взять себя в руки” и волевым усилием затормозить яркость эмоциональных переживаний, пытаясь скрыть их от окружающих.

Представители циклоидных и истероидных психотипов регистра ПАЛ более заметно проявляют слабость нервной системы, т.е. меланхолические черты темперамента в условиях банальных, тривиальных житейских ситуаций, когда они демонстрируют бурные эмоциональные переживания, эмоциональную лабильность, неустойчивость, неспособность выдерживать более или менее

долгое время социально-психологическое напряжение, ответственность и фрустрацию. Подобное поведение заметно окружающим, не одобряется и приводит к усугублению партнерских отношений. Очевидно, именно поэтому бытовые алкогольные интоксикации даже в небольших дозах приводят к усилению признаков недостаточно адекватного поведения, дурашливости, инфантильности у представителей указанных психотипов ПАЛ. Приведенные примеры подчеркивают неспособность циклоидов и истероидов регистра ПАЛ выдерживать не только социально-психологические, но и экзогенные - бытовые токсические воздействия, приводящие к аномальным личностным, поведенческим реакциям и пограничным психическим расстройствам.

1.6. Обоснование выделения диапазона пограничной аномальной личности в конституционально-типологическом личностном континууме

Обобщая результаты психологических, психофизиологических, антропологических и психопатологических наблюдений за представителями различных личностных психотипов, располагающихся в конституционально-континуальном пространстве аномальной личностной изменчивости, мы должны признать необходимость и своевременность выделения и обоснования непрерывного (континуального) распределения личностно-характерологических особенностей подростков от крайнего варианта психической и психологической нормы – акцентуаций к пограничной аномальной личности и до патологической конституции личности в виде психопатий (см. рисунок 1).

Представлен психологический, психофизиологический, антропологический и психопатологический уровни диагностики, которые подтвердили статистически достоверное существование пограничной аномальной личности подростка, занимающей в психотипологическом конституционально-континуальном пространстве промежуточное положение между психологической нормой и патологической психопатической личностью. Разграничение психологической нормы, пограничной аномальной личности и психопатической личности основано на анализе стабильности - нестабильности личностно-

характерологических черт, социально-психологической адаптации - дезадаптации, особенностей формирования компенсаторных – декомпенсаторных стереотипов поведения, психологической и психической толерантности индивидуального барьера адаптации к воздействию внешних факторов. В результате проведенных психологических, психопатологических лонгитюдных и сравнительных психологических, психофизиологических, антропологических и психопатологических исследований раскрыта содержательная часть пограничной аномальной личности и доказано, что в ее основе лежит конституционально-типологическая predisпозиция, недостаточность, отражающая фенотипическую изменчивость и различную степень зависимости от генетических и социально-экологических факторов.

Для диагностики психопатии существуют критерии, выделенные О.В. Кербиковым (1962), – тотальность, относительная стабильность патологических черт характера и их выраженность до степени, нарушающей социальную адаптацию. Для диагностики подростковых акцентуаций ориентиром являются критерии, представленные А.Е. Личко: при акцентуациях отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Пограничная аномальная личность (ПАЛ) по результатам проведенных исследований характеризуется взаимосочетанием черт характера и личности, которое определяет ведущие психотипологические особенности конкретного или смешанного психотипов, имеющих заметную конституциональную детерминированность. Взаимоотношение личностных и характерологических особенностей таково, что у представителей ПАЛ характерологические черты доминируют над личностными, что выражается формулой преобладания «хочу над надо». У акцентуантов аналогичное взаимоотношение определяется формулой преобладания «надо над хочу» и отсутствием ведущих психотипологических особенностей, свойственных конкретному или смешанному психотипам, что обеспечивает им хороший уровень социализации. Сам по себе этот

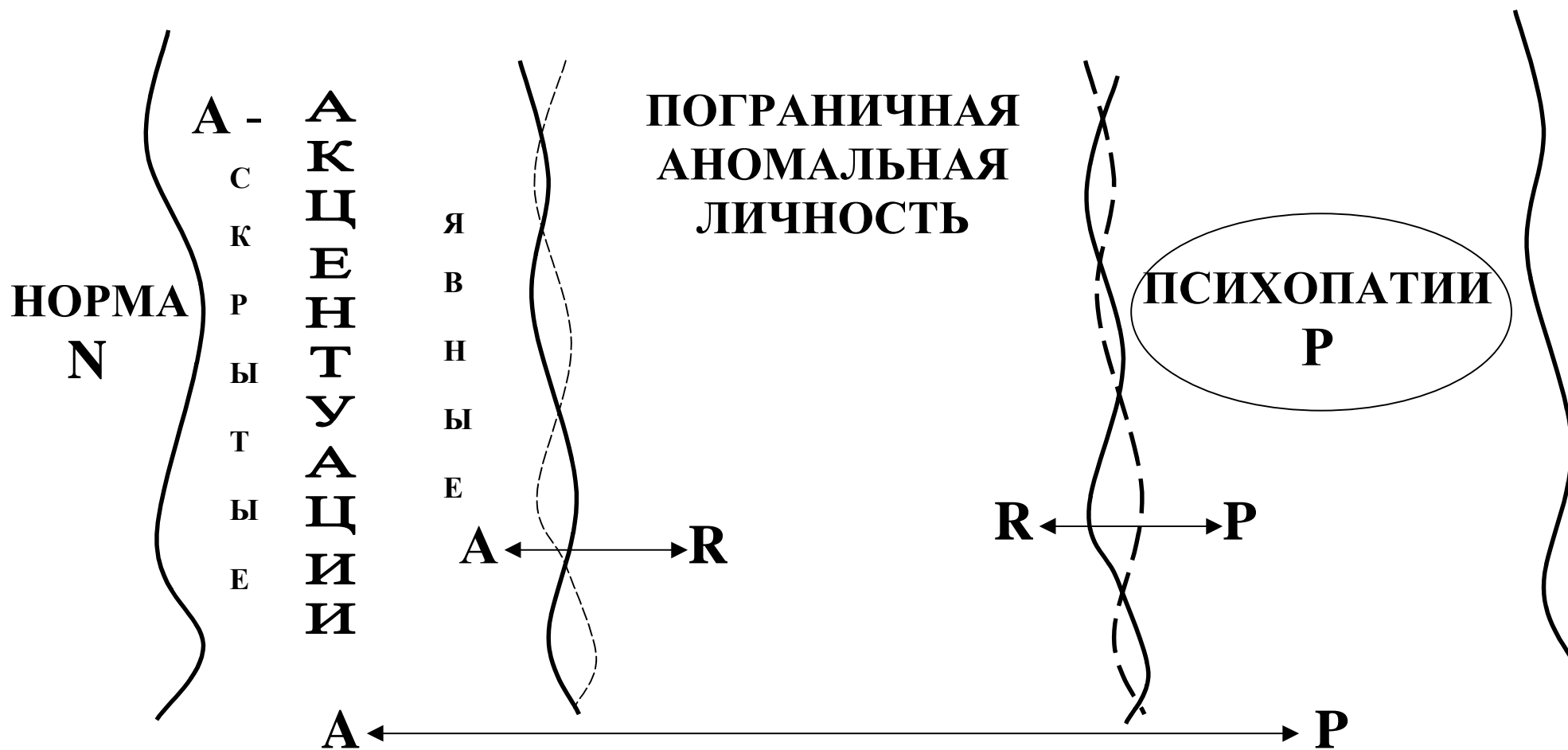
факт подчеркивает надежность функционирования у акцентуантов индивидуального барьера психической и психологической адаптации и полноценность психобиологического резерва, что предполагает усиление конституционально-типологических компенсаторных механизмов, которые, в свою очередь, укрепляют места наименьшего сопротивления в структуре характера, обеспечивая акцентуантам надежную и устойчивую адаптацию в социальной среде.

Функционирование индивидуального барьера психологической и психической адаптации психотипов ПАЛ отличается отсутствием стабильности, неполноценностью и дисгармоничностью психобиологического резерва личности, что объясняется наличием конституционально-типологической недостаточности. Конституционально-типологическая недостаточность подразумевает слабость компенсаторных и адаптационных механизмов, которые не в состоянии постоянно укреплять места наименьшего сопротивления в личностно-характерологической структуре у представителей ПАЛ.

Диапазон нормы реакций у акцентуантов доказательно широк по результатам психофизиологических и антропологических исследований, что подтверждает гораздо меньшую конституционально-типологическую детерминированность вероятностных личностных аномалий. Акцентуанты в большей степени зависят от социально-средовых факторов, чем от конституциональных. В то же время у представителей ПАЛ диапазон нормы реакций значительно уже, с преимущественной зависимостью от конституционально-типологических факторов, а не от средовых. По результатам проведенных комплексных исследований подростков обусловленность представителей ПАЛ социально-средовыми факторами выражена в гораздо меньшей степени, чем у акцентуантов.

Многолетние клинические наблюдения, экспериментально-психологические, психолого-антропологические и психофизиологические результаты исследований позволяют представить детерминированность нормы реакций от конституционально-типологической основы у акцентуантов и ПАЛ схематично в виде **золотого сечения**:

КОНТИНУУМ АНОМАЛЬНОЙ ЛИЧНОСТНОЙ ИЗМЕНЧИВОСТИ У ПОДРОСТКОВ



- у акцентуантов конституциональная обусловленность нормы реакций составляет одну треть, а на две трети – зависимость от внешних микросоциальных и макросоциальных факторов;
- у ПАЛ конституциональная зависимость нормы реакций составляет две трети, а одна треть приходится на внешние средовые факторы.

Следовательно, различная представленность обобщенно биологических факторов в градациях психотипологического конституционального континуума детерминирует индивидуальную дифференциацию психологического и медико-психологического подхода к оказанию психологической и психотерапевтической помощи адекватными методами психокоррекции и психофармакокоррекции. Вероятностная эффективность профилактических, корригирующих, терапевтических и реабилитационных мер, их направленность на составляющие триединую сущность личности должны быть принципиально различными у акцентуантов и представителей ПАЛ.

Социально-стрессовые, экологические и иные экзогенные факторы, деструктивно влияющие на конституционально-типологическую основу личности, периодически приводят к снижению функциональной активности индивидуального барьера психической и психологической адаптации, истощают психобиологические резервы личности и компенсаторные механизмы, которые, в свою очередь, перестают полноценно выполнять свои функции по укреплению, защите мест наименьшего сопротивления в личностно-характерологической, психофизиологической и, в целом, психобиологической структуре подростка. Этому же способствует то обстоятельство, что среди представителей ПАЛ в значительно большей степени, чем среди акцентуантов, обнаруживаются смешанные конституционально-типологические ядра – шизо-истероидные, истеро-эпилептоидные. Общим результатом является неустойчивая адаптация во внешней среде, проявляющаяся не только личностными и поведенческими аномалиями, но и патологическими формами девиантного поведения, пограничными психическими расстройствами.

Таким образом, толерантность акцентуантов к деструктивному действию внешних факторов достаточно высока в отличие от представителей ПАЛ, толерантность последних значительно ниже. Состояние декомпенсации и признаки аномальной личностной изменчивости наблюдаются у акцентуантов в случае сочетанного воздействия деструктивных факторов на психологическую, биологическую или духовную основы, составляющие триединую сущность личности. Например, наличие социально-стрессовой ситуации и токсические факторы. В то же время признаки личностной и поведенческой декомпенсации у представителей ПАЛ могут наблюдаться при деструктивном воздействии внешних факторов лишь на одну из перечисленных составляющих.

Значимые психотравмирующие воздействия, адресованные к месту наименьшего сопротивления у акцентуантов, приводят к напряжению индивидуального барьера психической и психологической адаптации, к перенапряжению компенсаторных механизмов, что повышает вероятность личностно-характерологической изменчивости в сторону границ ПАЛ.

Для ПАЛ в отличие от акцентуантов не требуется патогенетически значимых психотравмирующих ситуаций или иных экзогенных патогенетически обусловленных влияний, чтобы произошел «сдвиг» в сторону проявления личностных, поведенческих девиаций и/или пограничных психических нарушений. Длительные, непрерывные социально нестабильные условия общества или воздействия экологических факторов, в отличие от акцентуантов, повышают вероятность нарастания процесса изменчивости качественных и количественных психотипологических особенностей в сторону границ психопатии.

Если изначально личность подростка относится к диапазону нормы, а, следовательно, характеризуется отсутствием конституционально-типологической личностной недостаточности, то у представителей нормы гораздо больше шансов выдержать все информационно-социальные и экологические стрессоры, экстремальные ситуации в течение своей жизни и сохранить гармонию личностно-характерологических особенностей. Если же мы обнаруживаем изначально конституционально-типологическую личностную недостаточ-

ность диапазона пограничной аномальной личности, то у таких подростков меньше шансов выдержать длительные патогенные воздействия информационно-стрессовых и экологических факторов, тем более экстремальных ситуаций. Месторасположение подростка в диапазоне ПАЛ конституционально-континуального пространства подразумевает изначальное отсутствие психосоматической гармонии, необходимой для полноценной адаптации и сохранности всех составляющих личности в соответствии с концепцией триединой сущности личности.

Таким образом, пограничная аномальная личность – это особый промежуток выраженности и представленности психотипологических, личностных, психофизиологических, антропологических и психопатологических качественных градаций аномальной личностной изменчивости, отличающихся на системном уровне как от регистра психологической нормы – акцентуации, так и от патологической психической конституции – психопатии.

Полученные результаты комплексных исследований аномальной личностной изменчивости у подростков дают основание для новых теоретических конструкций и практических разработок, адекватных для индивидуальных психологических и терапевтических технологий, когда учитывается не только личностный психотип, но и регистр, место расположения обследуемого в конституционально-континуальном пространстве.

РАЗДЕЛ 2. Клинико-психологические аспекты диагностики отклоняющегося поведения у детей и подростков с органической недостаточностью мозга

2.1. Понятие “патологически измененная почва”

Для понимания основных проблем детского и подросткового возраста представляется очень важным положение Л.С. Выготского (1928) о системном строении дефекта, в котором органическая недостаточность всегда реализуется в поведении ребенка как снижение его социальной адаптации, и, выдвинутое в 1936 году положение о первичном и вторичном дефектах, первый из которых связан с повреждением нервной системы, а второй (вторичный) - с нарушением психического развития в условиях первичного дефекта. Одновременно с этим всякий дефект порождает и стимулы для выработки средств их компенсации (1928). Кроме того, основываясь на одном из важнейших принципов патопсихологии, согласно которому распад психики не является негативом развития (Л.С. Выготский, 1983; Б.В. Зейгарник, 1969), важно помнить, что в процессе дезадаптации не просто происходит расстройство нормальных механизмов функционирования, а возникают различные новообразования, которые, с одной стороны, играют роль компенсаторных, защитных механизмов, а с другой - представляют собой негативные личностные качества, формирующиеся в ситуации фрустрации, реакции человека на болезненное состояние, особенности поведения и функционирования и рассматриваются как вторичные и даже “третичные” (Б.Д. Карвасарский, 1985) личностные расстройства.

Перечисленные положения Л.С. Выготского (1928, 1936) послужили основой для утверждения о существовании патологической почвы, а также явились основанием для развития идеи, согласно которой любое психическое расстройство у детей и подростков возникает и течет в условиях имеющегося дефекта (дизонтогенеза) и продолжающегося созревания.

В понятие “патологически измененная почва”, входят не только конституциональные и врожденные факторы, но и все особенности развития субъекта: перенесенные заболевания, результаты влияния социальной среды, индиви-

дуальные особенности личности, активность, творческие и компенсаторные возможности (Г.Е. Сухарева, 1974, с. 14). На важную роль “патологически измененной почвы” в механизмах психических развитий указывают В.П. Осипова, С.Г. Жислин (1965). Б.Н. Пивень (1998) подчеркивает, что под названием “измененная почва” чаще всего просматриваются органические поражения головного мозга.

По мнению В.В. Ковалева (1995) под фактором “измененной почвы” следует понимать субклинические изменения структур и функционального состояния мозга, сохраняющихся длительно (в части случаев пожизненно), оказывающих то или иное влияние на церебральную реактивность как в отношении внешних, так и внутренних расстройств. Выражением такой субклинической резидуально-органической недостаточности могут быть признаки психической инертности, персеверативности мышления и затрудненной переключаемости, подверженность аллергическим реакциям, простудным заболеваниям, склонность к “застреванию” на отрицательных эмоциональных переживаниях с повышенной готовностью к возникновению патологических психогенных реакций.

Кроме этого, подобная резидуально-органическая недостаточность, с нашей точки зрения, способствует негативному дрейфу акцентуантов к диапазону ПАЛ, а представителей ПАЛ при деструктивном воздействии экзогенных факторов - в сторону диапазона психопатии в конституционально-континуальном пространстве. Именно информационно-стрессовые социальные хронические стрессоры и патогенные экологические факторы среды обитания, воздействуя на «место наименьшего сопротивления» мозга, вызывают состояния декомпенсации как функциональной активности мозга, так и личности. Длительное воздействие неблагоприятных микросоциальных условий вызывает аналогичные последствия в виде патологических форм девиантного поведения, психосоматических, невротических, психопатоподобных и иных пограничных нервно-психических расстройств экзогенного и психогенного происхождения.

Другими словами, в понятие “патологически измененная почва” включается: неполноценная биологическая основа развития, факторы дизонтогенеза психического и физического возрастного развития, условия продолжающегося созревания. При этом необходимо учитывать, что сложность патоморфоза психических расстройств при дизонтогенезе обнаруживается в изменении степени тяжести проявлений и в сочетании нескольких психических расстройств - коморбидности (А.Р. Feinstein, 1970; Wittchen и Essau, 1993; Б.Н. Пивень, 1988; А.Б.Смулевич, 1998; Б.Д. Карвасарский, 2000), а также нарастающем характере социальной дезадаптации.

Кроме того, в истории психологии можно выделить проблему изучения преморбида и predispositions. Пытаясь найти ключ, который открывает двери, ведущие к пониманию индивидуальной сущности человека, такие ученые как Мюррей, Аткинсон, Макклеланд, Хекхаузен во главу угла ставят мотивацию, которая в основном включает 1 - мотивацию, направленную на достижение успеха, и 2 - мотивацию избегания неудачи. Таким образом, клинические аспекты диагностики отклоняющегося поведения включают прежде всего изучение “почвы”, predispositions, влияющей на формирование индивидуального поведения человека.

2.2. Адаптивное и отклоняющееся поведение у детей и подростков с органической недостаточностью мозга

Поведение - это деятельностный многоуровневый процесс, обеспечиваемый и реализуемый множеством разнообразных механизмов. Адаптивным поведение может быть названо тогда, когда посредством его получен целесообразный, полезный результат.

Общепсихологическая теория функциональных систем П.К. Анохина (1975) объясняет формирование приспособительных процессов в организме человека. Сопоставление основных положений теории функциональных систем с теорией доминанты А.А. Ухтомского (1966), с концепцией устойчивого патологического состояния Н.П. Бехтеревой и др. (1978), с теорией детерминанты

Г.Н. Крыжановского (1980), на нейрофизиологическом уровне объясняет вероятностные механизмы поведения детей и подростков с резидуально-органической недостаточностью центральной нервной системы.

Известно, центральная нервная система (ЦНС) - системообразующее звено, которое, иерархически подчинив все без исключения функциональные системы, определяет характер и пределы жизнедеятельности целостного человека.

При повреждении ЦНС возникают биологически значимые реакции: 1 - наблюдается нарушение регуляторных механизмов и развитие патологических реакций и 2 - компенсаторно-восстановительный процесс, направленный на функциональную перестройку мозга, обеспечивающую новый режим деятельности. В ситуации повреждения ЦНС начинают действовать две системы: патологическая и антисистема (Г.Н. Крыжановский, 1997).

Основными факторами, играющими важную роль в образовании патологической системы, Г.Н. Крыжановский (1997) считает патологическую детерминанту (формирующее, управляющее звено функциональной системы, детерминирующее звено, выражение принципа внутрисистемных отношений, которое в дальнейшем объединяет различные структуры ЦНС в патологическую систему и определяет характер активности этих структур) и изменение общего интегративного контроля ЦНС (влияющего на активность патологической детерминанты). Если этот контроль эффективен, то патологическая система не формируется, не смотря на влияние детерминанты. Иначе говоря, при низком уровне компенсаторных возможностей мозга формирующаяся патологическая функциональная система подавляет защитные механизмы и адаптивные формы перестройки нервной системы.

Весьма важным является тезис автора о том, что частью и одним из механизмов общего интегративного контроля являются антисистемы. Их деятельность имеет значение важнейшего саногенетического механизма предотвращения возникновения и подавления активности патологических систем. Недостаточная эффективность антисистем служит условием облегченного возникновения и развития патологической системы. Устойчивая тоническая ак-

тивность антисистем является механизмом патогенетической профилактики соответствующих нервных расстройств: она не позволяет возникнуть патологической системе при действии даже значительного по силе патогенного агента. Другими словами, здоровые функциональные системы способны подавить возникший генератор патологически усиленного возбуждения, формирующуюся патологическую функциональную систему. Кроме того, известно, что компенсаторные механизмы мозга могут длительно (иногда всю жизнь) подавлять патологическую очаговую активность мозга.

Напротив, недостаточность антисистем, как генетически детерминированная, так и приобретенная вследствие действия патогенных агентов, обуславливает предрасположенность к развитию патологии или хронификации, закреплению патологической системы, патологических стереотипов. Иначе говоря, под влиянием патологической системы возникают устойчивые изменения в коре больших полушарий и других структурах мозга, что является одним из механизмов генерализации патологического процесса и формирования сложно взаимодействующих систем.

Появляются вторичные детерминанты (вызванные дополнительными психогениями), которые могут играть роль доминанты (доминанта - рабочий принцип деятельности нервной системы, заключающийся в том, что активная в данный момент функциональная структура ЦНС обуславливает сопряженное торможение других структур и, таким образом, доминирует над ними в межсистемных отношениях.

Теория функциональных систем рассматривает принцип доминанты как один из основополагающих механизмов построения отдельных функциональных систем и их взаимодействия. С точки зрения теории функциональных систем, доминировать в организме в каждый данный момент времени может только ведущая в плане выживаемости индивида или его адаптации к окружающей среде функциональная система.

А.А. Ухтомский неоднократно подчеркивал, что внутреннее состояние человека (доминанта) может не только выступать в качестве побудительного

момента поведения, но, что самое главное, и существенно изменять реакции живого на внешние стимулы. Доминанта освобождает организм от побочных действий (“избыточных степеней свободы”) и позволяет искать потребные агенты и наиболее экономным путем удовлетворять свои ведущие потребности. Иными словами, в каждый данный момент времени деятельность организма подчинена ведущей функциональной системе, обусловленной для организма потребностью (по социальной или биологической значимости). А.А. Ухтомский (1987) нередко называл доминанту “органом поведения”. “Всякий раз, - отмечал он, - как имеется налицо симптомокомплекс доминанты, имеется и определенный вектор поведения”. При этом главным системообразующим, формирующим систему фактором является достигнутый адаптационный эффект.

Таким образом, доминанта является принципом межсистемных отношений, тогда как детерминанта является принципом внутрисистемных отношений (Г.Н. Крыжановский, 1997). Принципы доминанты и детерминанты органически дополняют друг друга, обеспечивая нормальную деятельность нервной системы. Если действует только какой-либо один из этих принципов, физиологическая система вообще не может быть сформирована.

Адаптация - это сложное явление, представляющее собой результат изменения взаимоотношений между системами. Возможность формирования определенных доминант в мозге генетически детерминирована. Образование в процессе адаптации структурно закрепленных и нередко весьма устойчивых доминирующих систем, сопряженное с торможением развития других систем, на взгляд Ф.З. Меерсона (1986), является одним из важных механизмов формирования фенотипа.

Доминанта является констелляцией возбужденных нервных центров, которая подчиняет себе исполнительные органы, участвующие в поведенческой реакции. Это означает, что противоречивые отношения, складывающиеся в процессе адаптации между системами организма, - преимущественное структурное обеспечение доминирующих систем и торможение в развитии других -

должны проявляться в процессе индивидуального развития не только на уровне мозга, но и на уровне исполнительных органов.

Таким образом, относительно детей и подростков с органической недостаточностью центральной нервной системы объяснение механизмов поведения с позиций психофизиологического подхода определяется возникшей с детского возраста детерминантой - отклоняющимся развитием, т.е. дизонтогенезом развития, и появлением в последующем дезадаптации с доминированием вектора поведения; либо в благоприятных условиях развития и воспитания ребенка с резидуально-органической недостаточностью центральной нервной системы появление полной компенсации, возрастного развития и поведения в пределах нормы, либо осложненное неблагоприятными социально-психологическими, средовыми условиями жизни, приводящими к дезадаптации и декомпенсации.

На психическом уровне в широком смысле адаптивное поведение можно определить как совокупность саморегулирующих процессов, обеспечиваемых врожденными или приобретенными психофизиологическими и психическими механизмами (С.А. Беличева, 1995).

Л.С. Выготский, уделяя внимание органической недостаточности мозга как почве, отмечал, что органические, врожденные причины оказывают свое воздействие, как подчеркивается в школе А. Адлера, не сами по себе, не прямо, а косвенно, через вызываемое ими снижение социальной позиции ребенка. Психологический комплекс, возникающий у ребенка на основе снижения социальной позиции из-за дефекта, Адлер называл «чувством неполноценности». Таким образом, в двучленный процесс «дефект - компенсация» вносится третий, промежуточный член: «дефект - чувство малоценности - компенсация». В силу этого, развитие высших психических функций аномального ребенка протекает совершенно иначе. Дефект создает трудности, задержки и отклонения не только в биологической сфере, но и в сфере культурного развития поведения. Дело в том, что общая «культура приспособлена к нормальному, типическому человеку, приспособлена к его конституции, и атипическое развитие, обуслов-

ленное дефектом, не может непосредственно и прямо вращаться в культуру, как это имеет место у нормального ребенка» (Л.С. Выготский, 2000).

Именно поэтому нами придается столь существенное значение различным вариантам органической недостаточности мозга, формирующей и определяющей психофизиологический, психологический, антропологический уровни изменчивости, соответствующие конституционально-континуальному диапазону пограничной аномальной личности. Аномальная личностная изменчивость в этих случаях определяется дизэмбриогенезом, пренатальными и ранними постнатальными поражениями органического генеза. Наблюдая общую популяцию детей и подростков воспитатель, учитель, психолог, клинический психолог, психиатр практически безошибочно могут выделить подростков, имеющих патологические или непатологические проявления девиации. Вопрос в том, как каждый из них с педагогических, психологических и медицинских позиций объясняет и дифференцирует наблюдаемые симптомы, признаки, феномены девиантного поведения.

Однако следует согласиться в данном случае с мнением В.Д. Менделевича (2000) о том, что нельзя решить лишь на основании внешних клинических признаков отклонения поведения, болен девиант психически или нет. С точки зрения автора, составить реестр однозначно психопатологических или стопроцентно психологически обусловленных девиаций не представляется возможным. Ортодоксальная психология не имеет инструмента для научно обоснованной диагностики и коррекции наблюдающихся особенностей поведения. Она предполагает, что диагностическая парадигма должна быть следующей: вначале психиатры должны отвергнуть "свою патологию", а затем психологи анализируют случай и оказывают психологическую помощь страждущему.

С точки зрения В.Д. Менделевича, современная психология девиантного поведения - это междисциплинарная область научного знания, изучающая механизмы возникновения, формирования, динамики и исходов отклоняющегося от разнообразных норм поведения, а также способы и методы их коррекции и терапии. Данная дисциплина находится на стыке клинической психологии и

психиатрии и для ее освоения требуются знания и навыки из этих научных областей. Психология девиантного (отклоняющегося) поведения представляет собой типичный пример научной области, в которой знания, полученные учеными различных специальностей, до настоящего времени не привели к становлению отдельной научной дисциплины. Причиной тому является столкновение мнений между ортодоксально психологическим и ортодоксально психиатрическим взглядами на отклоняющееся от нормативного поведение. Отнюдь не риторическими остаются вопросы о том, следует ли относить девиации поведения к патологии (т.е. к признакам психических расстройств и заболеваний, обозначаемых как симптомы, синдромы) или же они должны быть признаны крайними вариантами нормы: являются ли девиации поведения этапами психопатологических нарушений (т.е. донологическими психическими расстройствами) или между поведенческими болезненными расстройствами и девиантными формами поведения лежит пропасть; каковы причины (психогенез) отклоняющихся форм поведения: нарушения мозговой деятельности, навыков адаптивного поведения или социальных ожиданий; какие меры необходимы для восстановления адекватного поведения (если это возможно в принципе): психофармакологическая терапия или психологическая коррекция.

С точки зрения автора, психиатрическая парадигма в оценке отклоняющегося (не всегда относящегося к симптомам и расстройствам) поведения не способна быть объективной и этот путь развития психологии девиантного поведения следует причислить к тупиковым.

Под отклонениями в поведении детей и подростков психологи, социологи чаще понимают такие его особенности и их проявления, которые несут в себе зачатки, истоки будущих проступков, нарушений нравственных, социальных, правовых норм, требований закона, представляют собой потенциальную угрозу субъекту поведения, развитию его личности, окружающим его людям, обществу в целом.

Отдельные поступки значимы не сами по себе, а лишь в связи с тем, какие особенности личности, тенденции их развития за ними скрываются. Рас-

смаывая поведение как феномен, свидетельствующий о том или ином состоянии личности, тенденции ее развития, необходимо помнить, что одни и те же внешне сходные особенности поведения могут свидетельствовать о разных процессах, происходящих в психике индивида. В этой связи концепция С.Л. Рубинштейна о психическом как “живом процессе”, получившая развитие в трудах А.В. Брушлинского, является методологической основой понимания и исследования преемственности и непрерывности (континуальности) психики в целом и любого ее традиционно выделяемого компонента.

Психическое как процесс, становление которого происходит на протяжении всей жизни индивида, представляет собой важнейшую психологическую реальность, из которой формируются все психические явления (чувства, мотивы, установки), функции, состояния, личностные, психические свойства (характер и способности), превращающиеся в последующем в продукты этого процесса (личностно-характерологическую и поведенческую структуры), которые включаются в дальнейшее формирование и развитие как его существенное внутреннее условие. “Психическое как процесс формируется на протяжении всей жизни индивида, но не на каждом этапе этого процесса сразу же происходит становление... относительно устойчивых личностных психических свойств“.

Отклоняющимся (девиантным) поведением принято называть социальное поведение, не соответствующее установившимся в данном обществе нормам (И.А. Невский). По мнению И.С. Кона (1988), девиантное поведение - это система поступков, отклоняющихся от общепринятой или подразумеваемой нормы (здоровья, права, культуры, морали). В соответствии с концепцией адаптивного поведения любая девиация приводит к нарушениям адаптации (психической, социально-психологической, средовой).

Таким образом, отклоняющееся поведение детей и подростков, с одной стороны, может рассматриваться как симптом, сигнал, признак зарождения и развития (тенденция) соответствующих особенностей личности, с другой сто-

роны, как проводник воспитательного влияния на развитие личности (Менделевич В.Д., 2000).

Автор справедливо считает, что предметом изучения психологии девиантного поведения являются отклоняющиеся от разнообразных норм ситуационные реакции, психические состояния, а также развития личности, приводящие к дезадаптации человека в обществе и/или нарушению самоактуализации и принятия себя в силу выработанных неадекватных паттернов поведения. Существенным параметром девиантного поведения выступает отклонение в ту или иную сторону с различной интенсивностью и в силу разнообразных причин от поведения, которое признается нормальным и не отклоняющимся вне зависимости от наличия или отсутствия психопатологических расстройств.

К характеристикам нормального (нормативного) и гармоничного поведения относятся: сбалансированность психических процессов (на уровне свойств темперамента), адаптивность и самоактуализация (на уровне характерологических особенностей) и духовность, ответственность и совесть (на личностном уровне). Так же, как норма поведения базируется на этих трех составляющих индивидуальности, так и аномалии и девиации основываются на их изменениях, отклонениях и нарушениях. Таким образом, девиантное поведение человека можно обозначить как систему поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе нормам и проявляющиеся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением (В.Д. Менделевич, 2000).

Основой оценки девиантного поведения человека является анализ его взаимодействий с реальностью, поскольку главенствующий принцип нормы - адаптивность - исходит из приспособления (адаптивности) по отношению к чему-то и кому-то, т.е. к реальному окружению индивида. Взаимодействия индивида и реальности можно представить пятью способами: **приспособление, противодействие или болезненное противодействие, уход и игнорирование.**

При противодействии реальности подросток стремится активно видоизменить окружающий мир в соответствии с собственными представлениями, установками и ценностями. Он искренне убежден в том, что все, происходящее с ним, целиком зависит от реальной социально-психологической среды. Окружающее общество активно противодействует подростку, стремясь приспособить его поведение к общепринятым нормам общества. Так употребление наркотиков так же можно рассматривать как протест, нежелание мириться с окружающей действительностью. Делинквентное поведение также следует расценивать с этих позиций. Подобное противодействие реальности не встречается, если подросток относится к конституционально-континуальному диапазону психологической нормы – акцентуации. В тоже время, если у подростка сужается уровень «нормы – реакции», ограничиваются компенсаторные возможности и снижается индивидуальный барьер психологической и психической адаптации, что мы наблюдаем у представителей диапазона пограничной аномальной личности, то мы можем быть свидетелями формирования делинквентного стереотипа поведения (О.А. Ахвердова, А.П. Коваленко, 2000). Криминальный же стереотип поведения соответствует психопатическому диапазону конституционально-типологического личностного континуума.

Болезненное противостояние реальности – когда окружающий мир воспринимается враждебным в связи с субъективным искажением его восприятия и понимания. Психопатологические симптомы психического заболевания препятствуют адекватной оценке и эффективному взаимодействию с реальным миром. Следовательно, данный способ взаимодействия является единственным и вынужденным, обусловленным психическим расстройством. В противовес представленному поведению здоровый человек выбирает осознанный путь борьбы с социальной реальностью мира. В этих случаях наркотические вещества часто начинают употреблять с целью купирования психопатологической симптоматики, что необходимо дифференцировать. Или мы имеем дело с наркоманическим стереотипом поведения (О.А. Ахвердова, 1989), соответствующим диапазону пограничной аномальной личности, что является профессио-

нальной прерогативой бригады специалистов: психиатра, клинического психолога, нарколога, или мы видим перед собой подростка с эндогенным процессуальным заболеванием. Последнее требует компетенции только психиатра.

Осознанный или неосознанный уход от реальности тоже представляет собой способ взаимодействия с ненавистной социальной средой. Подростки не считают себя способными адаптироваться к существующей социальной среде, их отношения к последней крайне негативно и оппозиционно. В данном случае основным подростковым постулатом жизни служит следующий: «среде надо совершенствоваться, чтобы достичь моего уровня». Окружающая социально-психологическая среда воспринимается ими, как антигуманная. Эмпирические и экспериментально-психологические исследования подтверждают, что подростки с подобным приспособлением к среде, вероятнее всего, располагаются в диапазоне пограничной аномальной личности конституционально-типологического личностного континуума. При расположении в диапазоне нормы представленный стиль поведения часто бывает обусловлен потворствующими влияниями семьи, что в конечном итоге приводит к негативному дрейфу от диапазона нормы - акцентуации к диапазону пограничной аномальной личности, способствуя расцвету не только наркоманий, но и невротического, психосоматического стереотипа поведения.

Игнорирование реальности «проявляется автономизацией личности и деятельности человека, когда он не принимает в расчет требования нормы реальности, существуя в собственном узко профессиональном мире». Субъект и действительность существуют сами по себе. Можно согласиться с тем, что настоящий вариант взаимодействия с реальной социальной средой встречается у одаренных, талантливых людей с гиперспособностями в одном направлении – астрофизика, кристаллография, хиропрактика, режиссура, композиторское и балетное искусство, программирование, поэзия, живопись. Настоящий способ адаптации характерен, прежде всего, для представителей конституционального диапазона пограничной аномальной личности. Следует подчеркнуть, что если талантливый человек с гиперспособностями находится в доброжелательной,

терпимой, снисходительной к его особенностям и умеющей истинно оценить его одаренность в микросоциальной среде, то мы будем свидетелями позитивного личностно-характерологического дрейфа к диапазону психологической нормы – акцентуации. Более того, постепенно сгладятся проявления одиозности и появится столь редко присущее для подобных личностей чувство комфорта. В тоже время нетерпимая, недоброжелательная, погрязшая в интригах, склоках микросоциальная среда будет провоцировать патохарактерологическое, психосоматическое, аддиктивное и иные формы девиантного поведения. В крайних ситуациях мы наблюдаем негативный дрейф конституционально-типологических личностных особенностей в сторону диапазона психопатии.

В зависимости от способов взаимодействия с реальностью и нарушения тех или иных норм общества девиантное поведение разделяется на пять типов: **делинквентное, аддиктивное, патохарактерологическое, психопатологическое и на базе гиперспособностей.** Клинические же формы (проявления) представлены: **агрессивным и аутоагрессивным поведением, нарушением пищевого поведения, злоупотреблением веществами, изменяющими психическое состояние, сексуальными девиациями, сверхценными увлечениями, коммуникативными, этическими и эстетическими девиациями, или нарушениями стиля поведения** (В.Д. Менделевич, 1998). В рамках каждой из клинических форм отклоняющееся поведение можно трактовать и как психологическое (т.о. собственно девиантное), и как психопатологическое (т.е. как поведенческое расстройство).

С точки зрения Менделевича В.Д. (2000) анализ современного положения в сфере изучения поведенческих отклонений позволяет утверждать, что поведенческие расстройства и девиации поведения, имея феноменологическое сходство и даже идентичность, отличаются друг от друга этиопатогенетически. Недоучет данного обстоятельства приводит к размыванию границ между психической и поведенческой нормой и патологией. Учитывая тот факт, что в рамках девиантного поведения могут сочетаться психологические и психопатологические

тологические механизмы, в сфере оказания помощи данному контингенту лиц следует сочетать психофармакотерапию с психотерапией.

В отличие от приводимой выше дифференциации девиантного поведения на 2 большие группы – патологическое и непатологическое, В.Д. Менделевич (2000) представляет иные подходы к оценке поведенческой нормы, патологии и девиаций в современной психологии и психиатрии: социальный, психологический, психиатрический, этнокультуральный, возрастной, гендерный, профессиональный, феноменологический.

Ниже мы представляем анализ предлагаемых подходов к оценке поведенческой нормы, патологии и девиации с антропоцентрических позиций в виде конституционально-типологического личностного континуума: психологическая норма – акцентуации; пограничная аномальная личность; психопатии. Когда мы общаемся с подростками общей популяции, то в последней распределены не только основные личностные психотипы, но, главное, что они расположены в конституционально-континуальном пространстве.

Клиническому психологу, психологу, педагогу, врачу, важно понимать и представлять, что перед ним не просто подросток, а личность, относящаяся к одному из личностных психотипов – шизоиды, циклоиды, эпилептоиды, истероиды, распределенных в конституционально-типологическом континууме. Одни из них, относящиеся к диапазону психологической нормы – акцентуации, не имеют признаков стойкой конституциональной личностной дефицитарности. У других, личностная дефицитарность выражена в виде совокупности личностных, характерологических, психологических, психофизиологических, антропологических признаков, соответствующих конституциональному диапазону пограничной аномальной личности (И.В. Боев, 1999). У третьих, вместо личностной дефицитарности мы видим личностный дефект, характерный для патологических конституций – психопатий. Антропоцентрическая оценка подростка позволяет наиболее адекватно оценить и представить девиантные варианты поведения с позиций аномальной личностной изменчивости. Если мы не игнорируем конституциональный подход к оценке личности, то это один из

наиболее верных для разработки современных конституционально ориентированных лечебных, психологических и диагностических технологий в качестве помощи специалистам различного профиля.

Социальный подход базируется на представлении об общественной опасности или безопасности поведения человека. В соответствии с этим к девиантному относят любое поведение, которое явно или потенциально является опасным для общества, окружающих человека людей. Упор делается на социально одобряемые стандарты поведения, бесконфликтность, конформизм, подчинение личных интересов общественным. При анализе отклоняющегося поведения социальный подход ориентирован на внешние формы адаптации и игнорирует индивидуально-личностную гармоничность, "приспособленность к самому себе", принятие себя и отсутствие так называемых психологических комплексов и внутриличностных конфликтов.

Если мы будем рассматривать социальный подход с позиции конституционально-типологического личностного континуума, то, с нашей точки зрения, подобная оценка девиации адекватна для диапазона нормы - явных акцентуаций, принадлежность которому обуславливает негативный личностно-характерологический дрейф подростка в сторону диапазона пограничной аномальной личности. В этом случае все зависит от микросоциальной среды и иных экзогенных факторов, которые могут способствовать негативному дрейфу, нарушая физиологическое функционирование мозга и психики подростка. Представители диапазона психопатии также могут соответствовать критериям социального подхода к девиациям, что проявляется достаточно рано и уже в детском саду можно наблюдать несоответствие общепринятым стандартам, когда родители объединяются в оппозиционный коллектив с требованием избавить их чада от ребенка, поведение которого превышает границы всех допустимых норм. Из 4 основных личностных психотипов у эпилептоидных детей и подростков и стеничных шизоидов мы наблюдаем девиантный стереотип поведения. В условиях согласованной работы бригады специалистов (психиатров, психотерапевтов, клинических психологов) с микросоциальной средой, в кото-

рой находится ребенок, в течение 3-5 лет можно добиться достаточно заметных признаков позитивного дрейфа из диапазона психопатии в диапазон пограничной аномальной личности конституционально-типологического личностного континуума. Если же объект исследования изначально относится к диапазону пограничной аномальной личности, то для достижения позитивного личностно-характерологического дрейфа требуется от 2 до 4 лет. Следует подчеркнуть, что психобиологическая толерантность не будет отличаться достаточной стойкостью и надежностью к внешним неблагоприятным факторам среды обитания. Такие дети могут выдержать умеренные информационно-стрессовые и экологические нагрузки (в том числе алкоголизация, наркотизация), длящиеся короткое время. При длительном действии патогенных факторов толерантность к ним снижается и развивается прорыв барьера индивидуальной психической и психологической адаптации.

Психологический подход в отличие от социального рассматривает девиантное поведение в связи с внутриличностным конфликтом, деструкцией и саморазрушением личности. Имеется в виду тот факт, что сутью девиантного поведения следует считать блокирование личностного роста и даже деградацию личности, являющихся следствием, а иногда и целью отклоняющегося поведения. Девиант в соответствии с данным подходом осознанно или неосознанно стремится разрушить собственную самооценку, лишиться себя уникальности, не позволить себе реализовать имеющиеся задатки.

Подобная трактовка предполагает, что у подростка изначально должна существовать конституционально-типологическая дефицитарность и наиболее вероятностное месторасположение в конституционально-континуальном пространстве - это диапазон пограничной аномальной личности. Только изначально располагаясь в этом диапазоне у подростка может сформироваться внутриличностный конфликт, душевные страдания с тенденцией к саморазрушению. Опять-таки, вероятнее всего, наиболее частой мишенью должны служить личностные циклоидный и истероидный психотипы. Представители указанных психотипов в условиях информационно-стрессовых и экологических нагрузок

достаточно быстро демонстрируют конституционально детерминированную неполноценность звеньев, лежащих в основе той или иной патологической реакции, составляющей основу конкретного варианта девиантного поведения.

В рамках **психиатрического подхода** девиантные формы поведения рассматриваются как преморбидные (доблезненные) особенности личности, способствующие формированию тех или иных психических расстройств и заболеваний. Под девиациями зачастую понимаются не достигшие патологической выраженности в силу различных причин отклонения поведения, т.е. те "как бы психические расстройства", которые не в полной мере соответствуют общепринятым критериям для диагностики симптомов или синдромов. Несмотря на то, что эти отклонения и не достигли психопатологических качеств, они все же обозначаются термином расстройства.

И в случае психиатрического подхода мы сталкиваемся с проявлениями конституционально-типологической личностной дефицитарности. С одной стороны, представители диапазона нормы – акцентуации под влиянием информационно-стрессовых социальных нагрузок могут демонстрировать негативный дрейф в виде девиантного поведения на фоне структуризации личностно-характерологических особенностей, свойственных диапазону пограничной аномальной личности (ПАЛ). С другой стороны, представители диапазона ПАЛ под влиянием экзогенно-экологических факторов провоцирует декомпенсацию конституционально детерминированных механизмов личностно-характерологического сдвига. В этом случае мы можем наблюдать декомпенсацию практически любого личностного психотипа. Патогенетический анализ требует установления изначального места расположения подростка в конституционально-континуальном пространстве, если изначально подросток относился к диапазону нормы – акцентуации, то вероятность благоприятного течения девиантного поведения значительно выше, чем случаи, если подросток изначально относился к диапазону ПАЛ, предполагающему менее благоприятное течение и определенную резистентность как к психофармакотерапии, так и к методам психотерапии и психокоррекции.

Этнокультуральный подход подразумевает тот факт, что девиации следует рассматривать сквозь призму традиций того или иного сообщества людей. Считается, что нормы поведения, принятые в одной этнокультуральной группе или социокультуральной среде, могут существенно отличаться от норм (традиций) иных групп людей. Вследствие этого существенным признается учет этнических, национальных, расовых, конфессиональных особенностей человека. Предполагается, что диагностика поведения человека как отклоняющегося возможна лишь в случаях, если его поведение не согласуется с нормами, принятыми в его микросоциуме или он проявляет поведенческую ригидность (негибкость) и не способен адаптироваться к новым этнокультуральным условиям (например, в случаях миграции).

Практически невозможно стандартно оценивать критерии этнокультурального подхода, как наиболее уязвимо и болезненно для личности и этноса. Однако, длительные эмпирические наблюдения и психолого-экспериментальные и клиничко-психопатологические исследования, проводимые на Юге России сотрудниками государственного университета и медицинской академии, показывают, что представители диапазона нормы – акцентуации отличаются достаточно высокой толерантностью к социальным стрессорам, а их барьер к индивидуально-психологической и психической адаптации характеризуется прочностью. Именно эти факторы, в сочетании с широким диапазоном нормы реакций, обеспечивающим высокий уровень адаптации, позволяют длительное время акцентуантам выдерживать социально-психологические стрессоры, связанные с новой социокультуральной или этнокультуральной средой. И лишь в случае прямой угрозы физического насилия над личностью, приобретающей характер необратимости, акцентуанты демонстрируют аномалии поведения, свойственные даже представителям ПАЛ. В случае благополучного завершения социально-психологического стрессирования компенсаторные возможности акцентуантов вновь возвращают их в диапазон нормы. Аналогичная ситуация для представителя диапазона ПАЛ оборачивается серией недоразумений, обид, конфликтов, уязвленным национальным

самосознанием и самолюбием, невозможностью найти рациональное решение проблемы, а главное, трудностями адаптации в силу суженного диапазона нормы – реакции, низкой толерантности к стрессорам, затруднением восстановления психобиологического резерва личности. Представители ПАЛ в этом случае практически всегда оказываются на приеме у психотерапевта, клинического психолога, однако, ситуация чаще остается патовой.

Из всех психотипов наиболее остро реагирующими на новую среду оказываются истероиды и сенситивные шизоиды, которым невероятно трудно адаптироваться в этих условиях. Трудно доказать истероидам, что их амбиции, притязания соответствуют лучшим эталонам человеческих отношений, что они способны принять и ассимилировать этнические и национальные установки. Шизоидам трудно защитить свое собственное хрупкое, ранимое и чувствительное «Я», что приводит в обоих случаях к аномалиям поведения. Рассчитывать на успешную реабилитацию в сохраняющихся условиях достаточно проблематично. Интересно отметить, что циклоиды лишь вначале проявляют девиантные реакции, не трансформирующиеся в девиантный стереотип поведения. Жизнелюбие, гипертимный фон настроения, высокая работоспособность и обаяние помогают представителям нормы – акцентуации. В этих же условиях мы наблюдаем декомпенсацию личностно-характерологических особенностей с развитием девиантного стереотипа поведения у подростков ПАЛ. Подростки эпилептоидного психотипа диапазона акцентуации достаточно быстро адаптируются, используя человеческие слабости, неотразимость утонченной лести, наконец, собственную материальную состоятельность, даже в их возрасте. При исходных личностно-характерологических характеристиках диапазона ПАЛ быстро ассимилируется в асоциальных субкультурах (криминальной, наркоманической, парасексуальной).

Возрастной подход рассматривает девиации поведения с позиции возрастных особенностей и норм. Поведение, не соответствующее возрастным шаблонам и традициям, может быть признано отклоняющимся. Это могут быть количественные (гротескные) отклонения, отставание (ретардация) или опере-

жение (ускорение) возрастных поведенческих норм, так и их качественные инверсии.

Достаточно часто при возрастном подходе в оценке девиации поведения мы сталкиваемся с представителями диапазона ПАЛ, которым часто трудно принять веками сформировавшиеся традиции, некие возрастные шаблоны существующие в обществе. Они активно протестуют, сопротивляются, что способствует формированию вначале непатологических форм девиаций. В случае отсутствия перспективы изменения ситуации у подростков ПАЛ наблюдается трансформация в патологические стереотипы девиантного поведения. Особенно остро реагируют подростки с истероидным психотипом и циклоидным психотипом, для которых ригидное отношение общества к собственным стандартам не сулит благоприятных перспектив. Подростки с шизоидным психотипом, относящихся к диапазону ПАЛ, упорно пытаются отстаивать свои взгляды и принципы, создают оппозицию, ведя непримиримую борьбу до тех пор, пока не преступают черту закона. В последнем случае можно наблюдать лавинообразное формирование патологического девиантного стереотипа поведения.

Гендерный подход исходит из представления о существовании традиционных полоролевых стереотипов поведения, мужском и женском стиле. Девиантным поведением в рамках данного подхода может считаться гиперролевое поведение и инверсия шаблонов гендерного стиля. К гендерным девиациям могут относиться и психосексуальные девиации в виде изменения сексуальных предпочтений и ориентации.

Анализ конституционально-типологического личностного континуума с позиций гендерного подхода однозначно позволяет выделить подростков, относящихся к диапазону ПАЛ или психопатии. Конституционально-типологическая дефицитарность личности чаще всего сочетается с недостаточностью высшей нервной деятельности и в этом случае результаты психодиагностики позволяют отнести подростка к диапазону ПАЛ. Если же наблюдается сочетание и с недостаточностью психонейроэндокринной системы, то чаще всего этих подростков отличают психопатические личностно-

характерологические черты. Социально-психологический прогноз в последнем случае неблагоприятен. К наиболее вероятным психотипам, у которых чаще наблюдаются выраженные парасексуальные девиации, следует отнести эпилептоида и подростков со смешанными чертами, «ядрами» в виде шизоидности. В этом случае истероидные черты маскируют выраженность шизоидных, что часто приводит к неправильной психодиагностике. Эпилептоид с его насыщенными аффективными переживаниями, мощной инстинктивной жизнью выступает в роли лидера, а периодически возникающая потребность в разрядке, часто заставляет его быть инициатором парасексуального девиантного поведения, используя все методы привлечения сверстников, вплоть до принуждения. В противоположность эпилептоиду подростки с шизоидным психотипом стремятся к эксклюзивности своих отношений, истолковывая их нестандартность как некую избранность, богемную особость, что бывает весьма привлекательно для сверстников. Шизоидам помогает в этом, достаточно высокий уровень витальной силы, позволяющей демонстрировать высокие сексуальные потенции, не сопровождающиеся глубокими истинными эмоциональными переживаниями. Им нравится вообразить себя некими «половыми монстрами», «демонами ночи», как образно высказывался один из наших пациентов. Фантасмогорическое, метафизическое, мистическое сознание шизоидов, их разглагольствования на философско-сексуальные, тантрические темы, убеждают сверстников-истероидов в их неординарности. У последних появляется желание быть причастным к кругу избранных, «посвященных», где они и оказываются жертвами сексуального использования как пассивные участники, но хитро сплетенная интрига обрамлена рассуждениями о высоком духе, передающейся космической энергией, вероятной встрече с представителями внеземных цивилизаций.

Профессиональный подход в оценке поведенческой нормы и девиаций базируется на представлении о существовании профессиональных и корпоративных стилей поведения и традиций. Имеется в виду, что профессиональное сообщество диктует его членам выработку строго определенных паттернов по-

ведения и реагирования в тех или иных ситуациях. Несоответствие этим требованиям позволяет относить такого человека к девиантам.

Если профессиональный подход адресован представителям нормы – акцентуации, то обращает внимание факт достаточно быстрой адаптации акцентуантов к требуемым стандартам и традициям поведения. Лишь на первых порах у стеничных шизоидов могут проявляться оппозиционные реакции. В случае неудачной адаптации наблюдается переход к формальным контактам, внутренняя замкнутость, сдержанность в проявлении эмоций, углубленность в мир собственных переживаний или фиксация на узконаправленной деятельности, позволяющей на значительное время ограничить неформальные контакты с социумом. У истероидов отмечаются выраженные реакции эмансипации. В последующем, пройдя через адаптационное реагирование, мы наблюдаем выравнивание стереотипа поведения. Если же неблагоприятная ситуация сохраняется, то реакция эмансипации у истероидов могут переходить в патологические девиантные реакции типа аутоагрессивных или алкоголизации. Циклоидные акцентуанты достаточно быстро оценивают существующую ситуацию и находят оптимальные пути, не ущемляющие собственного достоинства и не унижающие достоинство окружающих, адаптационного поведения. Эпилептоидные акцентуанты также достаточно быстро адаптируются, часто внося элементы интриги во взаимоотношения и усугубляя их между членами традиционного сообщества. Время, которое уходит на выяснение отношений между членами традиционного сообщества используется эпилептоидами для адаптации, в том числе и для выступления в роли третейского судьи. Посягательство же на материальные ценности и блага, которыми обладают эпилептоиды, может спровоцировать девиантную непатологическую реакцию и только в случае сохранения неблагоприятной ситуации возникает угроза трансформации непатологической реакции в патологическую девиантную реакцию (гетероагрессии, алкоголизация).

Представители ПАЛ в подобной ситуации проявляют бурные реакции, соответствующие своему психотипу. Любой корпоративный стереотип поведе-

ния трудно приемлем для представителей ПАЛ. В тоже время существующие корпоративные регламентации поведения должны благотворно сказаться на эпилептоидном психотипе ПАЛ. Чувствуя силу порядка определенных корпоративных законов, эпилептоиды ПАЛ безоговорочно подчиняются им, боясь самых крайних негативных последствий. Встраивая собственное «Я» в систему отношений, формируя приемлемые для себя отношения, эпилептоиды часто в конечном итоге занимают вполне достойное место, с точки зрения собственной самооценки, в корпоративной иерархии. При неудачной адаптации они яростно сопротивляются, создавая оппозиционно-криминальные группы. Можно наблюдать формирование сверхценных идей вплоть до паранойяльных, которые отстаивают до конца. Алкоголизация в этом случае служит способом смягчения дисфорических переживаний и проявлений. Стеничные шизоиды ПАЛ также вступают на путь борьбы, результатом которой может быть паранойяльное развитие личности. В противоположность им чувствительные шизоиды чаще погружаются в мир собственных фантазий, стремятся уйти от реальности, замыкаются вплоть до самоизоляции. Хотя возможен вариант, когда чувствительные шизоиды вступают на путь бескомпромиссной борьбы, становясь апологетами религиозной или новомодной идеи, с помощью которых они рассчитывают разрушить корпоративный стиль отношений.

В ответ на регламентированное корпоративное поведение, ограничивающее неформальные контакты и проявления чувств, циклоиды отвечают бурными эмоциональными реакциями с развитием в последующем дистимических состояний. При отсутствии перспектив в нормализации ситуации у циклоидов часто наблюдаются затяжные субдепрессивные состояния, требующие профессиональной психофармакотерапии. В жесткой корпоративной среде для истероидов не остается шансов на гармоничную адаптацию. Чаще всего у них фиксируется истерический стереотип поведения с многочисленными попытками безуспешного шантажа окружающих, что еще в большей степени усугубляет положение истероида. Многочисленные суицидальные попытки, громогласные высказывания на тему «никчемности существования», служат способом

манипуляции поведения окружающих, что также редко достигает успеха. В любой корпорации истероиды чаще всего занимают нижние ступени на иерархической лестнице, что способствует патохарактерологическому невротическому развитию личности, наконец, алкоголизации.

Феноменологический подход к оценке поведенческой нормы, патологии и девиаций в отличие от социального, психологического или психиатрического позволяет учитывать все отклонения от нормы (не только социально опасные или способствующие саморазрешению личности), используя его, можно диагностировать и нейтральные, с точки зрения общественной морали и права, поведенческие отклонения (к примеру, артистическое поведение), и даже положительно окрашенные девиации (например, трудоголизм). Кроме того, феноменологическая парадигма позволяет усматривать за каждым из отклонений в поведении механизмы психогенеза, что способствует в дальнейшем выбору адекватной и эффективной тактики коррекции поведения. Так, трудоголизм как поведенческая девиация может быть рассмотрен и истолкован как аддукция, сформированная на базе стремления к уходу от реальности путем фиксации внимания на строго определенном виде деятельности, так и как проявление психопатологических особенностей, например, в рамках маниакального синдрома. Лишь феноменологический подход способен беспристрастно и объективно подойти к анализу отклоняющегося поведения и способствовать пониманию существенных мотивов поведения человека.

Феноменологический подход со времен Гуссерля и К. Ясперса действительно является оптимальным при оценке нормы и патологии. Феноменологический подход, использующийся в рамках конституционально-типологического личностного континуума, позволяет дифференцировать норму – акцентуации от ПАЛ, представителей ПАЛ от диапазона психопатии. Но наиболее важным с нашей точки зрения является то, что феноменологические трактовки позволяют вычленить роль экзогенных и собственно психогенных факторов тогда, когда они наслаиваются на конституционально-типологическую недостаточность, в отличие от ситуации, когда конституцио-

нально-типологическая недостаточность выступает в качестве патопластического фактора, определяя психопатологическую картину непсихотических психических расстройств под влиянием тех или иных экзогенных факторов.

В первом случае, мы можем достаточно точно сказать какие из информационно-стрессовых социальных воздействий окажут наиболее патогенное влияние в случае расположения в диапазоне норма – акцентуации; какие экзогенные факторы и как будут деструктивно воздействовать на представителей личностного психотипа, располагающегося в диапазоне пограничной аномальной личности (ПАЛ) конституционально-континуального пространства. В случае наслаивания экзогенных (черепно-мозговые травмы, инфекции, интоксикации) и психогенных факторов на тот или иной личностный психотип, соответствующий конституционально-типологической недостаточности диапазона ПАЛ мы будем являться свидетелями тех моментов, когда «запуск» личностно-характерологической декомпенсации, развития личности или пограничных нервно-психических расстройств может возникнуть как при патогенном воздействии стрессоров, так и иных экзогенных факторов, за счет конституционально обусловленных механизмов неполноценности, дефицитарности звеньев, лежащих в основе реакций, состояний, развития.

Для шизоида нормы - это необходимость быстро устанавливать неформальные эмоциональные контакты с окружающими. При этом если шизоид относится к диапазону нормы – акцентуации, то он может выдержать достаточно длительное время неформальные эмоциональные отношения. Однако, если у него не будет периодов отдыха – уединения, то вероятность психологического срыва повышается. У шизоидов диапазона ПАЛ неформальные эмоциональные отношения уже через незначительный промежуток времени вызовут реакцию декомпенсации. При патогенном воздействии экзогенных факторов у шизоидов развиваются психопатологические синдромы непсихотического уровня, часто с затяжным течением. Эпилептоид диапазона нормы – акцентуации остро реагирует на потерю ценностей, имущества, на потерю лидерских или властных полномочий в коллективе. Однако эпилептоид нормы быстро компенсиру-

ется и ищет, и находит реальные пути для восстановления утраченного, активно используя человеческие слабости, искусно применяя лесть, подкуп, интриги, психологическое давление с помощью шантажа. Активизируясь таким образом за счет мобилизации психобиологического резерва, эпилептоид не только часто наверстывает упущенное, но и приобретает большее. Эпилептоид диапазона ПАЛ не может перенести даже угрозы, покушения на его блага, материальные ценности, на сферу его властного диапазона в микросоциуме. Они реагируют остро, бурно, с дисфорическими реакциями, гетероагрессивными вспышками. При экзогенных воздействиях у них легко развиваются не только личностные декомпенсации, но и признаки пограничных нервно-психических расстройств. Циклоид в экстремальной ситуации сражает окружающих сочетанием продуктивной работоспособности, целеустремленности, находчивости, остроумия, обаяния, умением находить «слабые места» у противников и использовать их для себя. Однако ограничение в неформальных эмоциональных контактах действует на циклоидов весьма угнетающе, что может приводить к вспышкам ярости, выраженным реакциям протеста. Для истероида – экстремальной следует считать такую ситуацию, которая ограничивает внимание значимых для него лиц, когда нет возможности удовлетворить свои амбиции и притязания. Истероидам трудно сдерживать свое негодование, обиду, и они позволяют выплескивать свои чувства на окружающих, что приводит к незамедлительной реакции отпора или искусственного безразличия, что не менее травматично для истероида. Истероиды диапазона ПАЛ достаточно остро реагируют на психогенные, но и на экзогенные факторы (травмы, инфекции, интоксикации), что может приводить, как к состоянию личностно-характерологической декомпенсации, так и к психопатологическим синдромам невротического уровня или различным вариантам развития личности.

Во втором случае, мы имеем дело с патопластическим фактором, когда конституционально-типологическая личностная недостаточность определяет особенности декомпенсации, психопатологическую картину, в случае воздействия психотравмирующих ситуаций или экзогении. Так преморбидная гипер-

тимность в конституционально-типологическом диапазоне нормы – акцентуации стабилизирует и гармонизирует отношения личности, как бы защищает личность от избыточного информационного воздействия психогенных стрессоров. Эта же гипертимность в диапазоне ПАЛ трансформируется в дистимические, субдепрессивные и иные аффективные состояния в структуре экзогенно-обусловленной или смешанной – психогенно-экзогенной обусловленности пограничных нервно-психических нарушений. Педантичность, ответственность и нравственность психастеника в структуре диапазона норма помогает ему адаптироваться в экстремальных ситуациях за счет гипертрофии перечисленных личностных черт. Однако эти личностные особенности в структуре диапазона ПАЛ под влиянием психогений или экзогений трансформируются в навязчивые, тревожно-фобические и иные синдромальные расстройства, тесно спаянные с конституционально-типологической личностной недостаточностью. Сенситивность в личностной структуре диапазона нормы – акцентуации может привести личность к отстаиванию идей социальной справедливости, гуманизма, помочь стать апологетом высоконравственных гуманистических теорий, религиозно-философских идей. В тоже время, сенситивная личность диапазона ПАЛ будет отличаться склонностью к дистимическим расстройствам, к формированию идей отношения. Эпилептоидные черты в диапазоне норма – акцентуации будут стабилизировать личность и поощрять стремление подняться на более высокие ступени социально-психологической иерархии. Эти же черты, но в диапазоне ПАЛ под влиянием неблагоприятных факторов среды обитания будут способствовать развитию дисфорий, сверхценных и паранойяльных идей.

Следовательно, не только от типа личности, но и от места ее расположения в конституционально-типологическом личностном континууме зависит толерантность, прочность индивидуального барьера психической и психологической адаптации к деструктивным факторам среды обитания, вероятностный адаптационный прогноз и, наконец, социально-психологическая адаптация – дезадаптация личности. Таким образом, тактика и стратегия психокоррекцион-

ной, психотерапевтической помощи, а также особенности психологического консультирования целиком и полностью зависят не столько от структуры психопатологической картины пограничных нервно-психических расстройств, конституционально-обусловленного личностного психотипа, сколько от места расположения личности в конституционально-континуальном пространстве: норма – пограничная аномальная личность – психопатия.

Этиопатогенетические отличия, с нашей точки зрения, заключаются в том, что различные варианты девиаций поведения формируется у личности с признаками конституционально-типологической недостаточности, в том числе, и недостаточности высшей нервной деятельности, как проявление органической предрасположенности. Варианты конституциональной недостаточности принадлежат вектору «норма – патология». Психопатологические, поведенческие расстройства преимущественно базируются на эндогенно-обусловленных психических расстройствах, что соответствует вектору «здоровье – болезнь».

Онтогенетический принцип развития позволяет адекватно разобраться в проблеме отклонений в развитии и поведении. В связи с этим, особую значимость приобретают теории периодизации индивидуального развития и дифференциация возрастных уровней нервно-психического реагирования у детей и подростков в ответ на те или иные вредности, предложенная В.В. Ковалевым (1979).

Онтогенетически наиболее ранним является сомато-вегетативный уровень (0 - 3 года), которому свойственны различные варианты невропатического синдрома (повышенная общая вегетативная возбудимость, склонности к расстройствам пищеварения, сна, нарушениям навыков опрятности и т.п.). Проявления этого уровня возможны у детей раннего и отчасти преддошкольного возраста в клинике невропатических реакций и других пограничных состояний, резидуально-органических нервно-психических расстройств, шизофрении и других заболеваний.

Следующий возрастной уровень патологического реагирования - психомоторный (4 - 7 лет), к которому относятся синдром гиперактивности, систем-

ные невротические и неврозоподобные двигательные расстройства: тики, заикание, мутизм и некоторые другие. Данный уровень патологического реагирования обусловлен наиболее интенсивной дифференциацией корковых отделов двигательного анализатора. В этом возрастном периоде устанавливаются более зрелые субординационные отношения между корковыми и подкорковыми структурами двигательного анализатора. Нарушения этих пока еще неустойчивых субординационных отношений становятся важным механизмом расстройств психомоторного уровня реагирования.

Для аффектного уровня реагирования (5 - 10 лет) характерны синдромы и симптомы страхов, повышенной аффективной возбудимости с явлениями негативизма и агрессий, уходов и бродяжничества, которые чаще встречаются в младшем школьном и препубертатном возрасте, что вероятно, связано с началом формирования самосознания к концу дошкольного периода и появлением у ребенка элементарной способности к самооценке субъективных переживаний (Д.Б. Эльконин, 1960).

В препубертатном и главным образом в пубертатном возрасте (11 - 17 лет) проявляется преимущественно эмоционально-идеаторный уровень реагирования. В патологии это прежде всего проявляется в так называемых “патологических реакциях пубертатного возраста” (Г.Е. Сухарева, 1959), включающих, с одной стороны, сверхценные увлечения и интересы, с другой - сверхценные ипохондрические идеи; идеи мнимого уродства (дисморфофобии, нервной или психической анорексии), психогенные патохарактерологические реакции (протеста, оппозиции, эмансипации и др.) (А.Е. Личко, 1973, 1977, 1979). Во главу угла в период становления характера при “патохарактерологических образованиях” становятся негативные влияния окружающих.

Однако, при всей важности выделения отдельных уровней нервно-психического реагирования и последовательности их смены в онтогенезе необходимо учитывать известную условность периодизации индивидуального развития, так как отдельные проявления нервно-психического реагирования не только сменяют и отодвигают друг друга, но на разных этапах сосуществуют в

новых качествах, формируя новые типы клинико-психологической структуры нарушения (В.В. Лебединский, 1985). Иными словами, в условиях дизонтогенеза, дезадаптации неразрешенные проблемы на предыдущих этапах развития добавляются к проблемам текущего периода (Е.Г. Дозорцева, 2000).

Александровская Э.М. (1985) указывает, что нарушения социально-психологической адаптации к школе имеют существенное значение в развитии пограничных нервно-психических расстройств. При этом автор отмечает, что отсутствие устойчивости по выделяемым критериям адаптации 1) эффективность учебной деятельности (еще раньше, как один из основных критериев - эффективность ведущего вида деятельности); 2) усвоение школьных норм поведения; 3) успешность социальных контактов; 4) эмоциональное благополучие) сопровождается ослаблением систем регуляции организма ребенка и появлением функциональных отклонений со стороны нервно-психической сферы, достигающих субклинического или клинического уровня. Регистрируемое при этом стойкое нарушение эмоционального состояния переходит в область нервно-психической патологии. Определенные неблагоприятные микросоциальные и биологические факторы, влияющие на ребенка в процессе онтогенеза (сочетание комбинированных резидуально-органических поражений центральной нервной системы и хронической конфликтной ситуации в семье, различных видов неправильного воспитания), заостряют специфические черты характерные для каждого дисгармонического типа личности, дезадаптируют школьника, тем самым увеличивают риск возникновения пограничных нервно-психических расстройств.

Многие авторы изучали трудности переходного периода младшего подростничества (5-й класс), выявило у младших школьников с намечающимися характерологическими особенностями (различного генеза) сложность адаптационных механизмов к новым условиям, негибкость поведения в непривычных условиях; рост агрессивности в условиях, препятствующих привычному реагированию; неумение устанавливать равноправные отношения со сверстниками; одностороннее развитие коммуникативных навыков; несоотнесенность собст-

венной позиции с мнением группы в условиях коллективного взаимодействия, доказывающие дезадаптивный характер поведения данной группы детей.

В.Д. Менделевич (1999) подчеркивает, что чем неполноценнее первичный материал и чем хуже учитывает социум индивидуальные особенности развития ребенка, чем больше выражены возрастные кризисы, тем хуже они могут отразиться на будущей личности.

К симптомам поведенческих реакций у детей и подростков относятся невротические реакции, неврозоподобные и психопатоподобные состояния. Наиболее дифференцированная характеристика этих расстройств представлена В. В. Ковалевым (1979) в систематике негативно - дизонтогенетических и продуктивно - дизонтогенетических симптомов и синдромов (1979).

Невропатии в структуре негативно - дизонтогенетических синдромов включают: синдром истинной невропатии, синдром “органической невропатии” и синдром невропатии смешанного генеза. С точки зрения, Крепелина невропатия представляет собой самостоятельную врожденную болезненную форму, в основе которой лежит особая аномальная конституция. Отечественные ученые доказали, что в происхождении невропатических состояний играют роль не столько конституционально-генетические, сколько экзогенно-органические патогенные факторы, действующие во внутриутробном, перинатальном и раннем постнатальном периодах.

Г.Е. Сухарева (1974) описывая детей с церебрастенией, указывает на ряд симптомов: головные боли при определенных условиях, вегетативно-сосудистые расстройства, повышенное внутричерепное давление (внутренняя гидроцефалия, органические арахноидиты), субъективные жалобы (ухудшение памяти, раздражительность, утомляемость, особенно при выполнении школьных занятий), аффективные расстройства - жалобы на скуку, постоянные колебания настроения то в ту, то в другую сторону подавленности, вялости, угрюмости, то чрезмерной веселости, страхи, у девочек склонность к истерическим реакциям, при неблагоприятном течении отмечаются истероформные и эпилептиформные припадки.

В.В. Ковалев (1979) подчеркивает, что психопатические синдромы - это относительно устойчивые сочетания аномальных свойств личности, возникающие в результате нарушения ее формирования под влиянием различных факторов (в том числе и экзогенно-органических), и их (психопатические синдромы) как эволютивные образования необходимо отграничивать от психопатоподобных состояний при процессуальных психических заболеваниях и резидуально-органических состояниях.

Психопатоподобные синдромы в отличие от психопатических обусловлены патогенетическими механизмами повреждения нервно-психических функций, а не эволютивными дизонтогенетическими механизмами. В связи с этим, психопатоподобные состояния возникают в результате не нарушенного процесса развития личности, а выпадения или “поломки” тех или иных компонентов формирующейся личности на каком-то этапе ее развития за счет органической недостаточности мозга.

Резидуально-органические психопатоподобные состояния (особенно возникающие в возрасте старше 5 лет) в отличие от психопатических синдромов характеризуются относительно стабильным дефектом личности в виде недостаточности критики, нравственных качеств, преобладания примитивных эмоций, расторможения низших влечений. Эти проявления часто сочетаются с повышенной эффективной возбудимостью или эмоционально-волевой неустойчивостью, импульсивностью, эйфорическим фоном настроения с одновременной склонностью к дисфориям. Имеются инертность и недостаточная целенаправленность психических процессов. Патологические свойства личности не имеют цельности, свойственной психопатическим синдромам. Ввиду дефекта высших свойств личности ослаблена склонность к характерологическим и патохарактерологическим реакциям (протеста, отказа и др.). Однако реакции имитации могут встречаться чаще, чем у детей и подростков с психопатическими синдромами.

При психопатических синдромах, развивающихся с самого начала на основе диспропорционального развития, имеется аномалия свойств темперамен-

та, влечений и низшей аффективности, которая в результате взаимодействия с патогенными и условно-патогенными для данной личности воздействиями микросоциальной среды ведет к формированию патологических свойств характера. Основными среди них являются эпилептоидные, гипертимные, психастенические и шизоидные патологические черты (В.В. Ковалев, 1979).

2.3. Дифференциальные признаки резидуально-органической недостаточности центральной нервной системы

Изучение резидуально-органических расстройств, начавшееся на рубеже 19 - 20 веков, шло от выделения тяжелых и малообратимых форм [“детских энцефалопатий” (Brissaud, Sougues, цит. по В.В. Ковалеву, 1995) и “детских церебральных параличей” (S. Freud, цит. по С.С. Мнухину, 1965)] к описанию более легких и относительно обратимых пограничных форм - психопатоподобных, церебрастенических, неврозоподобных и далее к описанию последствий, обусловленных резидуально-органической недостаточностью центральной нервной системы [т.е. последствий, обусловленных органической измененной реактивностью мозга в резидуальном периоде органического поражения мозга]. Клиническая картина проявлялась “неярко выраженными”, “легкими” расстройствами в психическом и физическом развитии (О.Н. Усанова, 1996), связанных с расстройствами созревания структур и функций головного мозга (В.В. Ковалев, 1973, 1976, 1981, 1983, 1985), временными, преходящими, слабовыраженными и малозаметными психическими недостатками (L. Kosci, 1966; M. J. Senn, A.J. Solnit, 1968, с легкой задержкой психического развития, дефектами воспитания, эмоциональными, личностными и нейродинамическими нарушениями “пограничного” уровня (W. Tyszkowa, 1972; X. Спионек, 1972; Й. Шванцара и колл., 1978; В.С. Манова-Томова, 1981), не имеющих отчетливой клинической очерченности (С.А. Беличева, И.А. Коробейников, Г.Ф. Кумарина, 1995).

Резидуально-органическая недостаточность центральной нервной системы обусловлена внутриутробными, перинатальными и ранними постнатальными

ми поражениями мозга (Г.Е. Сухарева, 1955; В.В. Ковалев, 1985). Внутриутробными считаются поражения, возникшие до момента рождения ребенка. Перинатальными называют поражения, возникшие до 10 дня после рождения (G. Gollnitz, 1968). Постнатальные поражения считаются те поражения, которые возникают до завершения основного биологического созревания структур и механизмов головного мозга, т.е. до 7 - летнего возраста, к которому заканчивается дифференциация слоев коры больших полушарий мозга (И.Н. Филимонов, 1929), и достигает уровня “школьной зрелости” психическое развитие ребенка.

Всевозможные отклонения в развитии ребенка, возникающие в результате церебрально-органической недостаточности носят характер “легких”, “неярко выраженных” расстройств как в психическом, так и в физическом здоровье ребенка. Так, расстройства психомоторики отмечаются в характере игровой деятельности: игры утрачивают усложняющийся, конструктивный, творческий характер, приобретают качество однообразности, стереотипности, монотонности, не сопровождаются соответствующей изменению характера игры эмоциональной реакцией, интересам, которые характеризуются изменениями мышечного тонуса, знаками неврологической микросимптоматики, нарушениями координации движений, недостаточностью дифференцированной моторики пальцев рук, несформированностью общего и орального праксиса (Л.В. Лопатина, 1989; Е.М. Мастюкова, 1997; Н.Н. Волоскова, 1996).

Данная категория детей, как правило, имеет незначительную задержку речевого развития, проявляющуюся звукопроизносительными расстройствами, сниженного объема словарного запаса, качественного состава словаря, аграмматизмами и различной степени расстройств связного высказывания, нарушений активного внимания, памяти и других отдельных психических функций и познавательных процессов, нарушения формирования так называемых школьных навыков (дизлексия, дизграфия, дискалькулия, дизорфография).

Среди характерных нервно-психических нарушений у детей и подростков, имеющих церебрально-органическую недостаточность, отмечаются: ги-

пертензионно-гидроцефальный синдром - синдром повышенного внутричерепного давления, который проявляется в нарушениях умственной работоспособности, произвольной деятельности и поведения, а также в быстрой истощаемости и пресыщаемости любым видом деятельности, повышенной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности. Эти дети плохо переносят жару, духоту, езду на транспорте, иногда жалуются на головные боли и головокружения.

Кроме того, для многих из них характерен церебрастенический синдром, который проявляется в виде повышенной нервно-психической истощаемости, эмоциональной неустойчивости, в виде нарушений функций активного внимания и памяти.

В одних случаях синдром сочетается с нейродинамическими нарушениями, проявляющимися гипервозбудимостью - признаками общего эмоционального и двигательного беспокойства, суетливостью, импульсивными попытками, в других случаях - заторможенностью, вялостью, пассивностью.

Нейродинамические нарушения могут проявляться и в форме нестабильности психических процессов, что на поведенческом уровне обнаруживает себя эмоциональной неустойчивостью, легкостью перехода от повышенной активности к пассивности и, наоборот, от полного бездействия - к неупорядоченной гиперактивности. Для этой категории детей достаточно характерным является бурное реагирование на ситуации неуспеха, иногда приобретающее отчетливо истерический оттенок. Типичным для них является также быстрое утомление на уроках, частые жалобы на плохое самочувствие, что в целом приводит к неравномерным достижениям в учебе, заметно снижая общий уровень успеваемости даже при высоком уровне развития интеллекта.

В школьном и подростковом возрасте для данного контингента детей характерны невротические реакции и неврозоподобные состояния, проявляющиеся в дезадаптивном поведении. В их числе агрессия по отношению к людям и вещам, чрезмерная подвижность, постоянные фантазии, чувство собственной неполноценности, упрямство, неадекватные страхи, сверхчувствительность,

неспособность сосредоточиться на работе, неуверенность в принятии решения, повышенная конфликтность, эмоциональные расстройства, лживость, завышенная самооценка, побеги из дома или школы, навязчивые действия, дрожание пальцев рук и прерывистый почерк, говорение с самим собой.

Особенности личностных и поведенческих проявлений ставят эту группу детей и подростков в обособленное положение и позволяют в этой связи говорить о континууме аномальной личностной изменчивости (О.А. Ахвердова, 1998): от крайних вариантов психической и психологической нормы - акцентуации характера (А.Е. Личко, 1985), патохарактерологических формирований личности (Г.К. Ушаков, 1987; В.В. Ковалев, 1995) и пограничных расстройств (Э.М. Александровская, 1985; С.А. Беличева, И.А. Коробейников, Г.Ф. Кумарина, 1995), до диагностического диапазона пограничной аномальной личности (И.В. Боев, 1999) до психопатий (П.Б. Ганнушкин, 1964; О.В. Кербиков, 1961-1972; В.А. Гурьева, В.Я. Семке, В.Я. Гиндикин, 1994).

2.4. Отграничение психологических переживаний диапазона нормы от аномальных переживаний

Непсихотические патологические нарушения поведения представляют собой специфические особенности психопатологии подросткового возраста, которые неожиданно все больше и больше начали проявляться в конце пятидесятых - начале шестидесятых годов 20-го столетия в большинстве развитых стран (А.Е. Личко, 1985). Более частыми и разнообразными сделались всевозможные психопатические картины - дебюты, эквиваленты. По мнению А.Е. Личко (1985) этому способствовали два фактора: 1 - в поколении подростков, родившихся и выросших после второй мировой войны и по миновании первых трудных послевоенных лет, как массовое явление в ряде развитых стран обнаружился феномен асинхронии развития - акселерации физического развития; 2 - эти же годы явились эпохой научно-технической революции, "информационного взрыва", скачкообразно возросшего темпа жизни, ломки традиционных психологических устоев, развития широких международных коммуникаций.

Общество стало предъявлять к подрастающему поколению иные, заметно более высокие требования в отношении профессиональной подготовки и процесса социальной адаптации.

Все эти причины обуславливают отклонения в развитии и поведении у детей и подростков, в первую очередь, у тех, которые имеют изначально неполноценную биологическую основу, а именно, органическую недостаточность мозга, которая может стать “почвой” для развития болезни. В связи с этим обозначились трудности отграничения симптомов “болезни” от “предболезненных” состояний. По мнению С.Б. Семичева (1981), развитие болезни может проходить через стадию различных дисфункций, крайне неопределенных в смысле прогноза и нозологической принадлежности, и, чаще всего, обратимых. Эта стадия рассматривается как одно из промежуточных состояний здоровья человека в континууме от нормы до патологии, наиболее близкое к клиническим проявлениям болезни. Такие состояния характеризуются повышенной готовностью организма к возникновению того или иного заболевания, формирующегося под влиянием различных неблагоприятных факторов, как экзогенного, так и эндогенного ряда. В рамках концепции “предболезни” стадию различных дисфункций рассматривают в виде дезадаптации, как переходное, предпатологическое состояние, главной отличительной чертой которого является отсутствие отчетливых оснований для постановки нозологического диагноза (Р.М. Баевский, 1979; Н.К. Смирнов, 1981).

Адаптация - дезадаптация определяется реактивностью организма. Детские поведенческие реакции описаны как зарубежными (G. Heuyer, J. Dublineau, H. Joli, цит. по А.Е. Личко, 1983), так и отечественными психиатрами (Г.Е. Сухарева, 1959; О.В. Кербинов, 1961; В.В. Ковалев, 1979) и широко используются для понимания вопросов нарушения поведения: “характерологические и ситуативные реакции детского возраста” (Т.П. Симпсон, 1935), “общие аффективные реакции ребенка”, “невроты характера у детей”, “психоневротические расстройства поведения”, “нарушения поведения у детей и подростков”, “адаптивные реакции” (Г.К. Ушаков, 1978).

Известно, что к поведенческим реакциям относятся реакции отказа, оппозиции, имитации, компенсации и гиперкомпенсации - это "адаптация незрелой личности" (R.L. Jenkins, 1969). Отечественные психиатры считают, что детские и подростковые поведенческие реакции могут быть как вариантами поведения в норме, так и патологическими нарушениями (непсихотическими и психотическими). Непсихотические В.В. Ковалев (1973) предложил назвать характерологическими, а психотические - патохарактерологическими реакциями.

Характерологической реакцией называются "преходящие ситуативно обусловленные нарушения поведения ребенка или подростка, которые проявляются преимущественно в определенной микросреде (семья, школьная группа и т.д.), имеют четкую психологическую направленность на определенных лиц, не ведут к выраженному нарушению социальной адаптации и не сопровождаются соматовегетативными расстройствами".

Патохарактерологическая реакция проявляется в выраженных и стереотипно повторяющихся отклонениях в поведении, сопровождается соматовегетативными и другими расстройствами невротического уровня и ведет к отчетливым, хотя и временным, нарушениям социальной адаптации.

В психиатрической квалификации нуждаются только патологические поведенческие реакции, которые могут разворачиваться на фоне психопатий или психопатоподобных расстройств, а также могут возникать на фоне акцентуаций характера и аномальной личностной изменчивости. В этих случаях основным диагностическим критерием является длительность реакции. Если реакции кратковременны, проявляются скоропреходящими аффективными состояниями, которые длятся часами до суток-двух, то их рассматривают как аффективные реакции. Если патологические поведенческие реакции длятся неделями, месяцами и даже годами, то их следует относить к ситуативным или психогенным патохарактерологическим реакциям (В.В. Ковалев, 1979).

Невротические реакции, невротоподобные и психопатоподобные состояния - относят к проявлениям нервно-психических расстройств “пограничного” уровня.

Возникает практический вопрос: каким образом, на основании каких данных, врач, клинический психолог, психотерапевт сможет отдифференцировать психологическую реакцию соответствующую диапазону нормы – акцентуации у конкретного пациента от психопатологической реакции, которая располагается вне рамок психологической нормы. Сплошь и рядом мы сталкиваемся с ситуацией, когда специалист не в состоянии провести дифференциальной диагностики или же последнюю он основывает на критериях обыденного сознания, житейской мудрости – такого не бывает в норме, со мной этого не было.

Клиницистами, психологами и физиологами, начиная с начала нашего столетия разрабатывались критерии дифференциальной диагностики психологических переживаний в рамках нормы от переживаний, свойственных патологии. Предлагаем несколько постулатов, позволяющих **дифференцировать психологические реакции нормы от патологии.**

1. Сила психологического ответа на раздражитель должна соответствовать силе самого раздражителя, т.е. должна наблюдаться адекватность между интенсивностью реакции и интенсивностью ответа в условиях нормы. Если сила, интенсивность психологического ответа значительно больше или меньше силы раздражителя, то подобную реакцию следует считать патологической.

В качестве **примера** хотелось бы привести следующий случай: подросток К., 14 лет, вступил в спор с учительницей литературы по поводу противоречивости трактовки образа Наташи Ростовской из «Войны и мир» Л.Толстого. Первоначальный спор перешел в перманентный диспут, в котором участвовали в начале только его одноклассники, а затем подключились все старшеклассники школы, причем на стороне К., что не позволило закрепить за ним ярлык интеллектуально несостоятельной личности. Учительница почувствовала себя ущемленной, оскорбленной в этой ситуации, увидев с каким азартом с ней спорили и

не соглашались, а она не могла найти достаточных аргументов, чтобы переубедить подростков.

Авторитет учительницы стал катастрофически падать. Тогда она обратилась за помощью к преподавательнице математики, чтобы последняя на примере своего предмета подтвердила интеллектуальную несостоятельность К. Однако из этой затеи ничего не получилось. Тогда учительница литературы в течение 7 месяцев распространяла различные нелюбезные слухи о К. через своих «любимцев», что, вне всяких сомнений, унижало его достоинство и остро ранило самолюбие.

Подросток К. был неискюшен в интригах и отличался прямолинейным характером, несколько сенситивным с признаками психастеничности, всегда отстаивал идеи социально и коллективной справедливости. В сложившейся ситуации считал себя лидером, отстаивающим новый психологический взгляд на роман Л.Толстого. Тем не менее К. не мог ни опровергнуть слухи, порочащие его, ни вести борьбу с их распространением. У него появились нарушения сна, когда трудно было заснуть, сновидения носили мрачно-саркастичекий характер, в которых он выглядел слабым, безвольным и обесчещенным. По утрам мешала слабость, разбитость, тяжесть в голове., тревога в отношении того, что сверстники поверят в слухи, изменят к нему отношение. В последующем появился страх, что он предал идеи социально и коллективной справедливости, не смог их отстоять, защитить. К. сам себя стал воспринимать слабой личностью ни на что не способной. Самооценка резко упала. Настроение приобрело подавленный оттенок. Все чаще стал думать о бесперспективности своего существования в будущем.

В один из дней, уединившись К. написал записку о том, что он всех прощает, что у него ни к кому нет претензий, после чего совершил суицид. В этот день отец случайно пришел днем домой за документами и обнаружил ребенка лежащего в коридоре. В квартире пахло газом. Подросток К. был отправлен в реанимацию, где находился двое суток. В последующем две недели лечился в

неврологическом отделении, а затем поступил в клинику пограничных состояний СГМА.

Мы видим, что в данном случае в ответ на достаточно сильный и значимый психотравмирующий фактор, длящийся около года, подросток К. отреагировал запредельной реакцией, превышающей силу и значимость раздражителя. Тем более, что сверстники оставались на его стороне не смотря на слухи, поддерживали его и даже настраивали на продолжение борьбы с нелюбимой ими учительницей. Однако К. во внутреннем поле своего сознания, самосознания по иному оценил сложившуюся обстановку. Появившиеся симптомы тревоги, страха и дистимии следет расценивать как патологические, которые привели к суициду.

Катамнестическое наблюдение за К. в течение трех лет подтвердило трансформацию патологической реакции в субдепрессивный синдром психогенного происхождения. Длительный курс патогенетической психотерапии в сочетании с психофармакотерапией позволил добиться компенсации личностно-характерологических особенностей и нивелировки психопатологических расстройств, что привело к обрыву невротического состояния и припятствовало трансформации в невротическое развитие личности.

Таким образом, патогенетический анализ информационно-стрессовых факторов с позиций их интенсивности и значимости, позволяет адекватно оценить возникающие психологические и психопатологические реакции.

2. Время психологического ответа должно соответствовать времени действия раздражителя в условиях нормы. Если время ответа опережает раздражитель или ответ возникает после окончания времени действия раздражителя, то подобные реакции следует относить к патологическим.

Пример: подростку С., 15 лет, сообщили, что отец возвращается из зарубежной командировки на шесть месяцев раньше запланированного срока. С. знал, что отец строг и требователен в плане выполнения родительских инструкций, поведения и посещения школы. Через неделю, после получения пись-

ма, подросток стал жаловаться матери на какое-то чувство «опасения», тревоги, обращенной в будущее, что должно произойти нечто драматическое с ним или с его друзьями, или с родителями. Еще через две недели появились навязчивые мысли, адресованные к невыполненным в прошлом обязательствам, сопровождающиеся навязчивыми представлениями о неминуемой расплате. Подросток представлял как его заставляют «сечь самого себя» нагайкой и как при этом кожа краснеет и «вспухает» на ягодицах. С. не мог самостоятельно избавиться не от мыслей, не от представлений. Последние появлялись в самый неподходящий момент и он не мог от них отвлечься. Навязчивые мысли и представления не подчинялись ему, возникая помимо его воли. Ухудшилось засыпание, по утрам исчезло чувство бодрости, прилива сил; снизился аппетит – «ел, что дают, было все равно».

Мальчик был консультирован в психоневрологическом диспансере и у школьного психолога и в обеих местах ему и матери было сообщено, что здоров, а переживания связаны с текущим конфликтом с учителями. Рекомендовали закаливание, занятия спортом и прием валерьяны.

При обследовании в Клинике пограничных состояний СГМА состояние подростка С. квалифицировали как патологическое с формированием тревожно-обсессивной реакции на фоне начинающийся дистимии. Было учтено, что реакция переживания опережала психотравмирующее событие для подростка. Обратило также на себя внимание появление тревоги не в сочетании со страхами, что было бы логично, а в сочетании с навязчивостями. Подобное сочетание указывает на формирование изначально сложной психопатологической реакции, спровоцированной информационно-стрессовым воздействием - письмом отца. Появление признаков дистимии указывало на вероятностный патокинез психопатологической реакции с трансформацией последней в сложный обсессивно-депрессивный синдром, что подтвердилось последующим катамнезом. Проведенное комбинированное лечение в виде психофармакотерапии и психотерапии привело к положительным результатам.

3. Если реакция возникает спонтанно, то она всегда патологична по своей сути, более того, подобную реакцию следует считать эндогенно обусловленной.

Пример. Подросток Д., 16 лет, как обычно играл со своими сверстниками. Как это часто бывало подростки, хорошо знающие друг друга повздорили между собой и один из них вгорячах сказал, обращаясь к Д., что он его «прибьет когда-нибудь». Примерно через час подростки помирились между собой и продолжали играть в компьютерные игры.

Когда Д. вернулся домой, то родители обратили внимание на его напряженный, настроенный вид. Он отказался есть, полез на чердак, достал оттуда два старых ножа и стал лихорадочно их натачивать. Потом взял большую автомобильную лампу и повесил высоко на дерево над своим окном. Чтобы лампу не сняли взял провод, включил его в розетку, предварительно протянув провод до лампы. Таким же образом опутал проводом свою дверь и предупредил родителей, чтобы к нему ночью не заходили, так как он «пустит ток», чтобы защитить себя от недругов. Родители пытались его разубедить, но он был непреклонен в своем решении. Более того, попытки его убедить вызвали агрессию в адрес родителей и он со слезами выкрикивал, что теперь он по настоящему понял и оценил их истинное отношение к себе, их, так называемую, «любовь».

В течение последующих семи дней Д. не выходил из своей комнаты, спал с двумя ножами под подушкой, топор держал рядом с кроватью, пищу принимал из рук отца через форточку. На третий день своего затворничества потребовал, чтобы пищу давали только продаваемую в магазине и в жесткой упаковке. От всего остального категорически отказывался, мрачно шутя: «Вы все можете быть заодно». Все увещания родителей оказались безуспешны. Приходившие сверстники были удивлены, не могли объяснить происходящие изменения с Д., искренне жалели его, а в целом были напуганы. Подросток разговаривал с ними через окно и просил всем передать, что у него есть дробовое ружье, с помощью которого он надеется себя защитить и «взять его просто так не удастся».

По просьбе родителей пришла школьный психолог, которая искренне считала, что у мальчика реакция страха в ответ на угрозу. Приехавший психиатр побеседовал с Д. через окно и написал направление в клинику пограничных состояний СГМА с диагнозом: невроз.

Подростки в этом возрасте постоянно спорят, конфликтуют, даже угрожают друг другу, вплоть до драк. Тем более, что подобные отношения были привычными для данной группы сверстников, почему и вызвало сильное удивление у его товарищей поведение Д. Все подростки подтверждали, что после сказанной фразы все помирились и продолжали играть. Подобное поведение и состояние следует расценивать как спонтанно возникшее на фоне привычных условий существования в обычной среде обитания. Не было ни психотравмирующих значимых ситуаций, ни экзогенных факторов в виде черепно-мозговых травм, нейроинфекций, нейроинтоксикаций. Сама структура реакции, включающая страх, агрессию, идею преследования также относится к патологической. Подростку Д. был выставлен диагноз шизофрении, который в последующем подтвердился. Катамнестические наблюдения составилит 4 года.

Следовательно, патогенетический анализ поведения подростка, его реагирование на те или иные ситуации подтверждает отсутствие реального раздражителя, поэтому развитие реакции следует оценить только как патологическую, спонтанно возникшую.

Одним из существенных критериев дифференциальной диагностики является соответствие типа и направленности реагирования подростка структуре личностного психотипа. Если подросток, относящийся к психастеническому личностному типу (вариант шизоида), демонстрирует в ответ на информационно-стрессовое социальное воздействие психастенический тип реагирования (усиливаются неуверенность, опасения, сомнения, колебания между чувством долга, товарищества, моральными принципами и личными интересами, эпизодически появляются тревога, неопределенное чувство страха), то подобную реакцию можно расценить как заострение личностно-характерологических особенностей в рамках нормы. Если же подросток психастенического типа в ответ

на аналогичный раздражитель реагирует заострением личностно-характерологических психастенических черт, которые сочетаются с истерическими проявлениями (аффектация, истерические стигмы в виде псевдослепоты, псевдоглухоты, псевдопараличей, демонстрация признаков псевдоишемической болезни сердца, бронхиальной астмы и т.п.), то в этом случае следует однозначно отнести подобный тип реагирования к патологическому.

Клинический психолог, наблюдая подобный тип реагирования, должен обратиться к психотерапевту, психиатру для совместной дальнейшей работы в тандеме. Любой специалист, работающий с подростком, у которого наблюдается реагирование в ответ на раздражитель, превышающее диапазон его личностного психотипа, должен отдавать себе отчет в следующем: или он наблюдает патологическое личностное реагирование, возникшее на основе «патос» – пограничной аномальной личности, или подобное реагирование следует расценить как заболевание – «нозос», при наличии нарушения третьего вышеприведенного критерия, когда реагирование развивается спонтанно. Следовательно, мы постоянно проводим патогенетический анализ с учетом критериев и в их взаимосвязи, представленных выше.

В то же время психологами, как отечественными, так и зарубежными, были сформулированы собственно психологические критерии дифференциации нормы от патологии, не основывающиеся на физиологических, патофизиологических и клинических результатах исследований.

К первому критерию дифференциации нормы от патологии относится следующий: уровень притязаний личности в диапазоне нормы должен соответствовать ее психобиологическим возможностям. Если у подростка нарушена самооценка в сторону ее повышения или в сторону занижения своих возможностей, то он будет ставить перед собой задачи, превышающие его психобиологический потенциал, или же выполнение этих задач не будет способствовать полноценной реализации психобиологического резерва личности. В этом случае мы будем сталкиваться с психологическими переживаниями, которые неизбежно постепенно будут трансформироваться в психопатологические. Поче-

му? Потому, что как отсутствие возможностей реализации поставленных задач, так и внешняя легкость их достижения будут вызывать отрицательные социально-психологические последствия, которые не окажутся нейтральными для личности в отношении ее деструктуризации или гармонизации.

Пример. Девочка С., 16 лет, всегда отличалась средним уровнем интеллекта и культуры, но уровень притязаний соответствовал личности истероидного типа. В поведении преобладала амбициозность и демонстративность. Сообщила своим подругам, что влюблена в своего сверстника, который относился к клану «золотой молодежи» – являлся призером Российских олимпиад по физике и математике, прекрасно играл на фортепьяно и флейте, сочинял музыку, находящую одобрение в консерватории. Подруги предупреждали С. о том, что «не следует связываться с «птицей высокого полета»», однако С. пренебрегла подобными советами и утверждала, что через 1, максимум 3 месяца он будет «ручным» и «носить за ней портфель».

В течение месяца на глазах всех старшеклассников школы разыгрывался бурный любовный роман, в котором приняли участие и учителя, и родители. Одни – на стороне подростка, а другие – на ее стороне. Через 2 месяца подросток стал готовиться к очередной олимпиаде, и его практически невозможно было «вырвать из лап компьютера». Почувствовав охлаждение в их отношениях, подруги не замедлили с колкими и едкими замечаниями, более того, они стали ее дурачить. Вернувшись после олимпиады с неутешительными успехами, подросток был с С. холодно-приветлив, сдержан, и их общение носило формальный характер. Последнее больно ранило С., задевало ее самолюбие и непомерно высокое чувство собственного достоинства. Одна часть учителей и взрослых радовалась, что он «отстал от этой поганки», другая часть тихо возмущалась его, как им казалось, невысокими нравственными устоями.

По школе поползли слухи о том, что С. беременна. Через некоторое время походка С. стала напоминать походку беременных. Дошло до того, что на перемене она с трудом доковыляла до стены и стала соскребать известку, глотая ее на глазах у всех, а в конце потеряла сознание. Одна из девочек с ужасом

заметила, что у нее уже «приличный живот, месяца на 4». Этот эпизод послужил причиной вызова молодого человека к директору школы, а затем закрутилось бюрократическое колесо, сдобренное энергией мам-общественниц, энтузиасток. Последние настояли на консультации гинеколога и проведении соответствующих обследований. Родители С. категорически отвергли гинеколога, но согласились на проведение анализов. В процессе ультразвукового исследования предположительно был выставлен диагноз беременности, что было психологическим шоком и для родителей, и для учителей.

У С. продолжались обмороки, глотание извешки, жалобы на боли в пояснице и желание съесть чего-то необычное. Молодой человек попросился перейти в другой класс, чтобы учиться во второй смене и не встречаться с С. Родители настаивали на переводе в другую школу. Мама С., встретив молодого человека в школе, устроила безобразную сцену с обвинениями его в аморальности, распущенности. Со слезами на глазах она кричала, что математика и физика - лишь прикрытие для истинной его сущности – похоти и соращения. Надо отметить, что молодой человек был предельно сдержан и корректен - выслушав маму С., он сказал: «Вы все находитесь в глубоком заблуждении, но как мать мне очень Вас жаль».

Спустя 1-2 месяца обман, истерические реакции С. в ответ на отвержение со стороны сверстника всем стали ясны. Насмешки, ирония, сарказм как водопад обрушились на С. Все открыто говорили об отсутствии у нее «женского начала», что ей не на что рассчитывать в будущем в отношениях с мужчинами, вплоть до обвинений в сексуальной распущенности. Родители С. перевели ее в другую школу, но через некоторое время и там повторились подобные сцены со стороны одноклассников, хотя учителя относились к ней с пониманием. В конечном итоге С. совершила суицидальную попытку и лишь благодаря хорошей работе реанимации осталась жива, хотя потеряла много крови. В последующем С. лечилась в Клинике пограничных состояний СГМА и примерно через 1,5 – 2 года, когда она уже училась в университете, ее можно было отнести

к диапазону нормы. Однако С. не прекращала консультаций у психолога и психотерапевта.

Таким образом, нарушение критерия соответствия уровня притязаний психобиологическим возможностям личности способно привести к совершенно определенной длительной психотравмирующей ситуации. Вне лечения подобные психотравмы завершаются негативным дрейфом в сторону диапазона пограничной аномальной личности конституционально-континуального пространства.

Вторым психологическим критерием дифференциации нормы от патологии следует считать способность к адаптации при попадании в новую социально-психологическую среду обитания. Известно, что межличностная адаптация в новом коллективе может проходить болезненно для самолюбия и достоинства членов коллектива, сопровождаясь их унижением, или унижением адаптирующейся личности, за счет чего также может наступить адаптация, которую нельзя оценить как адаптацию в рамках нормы. В то же время, межличностная адаптация у личностей, относящихся к диапазону нормы, завершается без взаимных претензий и даже «наоборот», сопровождается улучшением отношений. Если подросток не в состоянии адаптироваться в новой среде, не позволяя ограничить себя в реализации своих жизненных принципов, и в то же время не ущемляя принципов окружающих, то весьма вероятно развитие патологических реакций, поскольку нарушение принципов социально-психологической адаптации в новом коллективе влечет за собой негативные последствия для адаптирующегося.

Третьим критерием дифференциальной диагностики нормы от патологии является способность занять собственное место в подростковой средовой иерархии. Многие подростки не в состоянии найти социально-психологическую иерархическую «нишу» как в привычном для них коллективе, так и, тем более, в новом. Отсутствие способностей к нахождению иерархической «ниши» позволяет предположить, что подросток располагается на границе между нормой и диапазоном пограничной аномальной личности. Подоб-

ное месторасположение в конституционально-континуальном пространстве обуславливает дезадаптацию в среде обитания.

Четвертым критерием можно считать способность, умение планировать, прогнозировать свой жизненный путь. Настоящий критерий как-бы включает в себя содержание всех предыдущих. Поэтому, когда клиническому психологу, психотерапевту подросток повествует о целой цепи неудач, недоразумений, возникающих в разные годы, в результате которых он не смог чего-то добиться, достичь, то история жизни, история отношений подростка должны подвергнуться тщательному патогенетическому анализу. Опять-таки, возникает вопрос о месте его расположения в конституционально-континуальном пространстве, поскольку неудачи в прогнозировании и осуществлении своих целей, насущных задач, заставляют предположить о признаках аномальной личностной изменчивости.

Таким образом, представленные критерии позволяют не только дифференцировать переживания подростка в рамках нормы от патологии, но и осуществить более глубокий патогенетический анализ, следствием которого является подтверждение или опровержение наличия признаков аномальной личностной изменчивости в виде пограничной аномальной личности. Не исключено, что результатом патогенетического анализа будет отнесение подростка к диапазону психологической нормы – акцентуации.

Раздел 3. Патологическое девиантное поведение подростков

Ранняя диагностика патологических форм девиантного поведения подростков представляет собой первоочередную задачу подростковой психологии и психиатрии. Актуальность проблемы обусловлена необходимостью рационального и своевременного решения вопросов медицинской и социальной реабилитации подростков, составляющих основу трудовых и социальных резервов общества. Известно, что ряды взрослых преступников с одной стороны, алкоголиков, наркоманов, с другой, в значительной мере формируется из подростков с девиантным поведением.

В общей популяции подростков наблюдаются различные контингенты, включающие лиц с нормальным социально-приемлемым стереотипом поведения; подростки с непатологическим девиантным стереотипом поведения и с патологическим девиантным стереотипом поведения. Патологический стереотип относится к саморазрушающим типам поведения, отражающим психопатологические проявления, свойственные пограничным формам нервно-психических нарушений.

Опыт показывает, что практически любой поведенческий эпизод или преходящая болезненная реакция подростка, вызывающая подозрение на наличие психического расстройства, состоит из набора психологических и психопатологических явлений, отражающих конституционально-типологические личностные особенности подростка. Патогенетический анализ конституциональной дефицитарности позволяет прогнозировать формирование наиболее вероятных патологических стереотипов поведения (токсикоманического, делинквентного, парасексуального, суицидального).

Девиантное поведение непсихотического уровня благодаря нозологической неспецифичности и внешнему сходству с непатологическими формами девиации, обуславливает значительные трудности дифференциальной диагностики, преодолеваемые нередко лишь при проведении судебно-психиатрической, судебно-психологической или военно-психиатрической экспертизы.

Многие ученые справедливо обращают внимание на существенные медико-биологические, социально-экономические последствия становления различных форм девиантного поведения.

Медико-биологические последствия, возникающие в ответ на становление преобладающих стереотипов патологического девиантного поведения у подростков, явились основой создания психологических и психопатологических диагностических подходов к данной проблеме. Изучение проблемы девиантного поведения подростков, определяющейся его социальной значимостью, возможно на уровне конституционально-типологического личностного подхода с учетом структуры и динамических изменений личности. Англо-американские психиатрические школы в большинстве своем рассматривают нарушения поведения и расстройства личности отдельно.

В целом, поведение определяется как «внешне наблюдаемая система действий, поступков людей, в которой реализуется внутреннее побуждение человека», т.е. подчеркивается детерминированность поведения личностной мотивации. В структуре поведения различают вербальное поведение (система высказываний, суждений и доказательств) и реальное поведение (система практических действий).

Девиантное поведение оценивается с социально-психологических позиций, обозначая «отклонения от норм межличностных взаимоотношений, принятых в данном конкретно-историческом обществе, т.е. главным образом, - отклонение от нравственных норм», причем это нежелательные или опасные для общества отклонения поведения от принятых социальных норм. Существуют различные классификации девиантного поведения, строящиеся на феноменологических и психологических, или личностных критериях.

Девиантное поведение представляет собой отклоняющееся поведение от социально-приемлемых норм, принятых в данном обществе. Основываясь на социально-психологических критериях А.Г. Амбрумова и Л.Я. Жезлова (1973), выделили четыре основных типа девиантного поведения у детей и подростков:

1 – антидисциплинарное; 2 - антисоциальное (антиобщественное); 3- делинквентное (противоправное); 4- аутоагрессивное.

В то же время клинико-психопатологические критерии подразумевают дифференциацию девиантного поведения на патологические и непатологические формы. Во внебольничной работе психиатра или клинического психолога, воспитателя в школе подобное деление особенно важно.

Традиционно, **патологическое девиантное поведение** рассматривается как проявление различных клинических форм пограничной патологии личности: ситуационные патохарактерологические реакции, психогенные патологические формирования личности, формирующиеся психопатии, непроцессуальные психопатоподобные состояния.

С целью дифференциации патологического девиантного и нормального подросткового поведения в отечественной подростковой психиатрии используются следующие критерии:

а) склонность к генерализации, т.е. способность реакции возникать в самых разных ситуациях и вызваться самыми различными, в том числе и неадекватными стимулами. При патологическом девиантном поведении реакции возникают не только в психотравмирующих ситуациях, но и в банальных ситуациях, поводом для патологической реакции могут быть любые раздражители, даже не относящиеся к месту наименьшего сопротивления конкретного психотипа;

б) склонность реакций приобретать свойства патологического стереотипа, когда по разным поводам повторяется один и тот же поступок. Например, суицидальные попытки, поиск и употребление наркотиков или алкоголя, психосоматические, истерические реакции, в ответ на любой банальный раздражитель.

в) склонность к превышению определенного «потолка» нарушений поведения, никогда не преступаемого в норме, даже в асоциальных подростковых группах;

г) склонность рано или поздно приводить к социально-психологической дезадаптации.

Весьма близки к названным критерию, предложенные В.В.Ковалевым (1976, 1981):

- наличие интимной связи феноменологии расстройств поведения со структурой и психопатологическими особенностями определенных патохарактерологических синдромов;
- проявление девиантного поведения за пределами основных для ребенка или подростка микросоциальных групп, в которых отклонения в поведении могут быть вызваны различными неблагоприятными микросоциально-психологическими факторами;
- полиморфизм девиантного поведения, т.е. наличие девиантных проявлений разного характера – антидисциплинарных, антиобщественных, делинквентных, аутоагрессивных у одного и того же подростка;
- сочетание нарушений поведения с расстройствами невротического типа, включая аффективные сомато-вегетативные расстройства;
- динамика девиантного поведения в направлении фиксации стереотипов поведения; перехода их в аномалии характера и патологии влечений с тенденцией к патологической трансформации личности. **Для отнесения описываемых нарушений поведения к патологическим формам необходимо выявить не менее 4-х критериев.**

Патологическое девиантное поведение чаще всего наблюдается при таких патохарактерологических синдромах, как синдром повышенной аффективной возбудимости и эксплозивности, синдром эмоционально-волевой неустойчивости, синдром истероидных черт личности.

В отличие от этого **непатологические формы девиантного поведения** могут наблюдаться и в норме. Эти поведенческие реакции названы характерологическими: преходящие, ситуационные (характерологические) реакции; состояния микросоциально-педагогической запущенности. Ситуационные, характерологические реакции – это, прежде всего, реакции эмансипации, группиро-

вания со сверстниками, увлечения, реакции, обусловленные сексуальным влечением, свойственны преимущественно подросткам. При непатологическом девиантном поведении, когда наблюдается делинквентное поведение, включая криминальное, не удается обнаружить признаков патохарактерологических синдромов. Кроме этого, при непатологических девиациях не обнаруживаются аффективные или сомато-вегетативные нарушения, не наблюдается развития стереотипа поведения в динамике.

Девиантное поведение в структуре конституционально - типологического личностного континуума (психопатии, непроцессуальные психопатоподобные состояния) обнаруживает четкую зависимость от особенностей патологической конституции личности, включая аномалии темперамента, влечения и инстинктов, например, при таком преимущественно конституциональном типе психопатий, как эпилептоидной, а также выраженная зависимость от дефекта личности при резидуально-органических психопатоподобных состояниях. Именно этим объясняется поведение садистического характера, грубая гетероагрессивность, сексуальные насилия, гомоцидные действия. Среди подростков с нарушением поведения в 14-19 лет обследование выявляет от 10% до 55% подобных действий. А.Е. Личко (1972) в 40% случаев установил делинквентное поведение среди подростков с непсихотическими психическими расстройствами.

По данным Ю.В. Попова (1988) выделяют два наиболее часто встречающихся типа нарушений поведения: делинквентное поведение в 27,7% случаев и токсикоманическое поведение и ранняя алкоголизация в 13,3% случаев.

Под делинквентным поведением Bennet J. (1960) предложил понимать мелкие правонарушения и поступки, не достигающие криминала, наказуемого в судебном порядке. А.Е. Личко также придерживается аналогичного определения подобного поведения, когда действия несовершеннолетнего не носят характера преступлений и не являются причиной для наказания по Уголовному Кодексу. И это соответственно отличается от криминальных действий, уголовно наказуемых в подростковом возрасте.

Рассмотрение делинквентного поведения как промежуточного этапа между нормой и криминальным поведением позволяет учесть личностно – динамическую ось типологии девиантного поведения. К делинквентным мы относим следующие поведенческие проявления: прогулы в школе, бродяжничество, побеги из дома, мелкое мошенничество, мелкое воровство, агрессивное или деструктивное поведение, драчливость, вызывающее поведение в общественных местах, вербальная агрессивность, употребление жаргона и нецензурных выражений, открытая враждебность к родителям и учителям, жестокое обращение с животными и младшими детьми, невосприимчивость к наказаниям. В отличие от этого криминальное поведение предусматривает уголовную наказуемость: грабежи и разбои, тяжкие телесные повреждения, физическое истязание, изнасилование и убийство, то есть преступления против личности (О.А. Ахвердова, А.П. Коваленко, 2000).

А.А. Александров /1981/ предложил типизацию делинквентного поведения при психопатиях и акцентуациях характера, основанную на анализе мотивов поведения подростков – правонарушителей. Им выделено следующих 4 основных типа делинквентности:

1. Конформный тип делинквентности (36%) отличается стремлением к признанию сверстниками «своим», к поддержке и одобрению ими поведения подростка, что создает у него чувство эмоционального комфорта. Групповое общение необходимо для приобретения навыков социального взаимодействия, развития чувства групповой солидарности. В то же время при чрезмерной конформности к идеалам группы возможны нежелательные последствия, если подросток попадает в группу асоциальной направленности. При разрыве с асоциальной компанией и приобщении к группе с социально положительной направленностью у подростков соответственно изменяется поведение. Социальная дезадаптация, сочетаясь с хорошей адаптацией в рамках делинквентности, подчеркивает потенциально сохранные адаптационные возможности личности. Конформный тип делинквентности характерен для акцентуированных личностей.

2. Неустойчивый тип делинквентности (32%) предполагает такие нарушения, как кражи, угоны автомобилей, побеги из дома. Чувство групповой солидарности в данном контингенте подростков выражено слабо. Их отличает с одной стороны, легкомысленность, не способность отстаивать свои права, стремление получать только удовольствие, с другой – малодушие, повышенная внушаемость, подверженность влиянию. В 52% случаев у подростков этой группы обнаружены признаки психофизического инфантилизма, сочетающиеся с неблагоприятными средовыми факторами в виде неправильного воспитания.

3. Агрессивно – защитный тип делинквентности (18%). В этой группе преобладали средовые факторы в виде воспитания по типу эмоционального отвержения, у многих отмечены соматические признаки эпилептоидной конституции. Положение «отверженного» способствует формированию «эпилептоидизации» личности в виде недоверчивости, подозрительности, настороженности в отношении ущемления собственных прав, что сочеталось с враждебностью и жестокостью, мстительностью и агрессивностью, лживостью и циничностью. Все это создает благоприятные условия для группирования с делинквентными сверстниками.

4. Оппозиционный тип делинквентности (14%) при котором патологическое поведение является реакцией на фрустрацию у подростков, воспитанных по типу «кумира семьи». Притязания подростка, превышающие его психофизиологические возможности создают внутренний конфликт, приводящий к эмоциональным и поведенческим нарушениям. Оппозиционное поведение проявляется в виде негативизма: упрямства, повышенной обидчивости, конфликтных отношений с окружающими, обвинении их в предвзятом к себе отношении, недооценке их способностей. Это создает условия для ухода в асоциальную компанию. Автор справедливо подчеркивает, что в одном и том же случае могут сочетаться различные мотивы делинквентного поведения.

Таким образом, патологическое девиантное поведение, по данным отечественной и зарубежной литературы, обусловлено действием как биологических /наследственная, врожденная, приобретенная патология ЦНС/, так и социаль-

но-средовых /конфликтная ситуация, педагогическая и социальная запущенность, неправильное воспитание и т.д./ факторов. Формирование делинквентного поведения можно себе представить как нарастание незначительных отступлений от социально приемлемого стереотипа поведения с постепенной их трансформацией в делинквентный стереотип и с возможностью возврата при благоприятных условиях к социально приемлемому стереотипу поведения.

Многочисленные авторы отмечают, что психические аномалии снижают толерантность к психическим воздействиям, создают препятствие для развития социально полезных черт личности, ослабляют механизмы психологического контроля, сужают возможности выбора решений и вариантов поведения, облегчают реализацию импульсивных, случайных, непродуманных делинквентных и криминальных поступков.

Поведение человека вообще и девиантное в частности - это форма взаимодействия личности со средой. Н.П. Дубинин, И.И. Карпец, В.Н. Кудрявцев (1982) выделяет следующие этапы такого взаимодействия:

- а/ формирование личности с антиобщественной ориентацией;
- б/ мотивация антиобщественного поступка;
- в/ принятие конкретного решения о совершении такого поступка;
- г/ реализация этого решения, включая совершение поступка и наступление вредных последствий. Если при психических болезнях поведение обусловлено не внешними обстоятельствами, а самим заболеванием, то при психических аномалиях сохраняется не только связь с внешним миром, но и детерминация им психической деятельности и поступков человека, не исключая при этом искажение.

По данным Ю.М. Антоняна, М.В. Виноградова, С.А. Голумба (1979) среди обследованных преступников наиболее распространены следующие психические аномалии: психопатии (14,17%), психопатоподобные состояния (18,4%), органическое поражение ЦНС (18,66%), травматическое поражение ЦНС (18,04%), хронический алкоголизм (16,06%).

Если психические аномалии можно расценивать в качестве катализирующего фактора формирования девиантного поведения, то его взаимодействие с социально-психологическими факторами /средовыми/ определяет содержание, направленность поведения.

Следовательно, биологическое в человеке выступает в качестве предпосылки для развития его социального содержания. В большинстве своем биологические предпосылки отражают лишь динамическую сторону человеческих поступков. В частности, темперамент по существу является врожденным качеством человека, характеризующим динамические особенности психической деятельности. Исследования В.Д. Небылицина /1976/, посвященные психофизиологии индивидуальных различий, показывают, что основные свойства нервной системы обусловлены динамикой протекания в ней процессов возбуждения и торможения, а их своеобразное сочетание составляет основу индивидуальных поведенческих реакций. Далее было показано, что ретикулярная формация, являясь неспецифическим активатором корковых функций, обеспечивает активность кортикальных образований, и в первую очередь лобных долей коры головного мозга. Сравнительный анализ психофизиологических показателей однойцевых и обычных близнецов позволил сделать вывод о генетической детерминированности динамических показателей свойств нервной системы /И.В. Равич – Щербо, 1977/. В то же время эти же показатели применяются при изменении внешних условий. Эти исследования еще раз подчеркивают правомерность тезиса о том, что нейродинамические процессы определяют лишь динамическую сторону поведения.

Морально-нравственный мировоззренческий аспект личности имеет социальное происхождение. Однако известный генетик Меерсон подчеркивал, факт высокой нравственной жертвенности на примере обезьян, когда обезьяны – охранники, спасая спящее стадо, бросались на крадущегося леопарда и шум схватки спасал все стадо.

Исходя из этого, правомерно утверждение, что подростки с делинквентным и криминальным стереотипом поведения /несовершеннолетние преступ-

ники/, обладают качественно иным взаимосочетанием и взаимозависимостью биологического и социального начал.

Другой антиобщественный вариант девиантного поведения – это токсикоманический стереотип поведения и ранняя алкоголизация. Употребление токсических, наркотических веществ и алкоголя способствует совершению различных преступлений. Другими словами, общественная опасность употребления названных веществ представляет собой криминальный фактор. Такие подростки обладают повышенной склонностью к совершению преступлений прежде всего по тому, что у них ослаблен индивидуально-волевой контроль за своим поведением. В данной ситуации мы вновь сталкиваемся с положением, когда изменение биологических и социальных факторов личности меняет содержание и направленность поведения. Даже однократное воздействие токсических, наркотических веществ и алкоголя на интактный организм вызывает совершенно определенные изменения в функционировании нейродинамических процессов, вызывает ультраструктурные изменения в мозге, что усугубляет конституционально-типологическую дефицитарность и способствует соответственно изменению поведения. Эпизодическая же, а тем более систематическая интоксикация перечисленными веществами детерминирует морфофункциональные изменения в мозге, стабилизируя конституционально-типологические проявления недостаточности, следствием чего является стойкое изменение поведенческого стереотипа. Если к этому прибавить, что большинство таких подростков находится в неблагоприятных социально-психологических условиях, то становится понятным, что уже на этапе формирования токсикоманического стереотипа поведения (этап наркотизма), когда рано говорить о наркомании как болезни, наблюдается качественное изменение установок и ценностных ориентаций подростков. Подростки игнорируют системы социальных ценностей, запреты и ограничения общества, образуя свою «субкультуру». Структурная организация подобной «субкультуры» имеет внешние проявления в виде сленга, особой жестикуляции, татуировок, так и содержательную сторону в виде обычаев; подчиненности отношений вполне

определенным законам, имеющим в региональных группах свои особенности и признаки, что позволяет объединяться токсикоманам и наркоманам из различных территориальных, национальных и этнических групп. Типичными являются места общения, где закрепляется социально неприемлемые стереотипы поведения (видео-бары, дискотеки, кафе, казино, игральные компьютерные залы, ночные клубы, парки, вокзалы).

С нашей точки зрения, диагностика токсикоманий, раннего алкоголизма, комбинированного употребления наркотиков и алкоголя должна строиться на основе биологических и социально-психологических изменений личности, наступающих под влиянием интоксикации. Другими словами, правомерная диагностика может основываться лишь на констатации последствий, развивающихся под влиянием интоксикации. Трудности диагностики заключаются еще и в том, что на предболезненных этапах и при формировании ранних признаков политоксикомании отсутствуют объективные критерии в виде специфических психопатологических и наркологических симптомов.

А.Д. Ревенок, И.П. Лысенко (1987), проводя патопсихологические диагностические исследования с наркоманами, обнаружили нарушения в структуре волевого действия, дефект в развитии практических чувств и несоответствие между сохранной возможностью интеллекта и сниженной умственной работоспособностью. В личностной сфере обнаружены психопатические и невротические черты. Авторы делают вывод, что уже на этапе злоупотребления наблюдаются остановка социального развития личности, снижение ее социальной активности, формирование негативной направленности.

Социальные проблемы употребления психотропных средств проявляются в нарушении процесса обучения. Память и другие познавательные функции интеллекта, играющие важную роль в обучении, значительно искажаются, в частности, при острых эффектах употребления продуктов конопли. Авторы предполагают нарушение нормального созревания и в целом развития подростков, употребляющих психотропные средства. Интоксикация психотропными средствами снижает эффективность и качество труда, а в армии препятствует воен-

нослужащим полноценно выполнять свои обязанности, нарушая правильную оценку реальных ситуаций.

Эти же авторы отмечают, что при политоксикоманиях чаще возникает различные формы нарушения поведения. Даже умеренное употребление психотропных веществ усиливает импульсивное и противозаконное поведение.

Социально-экономические последствия злоупотребления психотропными средствами включают расходы общества на профилактику и медицинскую помощь, ведут к понижению трудовых ресурсов общества. Кроме этого, существуют не столь «осязаемые» последствия, которые нельзя оценить в денежном выражении – усиление циклов нарушения поведения в последующих поколениях, то есть нарастание конституционально-типологической недостаточности; страх и общее снижение качества жизни, обусловленные преступностью, связаны с наркоманией, организованная преступность и сопутствующая коррупция среди государственных должностных лиц.

Описывая социальные последствия наркомании у молодежи, А.А. Коломеец (1985) подчеркивает незавершенное образование, ведение паразитического образа жизни, искажение трудовых установок и увеличение числа лиц, способных лишь к неквалифицированному труду. В молодежно-подростковой среде подобные изменения автор оценивает как процесс десоциализации. Экономические потери при этом выражаются в виде потенциально произведенной продукции. К этому следует добавить рождение детей с высоким риском конституционально и генетически обусловленных расстройств и аномалий, не только нервной системы, но и других систем и органов человека.

К предпосылкам криминального поведения наркоманов автор относит снижение морально–этических установок и изменение личности, патологические влечения и неблагоприятные средовые воздействия. Так из 170 преступлений, совершенных наркоманами, 16,5% квалифицированы как тяжкие преступления по характеру деяний и степени их общественной опасности. Аналогичные последствия описывает А.Н. Кривенков (1985) при развитии алкоголизма в подростковом и юношеском возрасте.

Таким образом, медико-биологические последствия, возникающие в ответ как на злоупотребление, так и на эпизодическое употребление алкоголя, токсических и наркотических веществ, являются основой создания психодиагностических подходов к данной проблеме, если не считать конституционально ориентированные варианты психологической и психофизиологической диагностики.

3.1. Многовекторный клинический анализ токсикоманий, наркоманий и наркотизма у подростков¹

Своевременный диагноз в наркологии приобретает в XXI веке высокое гражданское значение. Наркотизация подростков связана с тотальным разрушением национального здоровья. Клиника и течение наркомании, токсикоманий у подростков отличаются грубыми расстройствами как психобиологического, так и личностного функционирования.

В процессе формирования наркоманического или токсикоманического стереотипов поведения определенный период времени происходит эпизодическое употребление натуральных или синтетических одурманивающих веществ, которые даже при однократном воздействии оказывают вполне определенный токсический эффект на организм подростка, и, в первую очередь, на его нервно-психическую сферу, которая завершает свое развитие в онтогенезе. Интоксикационное воздействие наркотических, токсических веществ вызывает адаптационные морфофункциональные изменения в деятельности нейронов головного мозга, определяемые современными методами диагностики.

Переход от эпизодического употребления одурманивающих веществ к систематическому символизирует собой стабилизацию морфофункциональных изменений в головном мозге, что проявляется дезадаптационным состоянием, квалифицируемым как уже наркомания или токсикомания, характеризующимся психобиологическими и личностными изменениями. Диагностика отмеченных изменений крайне затруднительна. Существующие методы диагностики весьма

дорогостоящи для общества, а их широкое распространение для массовых обследований подростков возможно лишь спустя много десятилетий.

1. разработка многовекторного клинического анализа принадлежит И.В. Боеву, О.А. Ахвердовой (1992)

МНОГОВЕКТОРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В НАРКОЛОГИИ.

В наркологии как науке клиницистами различных психиатрических школ выделены диагностически значимые симптомы, характерные для всех форм наркомании, токсикоманий и этапа наркотизма как предболезни. Клинические исследования показывают, что с началом формирования наркотизма в промежутке от эпизодической до хронической интоксикации натуральными или синтетическими веществами специфические наркологические и психопатологические симптомы, образуя вполне определенные взаимосочетания, совершают плавный синдромологический патокинез.

Учитывая сложность получения объективных данных о лицах, злоупотребляющих наркотиками и с целью дисциплинировать клиническое мышление врача, описывающего объективный психиатрический статус, в качестве дополнения к клиническому методу нами разработан многомерный клинический анализ, отражающий динамику специфических наркологических симптомов.

Использование этого анализа позволило унифицировать получаемые психопатологические и наркологические данные, сохранив как суммарную, так и патокинетическую оценку индивидуального психического состояния обследуемых. С целью объективизации проводимого сравнительного психопатологического и наркологического анализа были составлены градации по степени выраженности основных специфических наркологических симптомов, которые отражают прогрессивность или континуум состояния от нормы к предболезни и далее, к конкретной форме токсикоманий, наркомании.

При разработке оценочной шкалы мы пользовались четырехбалльным выражением степени того или иного симптома: отсутствие патологии—0 бал-

лов, легкая степень выраженности—1 балл, средняя степень выраженности—2 балла, тяжелая— 3 балла.

Таким образом, нулевая оценка отражает отсутствие симптома, т. е. уровень его нормы. В качестве критериев степени выраженности специфических наркологических симптомов были выбраны 2 универсальных показателя— степень интенсивности и постоянство (частоты появления). Трансформация количественных изменений в качественные нарушения определяют степень выраженности (балл) симптома. Это дает возможность оценивать отдельные наркологические симптомы не изолированно, а в их взаимосвязи, взаимосочетании, т. е. исходя из целостной оценки. Именно с этих позиций оценивалась и градуировалась тяжесть наркологических нарушений.

Многовекторная оценочная шкала дополняет традиционное клиническое исследование наркологических больных визуальным графическим изображением. Графическое изображение позволяет проводить наглядный сравнительный патокINETический анализ как самостоятельных симптомов, рассматриваемых в цифровом выражении и графически в виде отдельного вектора, так и всю группу специфических наркологических симптомов, представленных в виде пересекающихся векторов (прямых линий), образующих своеобразную систему ординат.

Сравнительный клинический анализ наркологических больных, проводимый с помощью многовекторной системы, дает возможность оценивать динамическое состояние не только на основании индивидуальных профессиональных впечатлений врачей, имеющих различный психиатрический и наркологический опыт, но и с помощью достаточно унифицированного клинического и следующего за ним цифрового и графического выражения.

Для клинических психологов многомерный клинический анализ представляет вполне определенную ценность, во-первых, знакомит и создает представление о существе терминологии, во-вторых, систематизирует знания относительно наркоманий, токсикоманий и наркотизма, в-третьих, обучает вполне определенной системе клинИКО-психологического опроса подростков, когда

уменьшается вероятность бессистемных бесед или пропусков в собирании истории заболевания.

3.2. Оценочная шкала многовекторного клинического анализа

1. Нетрансформированная эйфория.
2. Эйфория трансформированная.
3. Формирование предпочтения определенного наркотика или токсического вещества.
4. Регулярность приема.
5. Угасание первоначального эффекта.
6. Влечение обсессивное.
7. Влечение доминирующее—сверхценное.
8. Изменение формы потребления.
9. Изменение толерантности.
10. Исчезновение защитных реакций при передозировке наркотических или токсических веществ.
11. Изменение формы опьянения.
12. Способность достижения психического комфорта в состоянии интоксикации.
13. Абстинентный синдром (клинические признаки).
14. Комппульсивное влечение.
15. Способность достижения состояния физического комфорта в интоксикации.

Оценочная шкала специфических наркологических симптомов, составляющих основу наркотизма и начала формирования токсикоманий, наркомании в структуре патологического девиантного поведения подростков

I. Нетрансформированная эйфория

Основные критерии оценки: степень выраженности и постоянства изменения эмоционального фона, мышления, интеллектуального «просветления», «подъема» психических ощущений и сомато-вегетативного наслаждения, изменение сознания.

О—психическое состояние не изменено, как и до приема наркотика или токсического вещества;

1— наблюдаются слабо выраженные изменения психической деятельности, соответствующие седативному или стимулирующему действию препарата или вещества;

2— умеренно выраженные переживания изменений в деятельности психических сфер, но при этом сохраняется соответствие фармакологическому эффекту препарата или вещества;

3— постоянные, достаточно выраженные изменения психической деятельности, возникающие под влиянием препарата или вещества, сохраняющие соответствие фармакологическому эффекту.

II. Трансформированная эйфория

Основные критерии оценки: степень выраженности и постоянства эмоциональных, интеллектуальных изменений, мышления, сознания, сомато-вегетативные чувствования, не соответствующие фармакологическому эффекту препарата или вещества (например, вместо седативного эффекта проявляется стимулирующий).

О— Имеется соответствие фармакологическому эффекту.

1— Слабо выраженные, но постоянно наблюдаемые изменения отдельных видов психической деятельности, не соответствующие фармакологическому эффекту препарата или вещества.

2— Умеренно выраженные изменения психической деятельности, противоположные изначальному фармакологическому эффекту.

3— Постоянные и выраженные изменения психической деятельности, не соответствующие фармакологическому эффекту препарата, вещества или их комбинации.

III. Формирование предпочтения определенного наркотика

Основные критерии оценки: степень выраженности и постоянства установившейся положительной субъективной оценки действия конкретного препарата, вещества или их сочетания, т. е. элективности в условиях предварительного хаотического приема.

О—Нет предпочтения к употреблению конкретного препарата, вещества или их сочетания.

1— Появляется слабо выраженное предпочтение к какой-либо группе лекарственных средств или веществ, когда в условиях выбора предпочитают или антигистаминные, или транквилизаторы, или иные группы веществ, или же легко отказываются от их приема.

2— Часто в условиях выбора предпочитают определенную группу лекарственных средств, веществ или наркотиков. Отмечается высокая субъективная оценка переживаний эйфории, возникающих при приеме определенного наркотика, вещества или их сочетаний.

3— Стойкое предпочтение определенного наркотика, вещества, их сочетания. В случае отсутствия желаемого подросток либо не принимает иные, либо изыскивает пути для их добывания. Подростки осознают желательность выбора и его причины. Перечисленные изменения в волевой сфере сочетаются с нетрансформированной эйфорией, регулярностью приема и развитием abortивного обсессивного влечения к наркотику, веществу, их сочетаниям.

IV. Регулярность приема

Основные критерии оценки: степень выраженности и постоянства желания, потребности ощутить состояние опьянения в виде «оглушения» или «просветления».

О— Потребности в регулярном приеме нет.

1— При отсутствии наркотика, вещества или лекарственного средства у подростка появляется несвойственное им ранее «внутреннее напряжение», недовольство собой, окружающими. В то же время даже беседа на наркотическую тему снимает это чувство «внутреннего напряжения». Заметных признаков ритмичности приема нет, однако в течение 15—20 дней отмечается обязательный прием наркотических или токсических веществ.

2— Часто возникающие ситуации, которые заканчиваются приемом наркотических или токсических веществ 1 раз в 10—15 дней. Формируется определенный ритм приема и отступление от регулярности приема сопровождается недовольством, раздражительностью, субдепрессивностью, несдержанностью.

3—Стойкая напряженность, несдержанность, раздражительность, субдепрессивность, дисфоричность вне приема наркотического или токсического вещества. Подросткам трудно сосредоточиться, выполнить конкретные поручения, требующие систематической работы или учебы, появляется беспорядочность в деятельности, конфликтность, гетероагрессивность или истощаемость, что формирует устойчивую регулярность одного приема в 3—7 дней.

V. Угасание первоначального эффекта

Основные критерии оценки: степень выраженности и постоянства повышения дозы употребляемого наркотического или токсического вещества для достижения первоначального эффекта опьянения.

О—Фармакологический эффект применяемого наркотика не изменен по сравнению с состоянием до заболевания.

1—Временами замечает ослабление прежнего действия наркотика, что требует большего сосредоточения внимания на приеме или изменения условий приема для достижения прежнего эффекта.

2— Часто возникает потребность увеличить хотя бы незначительно дозу наркотика для достижения прежнего эффекта. Изменение внешних условий мешает воспроизведению привычного состояния опьянения.

3—Для достижения эффекта опьянения постоянно требуется повышение принимаемой дозы наркотика.

VI. Влечение обсессивное

Основные критерии оценки: степень выраженности и постоянства обсессивного влечения.

0—Признаков обсессивного влечения нет, как и до заболевания.

1—Временами появляются несвойственные ранее навязчивые воспоминания, представления об эффекте опьянения. Под влиянием разговоров легко возникает навязчивое желание употребить наркотик. Выражена борьба мотивов «за—против» и преимущества «за» в сознании вызывает чувство вины. На время удается подавить влечение или отвлечься.

2—Часто возникает навязчивое влечение в виде рассуждений о мнимой пользе наркотика с появлением сенсорных вегетативных ощущений. Это сопровождается эмоциональной напряженностью, раздражительностью, переживанием вины, неполноценности, в то же время появляется чувство злобы и ненависти к общепринятым нормам нравственности. На этом этапе выражены идеаторный, эмоциональный и вегетативный компонент обсессивного влечения.

3— Постоянно выражено обсессивное влечение к употреблению наркотика. Способность критически оценивать свои переживания, ощущения ставит под сомнение возможность удержаться от употребления наркотика. Выражены вегетативные, висцеральные ощущения при воспоминании о наркотике. Часто возникают сновидения, в которых переживается опьянение. Понимает, что нужно лечиться и не верит в успех лечения. Указанные нарушения сочетаются с выраженными невротическими расстройствами.

VII. Влечение доминирующее — сверхценное

Основные критерии оценки: степень выраженности и постоянства доминирующего или сверхценного влечения.

О— Признаков доминирующего или сверхценного влечения нет.

1— Временами возникает состояние, когда сознание заполнено идеаторными размышлениями о наркотике, о способах употребления, о сверстниках, составляющих группу. В эти периоды наступает переоценка событий, фактов из своей жизни и близких «по духу», связанных с употреблением наркотиков, оправдывается поведение. Заметно снижается критичность и восприимчивость контраргументов. В «светлые» периоды подростки критически оценивают свое поведение.

2— Часто возникает усиление влечения к употреблению наркотиков, которое управляет поведением, рассуждениями, наблюдается неадекватная оценка фактов, событий. Влечение определяет круг общения, оценку происходящего, игнорирует очевидные негативные последствия наркотизации, алкоголизма, токсикоманий. Эмоциональная напряженность оправдывает противоречивость, неубедительность суждений по этим проблемам. В «светлые» промежутки сомнения в справедливости переживаемого не исчезает. Мировоззрение, возникающее в период усиления влечения, сохраняет свое влияние на рассуждения и поведение подростков, желаемой критичности добиться не удается. Это сближает их с доминирующими идеями.

3— Сохраняется постоянное влечение к употреблению наркотиков. Наблюдается равнодушие и невосприимчивость к доводам рассудка. Влечение полностью и постоянно определяет интересы и поведение подростка. Реальные события не могут внести коррекцию в сознание подростка. Меняются местами причины и следствие наркотизма, наркомании. Развивается стойкая анозогнозия. Попытки коррегировать поведение вызывают активное сопротивление с дисфорическими переживаниями и расценивается как покушение на свободу личности. Это сближает их со сверхценными идеями.

VIII. Изменение формы потребления

Основные критерии оценки: степень выраженности и постоянства психической и физической комфортности при приеме наркотика.

О—Систематический прием наркотика вызывает сомато-вегетативные дисфункции.

1— Периодически возникает не отмечавшаяся ранее способность переносить систематический прием привычных доз наркотика в течение нескольких дней. В эти же периоды не наблюдается психофизического дискомфорта, характерного для интактного организма. Под влиянием обстоятельств систематический прием наркотика обрывается без каких-либо существенных биологических, психологических последствий.

2— Часто возникает потребность в систематическом приеме наркотика. На этом фоне подростки ощущают психофизическую комфортность, чего не наблюдалось ранее, лишь передозировка сопровождается дискомфортом и способствует обрыву систематического приема наркотика. Обрыв в приеме не безразличен, что проявляется вегетативными и эмоциональными нарушениями. Описанные изменения сочетаются с признаками повышения толерантности и абстинентными явлениями.

3— Систематический прием наркотических веществ носит вынужденный постоянный характер. Форма потребления носит взаимообразный характер или непрерывный при неблагоприятном течении. Даже передозировки в период систематического приема переносятся удовлетворительно, осложняясь лишь нарушением сознания. Перерыв в интоксикации вызывает вегето-соматические расстройства.

IX. Изменение толерантности

Основные критерии оценки: степень выраженности и постоянства переносимости повышающихся доз наркотика или их сочетаний.

О—Толерантность не изменена по сравнению с периодом до начала употребления наркотиков.

1— Временами возникает непереносимость высоких доз наркотика, превышающих привычные дозы. Однако, это сопровождается способностью контролировать внешние признаки опьянения. Изменение дозировки в сторону ее

большого повышения на этом фоне нарушает возможность контроля над внешними проявлениями опьянения.

2—Часто переносят высокие дозы наркотика или их сочетаний. При этом изменение дозировки в сторону их повышения сопровождается нарушением контроля над внешними признаками опьянения. Передозировки в этот период вызывают признаки отравления, интоксикации, нарушения сознания по типу оглушения, комы.

3—Постоянный прием высоких доз наркотика, превышающий начальные дозировки в 3—10 раз. Сохраняется способность контролировать внешние признаки опьянения до первых проявлений нарушения сознания по типу оглушения, комы или сумеречного помрачения сознания. Описанные нарушения сознания почти всегда сопровождаются повышением толерантности при токсикоманиях.

Х. Исчезновение защитных реакций

Основные критерии оценки; степень выраженности и постоянства защитных реакций на передозировку.

О—Защитные реакции не изменены по сравнению с периодом до заболевания и появляются всегда в ответ на прием алкоголя, одурманивающих и наркотических веществ.

1—На привычные дозы защитных реакций не возникает, но даже незначительное увеличение дозировок приводит к появлению защитных реакций (тошнота, рвота при злоупотреблении алкоголя; икота, слюнотечение, резь в глазах, профузный пот, тошнота, рвота при злоупотреблении снотворными, гашишем; тошнота, гастралгии, позывы на рвоту, чувство дурноты при злоупотреблении циклодолом; слюнотечение, чувство тяжести в голове, головокружение, раздражение верхних дыхательных путей, конъюнктивиты при злоупотреблении средствами бытовой химии и т. д.).

2— Незначительное увеличение дозировок не приводит к появлению защитных реакций и лишь явный прием неправильной дозы (например, передо-

зировка в виде 500 мл водки вместо привычных 200 мл; 10—12 табл. реланиума или элениума вместо привычных 5—6 таблеток; один тюбик клея «Момент» вместо половины тюбика плюс один стакан «Монаго»—конопля, сваренная на молоке и т. д.) вызывает защитные реакции.

3— Защитных реакций не возникает даже при значительной передозировке токсических веществ.

XI. Изменение формы опьянения

Основные критерии оценки: степень выраженности и постоянства трансформации опьянения.

О— Опьянение соответствует фармакологическому эффекту вещества — седативному или стимулирующему.

1—Появляются первые признаки изменения опьянения: седативное действие сменяется на стимулирующее; возникает толерантность мозжечковой системы, что проявляется в уменьшении нарушения координации движений. Эти признаки сочетаются с высокой толерантностью, систематическим приемом одурманивающих и наркотических веществ, с исчезновением защитных реакций на передозировку.

2— В состоянии опьянения наблюдается устойчивая нормализация координации по сравнению с ее прежними нарушениями; устойчивая общая стимуляция. Эпизодически возникают мнестические нарушения (амнезии) в состоянии первичной интоксикации, опьянения, которые носят характер перфорационной амнезии, палимпсестов. Следует подчеркнуть» что указанные нарушения возникают не в ответ на сопорозное опьянение, а на привычное в данный момент опьянение на фоне относительно сохранных функций сознания.

3—Опьянение никогда не соответствует фармакологическому эффекту действия вещества или средства. Вместо седации— стимуляция или тонизация. На фоне относительно сохранного сознания в состоянии привычного опьянения всегда развиваются перфорационные амнезии или палимпсесты.

ХII. Способность достижения состояния психического комфорта в интоксикации

Основные критерии: степень выраженности и постоянства переживания психического комфорта в интоксикации.

О— Состояние интоксикации не сопровождается чувством психического комфорта. Перерывы в приеме наркотика или одурманивающего вещества, тем не менее все больше сопровождаются психическим дискомфортом.

1—Временами появляется ощущение полноценного психического функционирования в период приема наркотических, одурманивающих веществ или алкоголя. Это происходит на фоне повышения толерантности мозжечковой системы к наркотику и уже не наблюдается координационных нарушений. Отмечают даже повышение работоспособности и упорядочение внешних форм поведения.

2—Ощущают чувство психического комфорта преимущественно в период интоксикации. Восстановление психических функций наблюдается только в период интоксикации—интеллектуальных, эмоциональных, мнестических, волевых. Внешние формы поведения достаточно адекватны. Перерывы в приеме наркотика вызывают острое чувство психического дискомфорта с нарушением адаптивного поведения, затруднением или невозможностью выполнять учебные, производственные функции.

3—Периоды вне интоксикации существуют лишь вынужденно. Подросток осознает зависимость полноценного психического функционирования от состояния интоксикации. Последняя существует постоянно и лишь тогда подросток собран, энергичен, способен выполнить учебное или производственное задание, сохранив относительно длительное время работоспособность.

ХIII. Абстинентный синдром

Основные критерии оценки: степень выраженности и постоянства психических, вегетативных, соматических, психопатологических расстройств, возникающих в периоде вынужденного воздержания от наркотика.

О—Психосоматического комплекса, характерного для абстинентного синдрома, вне интоксикации не возникает.

1—После длительного периода интоксикации в перерыве появляются abortивные признаки абстинентного синдрома, его вегетативной и психической составляющих, характерных для того или иного вида токсикомании или наркомании. Спустя часы, дни, эти признаки исчезают и не возникают вплоть до повторения аналогичного состояния.

2— Относительно часто, даже после непродолжительной интоксикации, возникают сомато-вегетативные и психические признаки абстинентного синдрома, умеренно выраженные. Последние существуют волнообразно, их интенсивность падает с каждой «волной», полностью нивелируясь. Иногда возникают отдельные простые галлюцинации в виде акоазмов или фотопсий; чувство тревоги с раздражительностью. Подобные состояния проходят самостоятельно или под влиянием седативной, дезинтоксикационной терапии.

3—Любые кратковременные перерывы в интоксикации вызывают острые абстинентные явления в виде делирия, бреда преследования, помрачения сознания с выраженным комплексом сомато-вегетативной и эндокринной недостаточности. Абстинентный синдром купируется в стационаре, в редких случаях при наличии медикаментов во внебольничных условиях под контролем опытных наркоманов.

XIV. Компульсивное влечение

Основные критерии оценки: степень выраженности и постоянства компульсивного влечения.

О—Компульсивное влечение отсутствует как в светлом промежутке, так и в период интоксикации.

1—Признаки компульсивного влечения появляются эпизодически, меняя поведение подростка, подчиняя поведение, устраняя противоречия в борьбе мотивов. При этом удовлетворение достигается лишь при приеме привычного наркотика или одурманивающего вещества. Получение специфического удов-

летворения в этих условиях представляет собой начало рецидива. Описанные явления эпизодически сочетаются с потерей контроля над количеством принятого вещества.

2—Часто возникают признаки компульсивного влечения, сопровождающегося вегетативной стигматизацией (мидриаз, гипергидроз, сухость во рту, гиперрефлексия, тремор). В светлом промежутке изменяется аффективный фон, поведение, приобретает характер агрессивного. Именно компульсия всегда ведет к рецидиву. Столь же часто возникает компульсивное влечение в интоксикации на фоне большего или меньшего помрачения сознания. Увеличение дозы в период интоксикации почти всегда заканчивается сопорозно-коматозным опьянением и полной амнезией в последующем.

3— Компульсивное влечение существует постоянно в светлых промежутках, определяя поведение подростков. Оно же постоянно существует в период интоксикации, всегда сопровождается сопорозно-коматозным опьянением и полной амнезией (за исключением опиоманов).

XV. Способность достижения состояния физического комфорта в интоксикации

Основные критерии оценки: степень выраженности и постоянства состояния физического комфорта в интоксикацию.

0— В интоксикации состояние физического комфорта отсутствует.

1— Вне состояния интоксикации выражено чувство физической разбитости, нарушена координация движений, чувство вегетативного дискомфорта. Прием незначительной дозы наркотика сопровождается значительным снижением описанных симптомов и появлением признаков физического комфорта.

2—Только частый прием наркотика, одурманивающего вещества способен облегчить состояние больного, устранить вегетативные и физические признаки дискомфорта. Точнее и правильнее становится координация движений, повышается физическая выносливость. Эти проявления сочетаются с выраженным влечением и признаками абстинентного синдрома.

3—Лишь постоянный прием высоких доз наркотика или одурманивающего вещества сопровождается чувством физического комфорта, удовлетворительного функционального уровня жизнедеятельности. Наличие постоянной интоксикации и ощущение физического комфорта нераздельно.

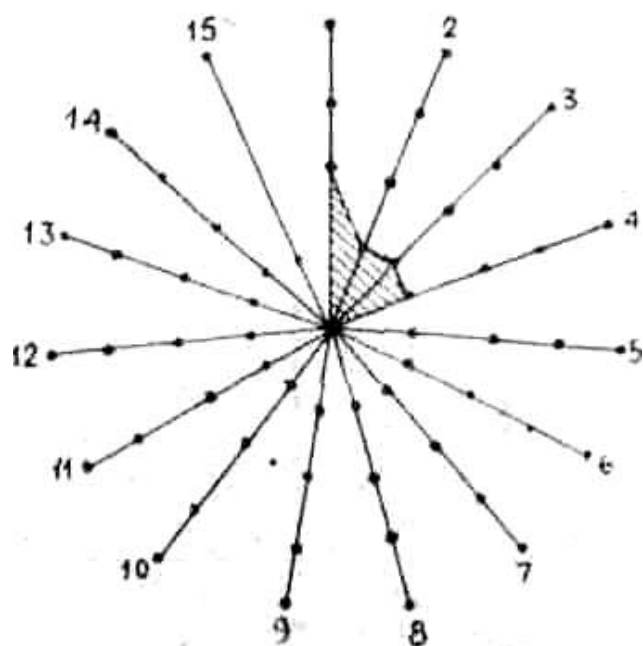
Сопоставление диаграмм многовекторного клинического анализа группы подростков с токсикоманическим стереотипом поведения на этапе наркотизма, предболезненных изменений, группы подростков с ранними клиническими признаками токсикоманий, наркомании с психически здоровыми подростками наглядно демонстрирует различия наркологических и психопатологических симптомов, развивающихся на разных этапах континуума: социально приемлемы» стереотип поведения подростков, токсикоманический стереотип поведения подростков (этап наркотизма), ранние признаки токсикоманий, наркомании (см. диаграмму).

Так, на этапе наркотизма неблагоприятное сочетание симптомов в виде трансформированной эйфории и доминирующе-сверхценного влечения определяет клиническую картину. При формировании ранних признаков болезни заметны сдвиги по шкале — изменение формы опьянения в интоксикации, изменение формы потребления и наличие доминирующе-сверхценного влечения (клинически верифицирован наркологический диагноз).

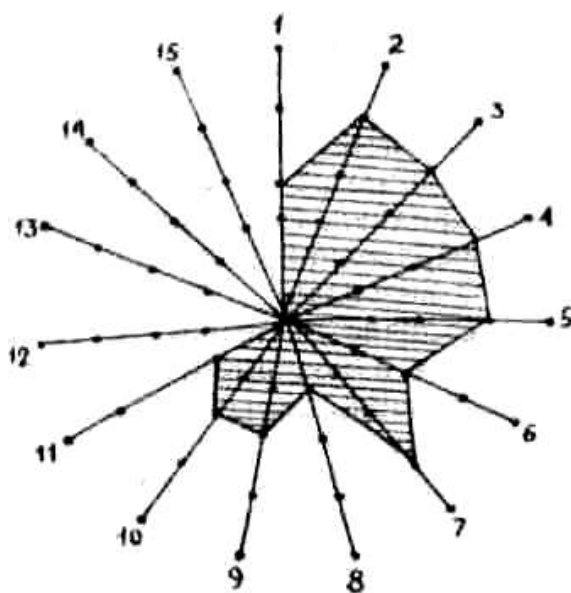
Следовательно, в отличие от первых двух диаграмм в третьей регистрируются основные изменения векторов с 7 по 12-й, отражающих развитие токсикоманий, наркомании—I стадия.

Описание симптомов следует оценивать как прогностически неблагоприятное в плане дальнейшего углубления клинической картины токсикоманий, политоксикоманий, наркоманий.

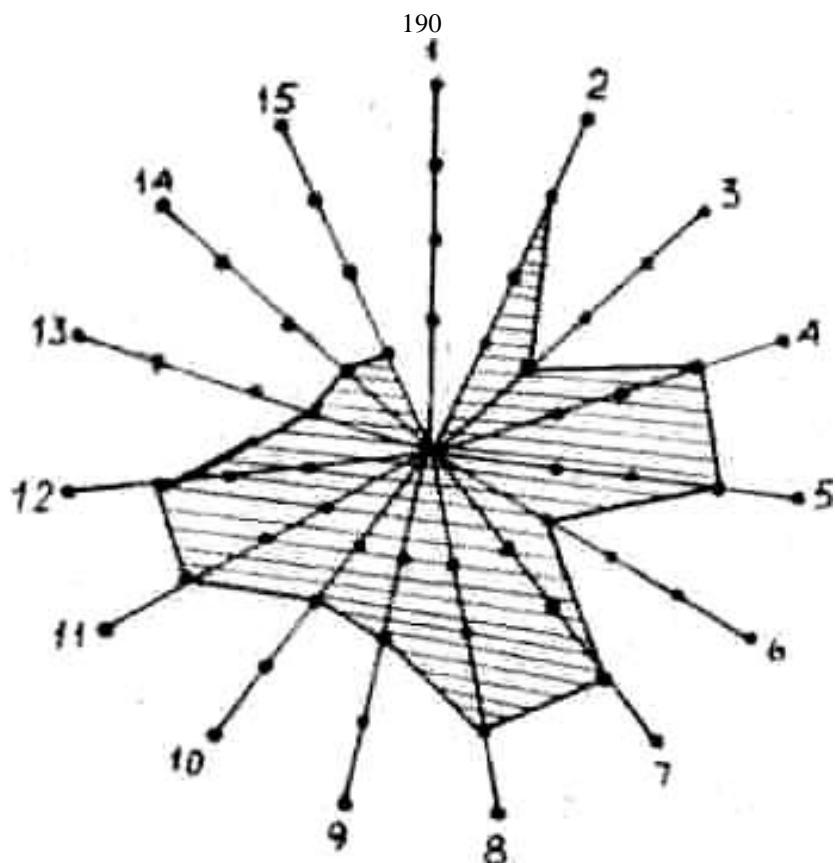
Использование многомерного клинического анализа в наркологии, в подростковой психиатрии и клинической психологии позволит дисциплинировать мышление врача, психолога, нарколога, унифицировав процесс обследования подростков с девиантным поведением.



1. Социально-приемлемый стереотип поведения подростков



2. Токсикоманический стереотип поведения подростков (этап наркотизма)



3. Ранние клинические признаки развития токсикоманий, наркомании.

3.3. Особенности токсикоманического и наркоманического девиантного поведения подростков

Девиантное поведение подростков в виде токсикоманического стереотипа поведения характеризуется становлением синдрома наркотизма или предболезненных изменений нервно-психической сферы.

Отсутствие знания более или менее достоверных критериев диагностики первоначальных симптомов употребления токсических или наркотических веществ подростками препятствует активному выявлению незапущенных случаев при сплошных обследованиях.

Анализ медицинской и криминальной отчетности в Ставропольском крае в 1988-89 гг. показал, что заболеваемость злоупотреблением алкоголем составляет среди подростков 72,2%, злоупотребление наркотиками – 28,3%, токсическими веществами – 17,3% (соответственно болезненность в той же последовательности составляет 96,7% - 33,5% - 34,9%). В период 1986-89гг. последствия

употребления наркотиков и алкоголя в виде измененности нервно-психической сферы были зарегистрированы у 48% подростков, проживающих в городах Кавказских Минеральных Вод, у 25% подростков, проживающих в административном центре (Ставрополь) и у 11% подростков – сельской местности.

В период с 1995 по 1999 гг. измененность нервно-психической деятельности, обусловленная употреблением наркотиков, токсических веществ и алкоголя у подростков, проживающих в городах КМВ, составила 87%, в административном центре – 56%, в сельской местности – 32%. Неблагоприятная динамика, отражающая эффективность наркобизнеса в условиях государственно-экономического переустройства общества, очевидна. Хотелось бы акцентировать внимание, что с помощью психологических методов и многомерной оценочной шкалы определялись последствия деструктивного воздействия на мозг токсических веществ, наркотиков и алкоголя.

На территории России заболеваемость наркоманиями в период с 1984 по 1977 возросла в 13 раз (Е.А. Кошкина с соавт, 1997; Н.Н. Иванец, с соавт., 1997). Число подростков, состоящих на диспансерном учете с диагнозом наркомания за 7 лет (1991-1997) увеличилось в 12,5 раз, при этом в Москве, среди поступающих на лечение в стационары больные героиновой наркоманией составляют 90% (Н.Н. Иванец, Н.А. Винникова, 2001).

В учебных заведениях от школы до института, среди молодежи выявляются подростки со сформированными клиническими синдромами наркомании или токсикомании преимущественно сотрудниками наркологических диспансеров, отдела по борьбе с незаконным оборотом наркотиков РОВД, инспекции по делам несовершеннолетних.

Попытки выявить подростков на этапе предболезни когда формируется наркоманический стереотип поведения, обычно терпят неудачу. Многомерный клинический анализ токсикоманий, наркоманий и наркотизма у подростков (И.В. Боев, О.А. Ахвердова, 1992) удачно восполняет этот пробел. Сами подростки категорически отрицают и единичные, а тем более эпизодические случаи употребления токсических веществ или наркотиков. Так называемые объек-

тивные сведения /со стороны родителей, учителей, воспитателей и т.д./ отличаются зачастую предвзятостью по отношению к поведению подростка, которая возникает за счет банального интеллектуального, мировоззренческого непонимания, непринятия на бытовом уровне молодежных форм поведения /«все патлатые – наркоманы»/; отсутствием дифференцированной профессиональной оценки поведенческих стереотипов.

В процессе формирования токсикоманического стереотипа поведения определенный период времени происходит эпизодическое употребление натуральных или синтетических одурманивающих веществ, которые даже при однократном воздействии оказывают вполне определенный токсический эффект на конституциональные психобиологические основы организма подростка и, в первую очередь, на его нервно-психическую сферу и личность, которые завершают свое развитие в онтогенезе. Интоксикационное воздействие наркотических, токсических веществ вызывает вначале адаптационные морфофункциональные изменения в деятельности нейронов головного мозга, определяемый современными методами диагностики. Последние весьма дорогостоящи, а их широкое распространение для массовых обследований подростков возможно лишь в необозримом будущем.

Переход от эпизодического употребления одурманивающих веществ к систематическому символизирует собой стабилизацию морфофункциональных изменений в головном мозге, что проявляется дезадаптационным состоянием, квалифицируемым уже как наркомания или токсикомания, характеризующиеся интеллектуальными, мнестическими, выраженными личностными изменениями.

В связи с этим возникает проблема диагностики вариантов девиантного поведения подростков, которая может быть представлена в виде континуума: социально-приемлемый поведенческий стереотип токсикоманический стереотип поведения и следующий этап континуума - наркомания, токсикомания.

С учетом первичных изменений в нервно-психической сфере, происходящих при употреблении одурманивающих средств, наиболее адекватными

способами диагностики представленного континуума следует считать методы психодиагностики.

Предболезненные изменения, основываясь на наших исследованиях (О.А. Ахвердова, 1989; И.В. Боев, 1990), характеризовались следующими признаками наркотизма:

1) эпизодический прием алкоголя, барбитуратов, транквилизаторов, летучих растворителей, курение гашиша в подростковой группе;

2) 2-4- кратный прием указанных веществ в группе сопровождался их сочетанием – небольшие дозы алкоголя /чаще вино, брага/ с транквилизаторами или барбитуратами; небольшие дозы алкоголя с несколькими затяжками гашиша; сочетание летучих растворителей, которые вдыхали 3 – 5 минут или делали аппликацию, чаще на кожу головы, с транквилизаторами; наблюдался прием алкоголя с антигистаминными препаратами;

3) эйфория, возникающая при приеме одного вещества, обычно не отличалась от описания других авторов. Однако эйфория, возникающая при сочетанном приеме указанных веществ, отличалась смазанностью, вместо смешливости, приятных ассоциативных ощущений нарастали возбуждение, аморфная агрессивность, распространяющаяся как на членов группы, так и на окружающих. Мышление в состоянии эйфории характеризовалось непоследовательностью, склонностью к персеверациям.

В то же время, большинство обследуемых отмечали чувства сомато-вегетативного удовлетворения или комфорта во время эйфории. Длительность эйфории была короче, чем при приеме одного вещества; и развивающееся опьянение отличалось появлением признаков легкого оглушения, некоторого сужения сознания; расторможенность влечений наблюдалась преимущественно при сочетании алкоголя с гашишем или летучими растворителями или транквилизаторами;

4) вместо формирования предпочтения определенного наркотика наблюдалось предпочтение определенного сочетания или двух сочетаний, что зави-

село от возможности /например, алкоголь плюс транквилизаторы, барбитураты/;

5) у большинства обследуемых после 2 – 4 сочетаний наркотических веществ наблюдалось формирование достаточно интенсивного болезненного влечения, включающего в себя преимущественно аффективный и сенсорный компонент. Формирующееся влечение не осознавалось или мало осознавалось подростками. Однако возникшее болезненное влечение искажало сознание и самосознание подростков, накладывая отчетливый отпечаток на саморегуляцию поведения и самооценку. В последующем через изменения самосознания вступал в силу идеаторный компонент болезненного влечения – нарушение критичности и самокритичности;

6) часть подростков (23,2%) становилось на путь регулярного приема описанных сочетаний алкоголя с лекарственными средствами или химическими веществами, принимая эти сочетания не менее двух раз в неделю, у другой части подростков (46,7%) наблюдался пароксизмальный, приступообразный прием сочетаний, обусловленный болезненным влечением. Последний вариант приема сочетаний наблюдался у лиц с заметной органической неполноценностью ЦНС и легким интеллектуально-мнестическим снижением;

7) у 54% обследуемых подростков практический первый прием сочетания наркотических средств приводил к потере контроля над количеством употребляемых веществ и как следствие, невозможности контролировать меняющуюся ситуацию, что сопровождалось частичной амнезией. У этих подростков были отчетливо выраженные признаки минимальной мозговой недостаточности;

8) спустя 2 – 3 месяца непрерывного регулярного приема отмеченных сочетаний или 2-6 месяцев при пароксизмальном приеме сочетаний психопатологически констатировалась первая стадия политоксикомании или полинаркомании;

9) параллельно с формированием предболезненных наркоманических изменений наблюдались психопатологические изменения в виде снижения интеллектуальной активности в межинтоксикационный период у 18% подрост-

ков; гипобулические расстройства со снижением саморегуляции, способности к целенаправленной деятельности у 34%, эмоциональное огрубление у 23%, функциональное ослабление мнестических функций у 43% подростков за счет общего снижения активности.

Таким образом, уже на этапе предболезненных расстройств наблюдались социальные последствия наркотизации; делинквентное поведение в состоянии опьянения, приводы в ИДН, РОВД, прекращение систематического обучения, производственной деятельности /прогулы, некачественное исполнение работы/, искажение социальной адаптированности.

Многие исследователи подчеркивали функциональный характер и частичную обратимость токсического поражения мозга при однократном или эпизодическом приеме различных наркотических или иных веществ. С нашей точки зрения, описанные предболезненные изменения при токсикоманическом варианте девиантного поведения отражают морфофункциональные изменения мозга в процессе интоксикации. Представленные изменения представляют собой объект применения диагностических методов и приемов определения пре-клинических расстройств, прогнозирования их прогрессивности.

Сочетание таких факторов как непереносимость фрустрации и резидуально-органические изменения мозга являлась основным клиническим условием для трансформации токсикоманического стереотипа поведения в наркоманическую болезнь.

Клинические особенности 1 стадии политоксикомании или хронического алкоголизма в комбинации с приемом гашиша или транквилизаторов, или антигистаминных препаратов, летучих растворителей были представлены взаимопереплетением и взаимосвязью наркологических и психопатологических симптомов, синдромов, образующих порочный круг: конституционально-типологические личностные и психологические predispositions способствовали употреблению наркотических и одурманивающих средств, в свою очередь, наступающие церебральные нарушения интоксикационного генеза углубляли резидуально-органические и неврозоподобные расстройства, прово-

цируя дальнейшее формирование психопатологических и наркологических признаков.

Подростки с клиническими проявлениями 1-й стадии политоксикомании характеризовались следующими особенностями и динамикой клинической картины. При психопатологическом обследовании обращало на себя внимание полиморфность клинических нарушений в межинтоксикационный период: заметное снижение интеллектуальной активности, неспособность отдавать себе полный отчет в меняющейся ситуации, снижение критических способностей, неспособность осваивать новые навыки; процесс мышления зависел от эмоционального фона, темп мышления был снижен, а качество осмысления, умение выделить главное из второстепенного страдало настолько, что больным были доступны лишь банальные суждения и умозаключения. В волевой сфере наблюдались стойкие гипобулические изменения, потребность в примитивных удовольствиях, тенденции к социально активной позиции или деятельности не было вообще. Целенаправленная деятельность была возможна лишь в принудительном порядке или при угрозе ограничения свободы /нахождение в стационаре, в домашних условиях под жестким дисциплинарным контролем и т.д./. В связи с этим была снижена умственная и физическая работоспособность. Были заметны мнестические нарушения в виде отчетливых затруднений воспроизведения событий, их последовательности, затруднение запоминания. Эти изменения сочетались с низкой способностью переключения внимания, высокой отвлекаемостью. В сфере сознания наблюдалось значительное искажение самооценки в сторону ее повышения, неадекватного восприятия себя в целом и низкая пренебрежительная оценка людей вне их привычного круга. Социальные ценности и ориентиры были сконцентрированы на среде девиантных подростков. Страдала саморегуляция поведения, обусловленная в этот период болезненным влечением и интоксикационными влияниями.

У большинства подростков в межинтоксикационный период были заметны неврологические изменения в виде смазанной речи, нарушений тонкой координации, снижения мышечного тонуса, часто легкого тремора рук и незна-

чительного горизонтального нистагма при крайних отведениях глазных яблок. Клинический психолог должен отмечать подобные признаки и это должно давать пищу для патогенетического психологического анализа обследуемых.

Следовательно, уже в 1-й стадии наркоманической и токсикоманической интоксикации наблюдались признаки формирования симптомокомплекса токсической энцефалопатии, что в значительной степени усугубляло не только в плане ускорения, социальные последствия, но и прогрессивность собственно наркоманических синдромов. Наблюдался достаточно быстрый переход от первой стадии ко второй стадии наркомании.

Собственно проявления 1-й стадии политоксикомании /алкоголь плюс транквилизаторы, алкоголь плюс барбитураты, органические растворители плюс алкоголь и транквилизаторы или только транквилизаторы/ отличались следующими особенностями: наблюдался быстрый переход к повышению доз препарата (повышение толерантности: например, до 10 таблеток однократного приема элениума или реланиума или 5-6 таблеток радедорма плюс 200-300 г. вина). Стремясь усилить эффект действия препаратов, подростки изменяли форму их потребления /например вводилось внутривенно взвесь анальгетиков или антигистаминных препаратов: 5-6 таблеток димедрола плюс 2-3 таблетки анальгетиков; дозировки менялись по потребности, но всегда сочетались с последующим приемом алкоголя; или же вводили «эфедрон» – на сленге подростков плюс прием внутрь алкоголя и т.д./. Характерной особенностью опьянения на 1-й стадии политоксикомании являлось развитие дисфорических состояний с признаками грубой расторможенности. Чувство вегетативного и психологического комфорта больные испытывали только в состоянии опьянения, продолжающейся интоксикации. Эйфории в психопатологическом смысле этого понятия не наблюдалось. При приеме указанных доз отмечались варианты оглушения сознания, первоначально длящиеся от 5-7 минут до 10-15 минут /в зависимости от дозы и фармакологической силы препарата/. В дальнейшем наблюдалось снижение сознания длительностью до 30-40 минут. Влечение в 1-й стадии политоксикомании носило генерализованный доминирующий или

сверхценный характер, проявляясь преимущественно непрерывным или приступообразным применением токсических препаратов. Влечение было выражено не только после приема сочетаний как на этапе преklinических изменений, но и в межинтоксикационном периоде.

Синдрома физической зависимости с наличием компульсивного влечения у больных выявлено не было. На фоне систематического приема при перерыве в интоксикации можно было отметить лишь вегетативные нарушения, исчезающие без лечения.

В.Б. Альтшулер (1984) подробно описывает психопатологию влечения при хроническом алкоголизме у взрослых. Результаты наших исследований психопатологической структуры влечения имеют существенное отличие.

Генерализованное влечение полностью подчиняло поведение наблюдаемых и обследуемых подростков. Влечение характеризовалось наличием стойких доминирующих переживаний, связанных с приемом гашиша, алкоголя, барбитуратов, их сочетаний часто достигающих уровня сверхценности в сознании подростка. Не было сомнений, борьбы мотивов на этом этапе, они не осуждали себя за употребление /или злоупотребление/ алкоголя, токсических или наркотических веществ, их комбинаций. Не было по утрам угрызений совести, чувства вины после вечерней передозировки алкоголя или одурманивающих веществ. Отмечалось равнодушие и безразличие к появлению амнезий после опьянения, рассказам очевидцев о их поведении в состоянии опьянения. Сознание подростков игнорировало все эпизоды, факты, свидетельствующие о надвигающейся медицинской и социально-психологической катастрофе. Попытки обратить внимание подростков на изменение памяти /дисмнезии/, интеллектуальные затруднения, которые наблюдались не только в момент интоксикации, но и в межинтоксикационный период, не приводили к желаемому результату. Наличие доминирующих переживаний, близких к сверхценным /а в ряде случаев сверхценных/ по поводу употребления /или злоупотребления/ названных веществ, указывает на тот факт, что рассчитывать на сознательную коррекцию поведения в этом случае оказалась мало реальной. Последнее необ-

ходимо учитывать при решении вопроса о проведении психокоррекции или психотерапии.

Клиническая комплексная оценка 71% подростков с генерализованным патологическим влечением выявляет пароксизмальный вариант его течения в 64% случаев. При этом пароксизмальное возникновение влечения наблюдается преимущественно к сочетаниям, комбинациям наркотических и токсических веществ /алкоголь плюс гашиш, летучие растворители плюс транквилизаторы, алкоголь плюс транквилизаторы/. В структуре пароксизмального влечения обращает на себя внимание некоторое сужение сознания, однобокость восприятия окружающих и ситуации, аффективная насыщенность с тенденцией к агрессии на фоне сужения сознания и перфорационная или частичная амнезия на период обострения влечения.

Анализ многофакторной шкалы клинического обследования, отражающей выраженность симптоматики обнаружил, что у подростков с генерализованным влечением в виде пароксизмального варианта его течения было характерно сочетание с ранними признаками дисмнестических изменений, замедлением ассоциативных процессов, снижением качества интеллектуальной деятельности, формированием психопатоподобного поведения. Последнее рассматривается нами как развитие психопатоподобного поведения интоксикационно-органической природы.

Двухлетний катамнез подтвердил трансформацию у 51% подростков с токсикоманическим стереотипом поведения /предболезненный этап/ и из 64% подростков с пароксизмальным течением генерализованного патологического влечения к токсическим и наркотическим веществам в политоксикоманию, хронический алкоголизм, осложненный злоупотреблением токсических веществ.

Представленные данные позволяют оценивать взаимосочетание генерализованного патологического влечения к токсическим веществам в виде пароксизмального влечения с интеллектуально-мнестическим и аффективным изменением как прогностически неблагоприятное.

Подростки с локализованным патологическим влечением к алкоголю, его комбинациям с наркотическими и токсическими веществами (29% обследованных) характеризовались сочетанием доминирующих переживаний с обсессивными. Так, в интоксикационный период и перед началом злоупотребления у подростков преобладали доминирующие переживания, трудно поддающиеся коррекции. В межинтоксикационный период были выражены обсессивные переживания с самоупреками, самобичеванием, критической оценкой настоящего и будущего, боязнь не сдержать многочисленные позитивные обещания, попытки покинуть привычную группу, поиск компромиссных решений.

В психопатологической структуре влечения значительное место занимали сенсорный и аффективные компоненты. Особо следует подчеркнуть стремление многих подростков при формировании влечения найти эффективную помощь у авторитетных старших товарищей, врачей, психологов.

Прогностически важно оценить вероятность трансформации локализованного патологического влечения в генерализованное. Так, у 11% из 29% обследованных подростков психологическая структура влечения характеризовалась нарастанием интенсивности, появлением поведенческих компонентов влечения, кроме сенсорных и аффективных, а также усилением идеаторных и вегетативных компонентов. Подобное сочетание симптомов служит прогностически неблагоприятным и указывает на процесс трансформации в генерализованную форму патологического влечения.

Весьма значимое влияние на процесс трансформации, так и на развитие той или иной формы влечения оказывают конституционально-типологические личностные особенности подростков. Место расположения подростка в конституционально-типологическом личностном континууме является важным условием для развития генерализованной формы патологического влечения, а также более быстрого и легкого перехода от более доброкачественного влечения к менее доброкачественному. Таким образом, проведение психопатологического и наркологического анализа, выясняющего особенности структуры развивающихся симптомокомплексов, является неременным условием для

клинического выявления подростков с токсикоманическим стереотипом поведения на этапе наркотизма, предболезненных изменений личности. Подростки, относящиеся в диапазоне пограничной аномальной личности, отличаются сочетанием генерализованной формы патологического влечения с пароксизмальностью, что способствует негативному дрейфу к диапазону психопатии с формированием делинквентно-криминального стереотипа поведения. У подростков, относящихся к диапазону психологической нормы, мы не наблюдали генерализованного патологического влечения к токсическим и наркотическим веществам. Исключение составляли случаи развития наркомании как нозологической единицы вне контекста конституционально-типологической личностной недостаточности, то есть без признаков «патос».

Сравнительный анализ результатов обследования подростков по данным оценочной шкалы многомерного клинического анализа с токсикоманическим стереотипом девиантного поведения подтвердил ряд диагностических различий подростков с предболезненными претоксикоманическими признаками и подростков с ранними проявлениями токсикоманий.

При единичных случаях приема алкоголя или транквилизаторов наблюдалось сочетание симптомов в виде умеренной выраженности нетрансформированной эйфории, слабых проявлений формирования предпочтения определенного наркотика и тенденции к становлению регулярного приема наркотика. В тоже время среди подростков с ранними проявлениями токсикоманий наблюдалось сочетание трансформированной и нетрансформированной эйфории, выраженность таких признаков, как формирование предпочтения определенного наркотика, регулярность приема, угасание первоначального эффекта наркотика и формирование выраженного доминирующе-сверхценного влечения.

Неблагоприятным сочетанием симптомов для подростков с предболезненными, претоксикоманическими признаками следует считать появление трансформированной эйфории и доминирующе-сверхценного влечения, а для подростков с ранними признаками проявления токсикоманий - изменение формы опьянения и способность достижения состояния психического комфорта в

интоксикации, а также изменение формы потребления и наличие доминирующе-сверхценного влечения. Описание симптомов следует оценивать как прогностически неблагоприятные в плане развития токсикомании, политоксикомании.

**Фазность при интоксикации стимуляторами
центральной нервной системы [Пятницкая И. Н., 1994]**

Фаза	Основные проявления
Первая фаза	Развивается быстро как расстройство сознания: субъект ощущает озарение, окружающее пропадает, теряется способность внешнего восприятия, окружающее кажется чуждым, иным. На фоне острого состояния блаженства возникают изменения проприочувствительности: легкость тела, ощущение полета. Оглушение кратковременно.
Вторая фаза	Развивается при приеме препаратов внутрь. Представлена суженным сознанием и обильными соматическими ощущениями. Чувство легкости, способности к полету сохраняется, и некоторые опьяневшие пробуют, подпрыгивая, взлететь. С поверхности кожи, от мышц, внутренних органов воспринимаются разнообразные приятные ощущения. У многих возникает ощущение движущихся по телу волн тепла и соматического блаженства, исходящих из эпигастральной области. Выявлены ощущения роста волос на голове и чувства периодического, как и волны, приятного озноба. Внимание сконцентрировано на чувственных переживаниях, окружающее не воспринимается. Интенсивность эйфории потом оценивается как «оргазм всего тела».
Третья фаза	Обострение ясности сознания и восприятия окружающего. Но объем восприятия сужен. Качество восприятия характерно для симпатотонии: яркое, насыщенное, с фиксацией мельчайших деталей, приобретающих четкость и контрастность. Фон настроения приподнятый, благодушный, с чувством любви ко всему, всем людям. Опьяневшие испытывают прилив сил, потребность в деятельности, в частности творческой. Они начинают рисовать, слагать стихи, играть на музыкальных инструментах, строить теории в различных областях знаний. Возникает неуправляемое желание общаться. Они становятся суетливыми и болтливими. В многоречивости наглядна быстрота и поверхностность ассоциаций, разорванность, персеверации. Насыщенность, яркость чувственного восприятия очень высоки. Нередки синестезии: звуковые раздражители усиливают световые, цветовые, а зрительные — обостряют восприятие речи, музыки; кожные раздражения усиливают проприочувствительные ощущения. Резко возрастают либидо и потенция, а также сексуальные чувствования.

Четвертая фаза	Фаза выхода начинается с восстановления объема сознания и его обычного уровня ясности. Эйфория, благодушие снижаются, иногда сменяясь подавленностью, раздражительностью, желанием остаться одному, в покое. Порог восприятия остается низким, но впечатления не вызывают удовольствия, кажутся чрезмерными. Наблюдается гиперестезия всех органов чувств, особенно тяжело переносится гиперактузия и светобоязнь, более выраженная при дневном, а не вечернем свете. Возникают сенестопатии в виде нечетких неприятных летучих ощущений в различных частях тела, боль в затылке, «ползание мурашек», озноб, вздрагивания всем телом даже при отсутствии внешних раздражителей. Может наступить поверхностный сон. Отмечаются опустошенность, вялость, сонливость без перехода в сон.
----------------	---

Интерес представляют личностные и поведенческие нарушения, возникающие у подростков в период наркотизации опиоидами и становления наркомании (И.Н. Пятницкая, 1975; П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг, 2000).

Из применяемых стимуляторов наибольшее распространение получил **кокаин** и его производные – эфедрин, котин, котинол. Если в странах Ближнего Востока котизмом поражено до 80% мужчин, то в настоящее время на Юге России применение кокаина нашло весьма широкое распространение.

Эйфорического эффекта можно достичь как при приеме внутрь – интраназально (вдыхание через нос – «нюхачи»), так и путем внутримышечных и внутривенных инъекций. Состояние опьянения протекает однотипно и состоит из 4 фаз.

При приеме кокаина большинство подростков прельщает облегченное течение мысли, когда мыслительный поток легко меняется, появляется ощущение всезнайства, и восприятие окружающих как туповатых и ограниченных людей, которые не в состоянии следить за мыслью кокаиниста. Внимание легко переключается и соответственно меняется тема беседы. Часто возникает яркие и чувственные представления, чередующиеся со скоростью ускоренных кинокадров. Содержание и представление включает сцены из прошлого или фантазии будущего, в котором кокаинист видит себя графом де Монте-Кристо, строит фантастические планы по искусственному оплодотворению человечества, он известен, популярен и сказочно богат. За счет обострения слуха и зрения восприятие окружающего мира приобретает необычайную яркость и живость. Кроме этого, на чисто субъективном уровне подросток ощущает прилив физи-

ческих сил, выносливости и уверенности, усиливается либидо. Длительность опьянения кокаином составляет не более одного-полутора часов. После чего возникает физическая и психическая слабость, сохраняющаяся несколько дней. На фоне которой обычно нет сна, аппетита, нет либидо и проявлений потенции.

Интересным является тот факт, что уже в первой стадии патологическое влечение кокаина становится столь интенсивно, что полностью преобладает в сознании больного по типу доминирующих, сверхценных идей. Напрочь теряются прежние интересы, увлечения, подросток погружен в свои новые ощущения, из всех мотиваций преобладает одна – повторить переживание связанные с приемом наркотиков. Действие кокаина быстро меняется за счет укорочения длительности действия разовой дозы – это приводит к учащению инъекций наркотика. Практически введение новой дозы повторяется после окончания действия предыдущей дозы. Длительность первой стадии составляет 1-2 месяца. Суточная толерантность к наркотику возрастает в 5- 6 раз, подростки постоянно принимают наркотик в течении 2-3 дней, что заканчивается психофизиологическим истощением. Наступает сон длящийся 1-2 суток, после чего больные употребляют большое количество пищи, преимущественно сладкое, жирное. В быту это является диагностическим признаком для родителей, учителей, сверстников. Без наркотика нарушается продуктивная работоспособность, отсутствует концентрация внимания на всех деталях жизни, кроме темы кокаина. Выражен психический и психологический дискомфорт, чувство раздражения, неудовлетворенность. Потребности ограничены поиском кокаина.

Циклический тип употребления кокаина характерен для первой стадии. Кокаиновое опьянение достигает своего пика, после чего следует период психического и физического расслабления. На фоне «жуткой усталости» у больных нет потребности спать, что приводит к малоподвижности и даже не подвижности. Выражено чувство тоски, угнетенности, преобладают идеи самобичевания, самоуничужения, эмоциональные нарушения колеблются от дисфорических состояний до апатических. Если в таком состоянии подросток не нахо-

дит наркотик, то он может совершить суицид. Выражены приступы неадекватной агрессии. Как спасение на высоте страданий наркоман может забыться в тяжелом сне.

Подобное действие наркотика достаточно быстро вызывает к себе психологическое и психическое пристрастие, зависимость, особенно у подростков с психастеническими, сенситивными чертами характера. Многие подростки с неустойчивыми чертами характера также легко становятся на путь кокаинизации.

Следует подчеркнуть, что кокаиномания развивается достаточно быстро. Психическая зависимость формируется уже после первых инъекций, а физическая зависимость при ежедневном введении кокаина может быть сформирована за 6 – 16 дней. Ремиссии при кокаиномании кратковременны, что обусловлено выраженной клинической картиной психоорганического синдрома. Подростки приобретают запущенный вид, ночуют на чердаках, в подвалах. Выражено патологическое делинквентное поведение с преобладанием воровства денег, материальных ценностей. Часто квартиры кокаиноманов остаются пустыми, а родители долгое время рассчитываются по долгам. Внешний вид подростков страдающих кокаиноманией отличается признаками раннего постарения. В 14 лет они выглядят на 25-30 лет, заметна сухость и дряблость кожи, ломкость ногтей и волос. Конечности холодные и синюшные, общая бледность.

Подростки кокаинисты отличаются быстрым изменением личностно-характерологических особенностей, опять таки, за счет быстро развивающегося психоорганического синдрома. Нивелируются все нравственные ценности, мораль перестает для них существовать, нарастает эмоциональная черствость, жестокость, пренебрежение интересами близких, окружающих. Были случаи, когда кокаинисты соглашались отдать для группового изнасилования своим «друзьям» собственную мать, несовершеннолетнюю сестру. В общении преобладает лицемерие, лживость, обман, мелкое мошенничество, шантаж, но все направлено на одно – достать кокаин. Доверять кокаинисту, верить его обеща-

ниям вне профессионально-ориентированной терапии практически бесполезно, хотя сверстники и близкие часто нарушают этот принцип.

Таким образом, происходит становление кокаиномании с дальнейшим быстрым переходом ко второй и третьей стадии.

К опиомам относится потребление наркотиков, получаемых из разных сортов мака, опия и его препаратов, около 20 алкоидов и дериватов опия (морфин, кодеин, тебаин, героин, дионин, пантопон, мнопон и др.), синтетических препаратов с морфиноподобным действием (фенадон, промедол и др.).

Диагностика опийного опьянения заключается в регистрации наиболее значимого признака – суженного зрачка. Кожа и слизистые сухие, бледные. Отмечается снижение давления, урежение пульса, повышение сухожильных рефлексов. При кодеиновом опьянении кроме вышеперечисленных признаков выявляется психомоторная ажитация, быстрая речь. При передозировке опиатов психотических симптомов, как правило, не возникает. Сноподобное состояние переходит в кому. Смерть наступает от паралича дыхательных центров.

Однократное применение наркотика не вызывает влечения к нему. Повторяющийся прием (от 3-5 инъекций героина, 10-15 инъекций морфина, 30 приемов кодеина) способствует становлению патологического влечения к наркотику. На этапе наркотизации подростки употребляют опиаты эпизодически, нерегулярно, один раз в месяц, один раз в 2 недели, в зависимости от встречи со специфической компанией подростков.

В дальнейшем наркотизация становится более регулярной, системной и наблюдается плавный переход в первую стадию наркомании. Часто ежедневная или через день употребление (инъекция) наркотика приводит к формированию первой стадии через 7-10 дней. Особенно это касается подростков с астеническим типом реагирования; подростков с истероидным психотипом, с психотипом сензитивных шизоидов. Абстинентных явлений еще нет, однако возникает чувство неудовлетворенности.

Регулярная наркотизация означает 1 стадию заболевания. Физиологическое действие наркотика еще не изменено. Подросток спит мало, сон поверхностный, но чувства недосыпания нет. Особенно мало спят кодеинисты. Аппетит подавлен. Уменьшается количество мочи, появляется задержка стула на несколько дней. Происходит постепенное привыкание к наркотику. Доза начинает возрастать, чтобы достичь прежнего эффекта психического и физиологического комфорта. Отсутствие наркотика сказывается на самочувствии больного лишь через 1-2 суток, в основном в форме психического дискомфорта, стремлением к ведению наркотика, потребностью найти наркотик, встретиться с другими наркоманами. Таким образом, 1 стадия характеризуется синдромом измененной реактивности к наркотику (систематический прием, исчезновение зуда, рост толерантности в 3-5 раз) и синдромом психической зависимости в виде обсессивного влечения, стремления к психическому комфорту в состоянии интоксикации. Продолжительность 1 стадии различна: при морфинизме – 2-3 мес., при использовании опия-сырца – 3-4 мес., кодеина – до 6 мес., при опиофании – до нескольких лет. На этой стадии больные, как правило, скрывают свое заболевание.

Подчеркивая разницу между первой и второй стадией опиомании следует подчеркнуть, что толерантность к препаратам опия во второй стадии увеличивается в 100-300 раз по сравнению с терапевтическими дозами. Одним из дифференциальных признаков 1 стадии болезни от второй, является то, что в первой стадии опиомании до инъекции опиатов подросток бодрый, подвижный, работоспособный, настроение сохраняется вплоть до гипертимного оттенка. В тоже время после инъекции наркотика появляется вялость, заторможенность, падает работоспособность, подросток не в состоянии заниматься продуктивной деятельностью. Во второй стадии заболевания наркоман до инъекции испытывает чувство разбитости, вялости, бессилия, не способен к продуктивной работе, а после инъекции наркотика появляется прилив сил, продуктивная работоспособность, часто пытаются помогать кому-либо. Подросток испытывает физического и психического комфорта.

В дальнейшем развиваются проявления физической зависимости - абстиненция, проявляющейся компульсивным влечением, когда подросток способен совершить неадекватные поступки (зайти в аптеку и вырвать у старушки лекарство; украсть у соседей деньги, не особенно скрывая это), за счет того, что в структуре волевого акта исчезает звено борьбы мотивов. Поэтому при наличии компульсивного влечения появляется потребность, которая тут же реализуется. Именно этим обусловлен дрейф к делинквентно-криминальному стереотипу поведения. Уже в этой стадии наступают вполне определенные изменения личности, когда наркоман становится эгоистичным, эгоцентричным, эмоционально черствым, вплоть до жестокости, теряются нравственные принципы, присущие подростку до развития наркомании. Необходимо отметить сохранность интеллекта и способностей, что часто вводит окружающих в заблуждение, в том числе и родителей.

Интеллект сохраняется лишь до тех пор, пока подросток употребляет только опиаты. Практика показывает, что современные подростки достаточно часто начинают использовать различные химические препараты для «очищения» опия-сырца или при недостатке опия используют психотропные препараты, что, в конечном итоге, приводит к появлению признаков экзогенно-органического поражения мозга, проявляющихся во взрывчатости, вспышках возбуждения, эксплозивности и дисфоричности (тоскливо-злобного настроения). Наступающие изменения также способствуют негативному дрейфу личностно-характерологических особенностей от диапазона ПАЛ к диапазону психопатии, или от диапазона психологической нормы к диапазону ПАЛ в конституционально-типологическом личностном континууме. Усугубление конституционально-типологического личностного негативного дрейфа является основой прогрессирования не только собственно наркомании, но и стереотипов патологического девиантного поведения.

Героиновая наркомания. Героин был синтезирован в конце прошлого столетия и обладает выраженным седативным эффектом. В медицине использовался как сильный анальгетик и противокашлевой препарат. Героин употреб-

ляют внутривенно и интраназально (вдыхают через нос, «нюхачи»). Для формирования героиномании важны биологическая предрасположенность, связанная с психопатологической отягощенностью семьи. Существенная роль принадлежит индивидуальной склонности, детерминирующей реакцию на наркотик. Отличительной особенностью героиновой наркомании является практически молниеносное становление патологического влечения к героину с первых проб. Этап наркотизма у героинomanов практически отсутствовал. Толерантность резко возрастала (Н.Н. Иванец, М.А. Винникова, 2001). В течение месяца формируется синдром патологической зависимости (Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, Н.В. Стрелец, 1998). В ставропольский край героин поступает «грязного цвета»: коричневого, серо-желтого, серо-коричневого, что указывает на плохую «очистку», на грубые технологические погрешности в производстве героина, в частности, на примесь химических веществ. Грубая технология изготовления и химические добавки обуславливают поражение интеллектуально-мнестической сферы, чего не наблюдается при употреблении относительно чистого героина. Именно поэтому подростки ставропольского края, употребляющие героин отличаются тем, что клиническая картина героиномании осложняется экзогенно-органическим поражением мозга.

В течение полутора – двух месяцев наблюдается трансформация клинической картины опьянения, когда фаза седации сокращалась до нескольких минут при отсутствии сна. В тоже время в состоянии интоксикации у подростков появлялось чувство активности, прилива сил, бодрости, они испытывали потребность в какой либо деятельности.

В процессе героиновой наркомании наблюдается выраженный личностный регресс с развитием аспонтанности, апатичности, полностью исчезали прежние интересы, мотивации, подростки не проявляли ни какой инициативы. У героинomanов выражена неспособность концентрировать волевые усилия ни на какой теме, ни на каком предмете, кроме доминантной темы, связанной с употреблением наркотиков. На фоне отупления волевых и морально-нравственных качеств наблюдалась утрата чувства ответственности, товарище-

ства, долга, собственного достоинства. У подростков нарастало чувство злобы, агрессивности, черствости и безразличия к страданиям близких людей. В эмоциональной, волевой, в идеаторной сфере - преобладала идея употребления наркотика, приобретения наркотика и вся деятельность была подчинена этому. В период быстро развивающейся абстиненции больные были готовы к совершению преступлений и совершали их. Обращает на себя внимание отсутствие грубых изменений интеллектуально-мнестической сферы. Уже на этапе становления наркомании было выражено осознанное стремление к героину, что проявлялось в виде психологической неудовлетворенности, эмоциональной напряженности, подавленности с отчетливым чувством тревоги и страха.

Практически через 3-5 часов, после последнего употребления героина у подростков становились выраженными соматовегетативные проявления абстиненции, которые при внимательном отношении и наблюдении можно всегда заметить: расширение зрачка, слезотечение, зевоту, озноб, повышение температуры тела до 37 – 37,5 градусов, риноррею, выраженную слабость и разбитость. Через 4-6 часов после последнего приема героина развивалась болевая симптоматика столь характерная для героиновой абстиненции: «выкручивающие» боли в суставах и мышцах, напоминающие «пытки инквизиции». Больные кричат, мечутся, резко усиливается тревога, возбуждение вплоть до агрессии. В эти минуты подростки готовы обещать все что угодно, готовы брать в долг немислимые суммы под любые проценты, писать расписки в том чего они не делали, то есть занимать деньги на самых не выгодных для себя условиях. Подобное поведение в последующем оборачивается преступлениями, долгами, за которые расплачиваются родители.

Подростки, которые используют героин интраназально – «нюхачи», отличаются этапом наркотизма, т.е. эпизодического употребления героина. Длительность этапа наркотизма составляет от 3,5 до 5 месяцев. Становление патологического влечения героин так же было отставленным и осознание наступало через 1-2 месяца. Рост толерантности, в отличии от внутривенного способа

введения героина достигал максимума спустя 4-6 месяцев после начала употребления героина. Однако, как правило, интраназальное употребление героина сменялось внутривенным. При интраназальном употреблении героина абстинентный синдром протекает менее интенсивно. Особенности изменений личностно-характерологических черт ограничиваются заострением черт личностного психотипа, без выраженной социальной адаптации (Н.Н. Иванец, М.А. Винникова, 2001).

Однако нельзя не подчеркнуть того момента, что в Ставропольском крае и на территории Юга России героин поступает некачественный, со значительными добавками химических веществ, что предрасполагает к формированию психоорганического синдрома с патологическим изменением морально-нравственной шкалы ценностей. Цинизм и жестокость, лицемерие и лживость, агрессия и апатия постоянно детерминируют действия и поступки подростков, употребляющих героин.

3.4. Делинквентный стереотип поведения

Подростковый возраст связан с интенсивными пубертатными изменениями и отличается активным социально-психологическим развитием. Урбанизация и распад патриархальных семейных отношений, ряд других социальных факторов провоцируют широкое распространение расстройств личности среди подростков. В связи с этим предъявляются повышенные требования к точности и надежности диагностики пограничных личностных нарушений.

Дифференциальная диагностика, выявляющая контингенты повышенного риска развития пограничных личностных расстройств, патологических типов поведения, прогнозирование на этой основе возможной социальной дезадаптации представляется одной из актуальных проблем подростковой психиатрии.

Рассматривая делинквентный стереотип поведения, мы исходили из положения, что преступность является социальной проблемой, порожденной с точки зрения Е.К. Краснушкина (1924, 1929), экономическими факторами, ко-

торый отрицая тезис о врожденном преступнике подчеркивал, однако, что психопат легче, чем здоровый человек делается им в силу недостаточной способности к социальной адаптации.

В отечественной психиатрии и психологии неоднократно подчеркивалось и доказывалась роль неблагоприятных микросоциальных факторов в формировании аномального характера. Сочетание микросоциальных факторов в виде алкоголизма родителей, гипопротекции, конфликтов в семье, дизгармоничности форм воспитания считается наиболее благоприятными для развития делинквентности.

Следует, однако, подчеркнуть, что при формировании психопатической структуры личности характерологические нарушения /их стойкость или фрагментарность/ не столько зависят от микросоциальных факторов, сколько определяются внутренней противоречивостью, дисгармонией, спонтанными дистимиями или дисфориями, выраженными невротическими состояниями по типу декомпенсации.

Исходя из этого, решающее значение при дифференциальной диагностике должно придаваться взаимосочетанию и степени выраженности черт психопатической характерологической структуры личности, а также выраженности динамических психопатических характерологических сдвигов.

В этом случае интегральные взаимоотношения психопатических, характерологических и психологических свойств личности будут также отражать функциональное состояние нервно-психической сферы, которая характеризует эффективность сторону поведения, как и при наркоманическом стереотипе поведения. Континуум девиантного поведения /социально-приемлемый поведенческий стереотип, делинквентный стереотип и криминальный стереотип/ подразумевает определенную динамику функционального состояния нервно-психической сферы подростков. При этом криминальный стереотип поведения характеризуется совершаемыми преступлениями преимущественно против личности и достоинства человека. Сложность отграничения социально приемлемых стереотипов поведения от делинквентного стереотипа поведения, обу-

словленного пограничными нервно-психическими расстройствами /психопатии, психопатические черты характера и др./, представляет собой значительную медицинскую, юридическую и социальную проблему. Прогнозирование же развития делинквентного стереотипа поведения необходимо не столько для констатации, сколько для мер профилактики психологического и медицинского характера. Естественно, что методы дифференциальной психодиагностики в данном случае будут наиболее адекватными.

Формирование патологических девиантных стереотипов поведения является следствием развития психической дезадаптации. Нарушение адаптационного барьера и возникновение состояния психической дезадаптации возможно лишь при нарушении всей функциональной системы адаптационного поведения. Нарушения в функционировании мозгового гомеостаза при длительном воздействии сочетания ряда неблагоприятных факторов, характерных для развития девиантного поведения, разделяются на несколько этапов, что находит свое отражение в клинике.

Проведенные нами исследования (О.А. Ахвердова, 1989; И.В. Боев, 1990; А.П. Коваленко, 1997) позволили выделить континуум от поведенческой психической нормы к предболезненным препатологическим личностным изменениям, которые формируют девиантные стереотипы поведения, и далее к собственно патологическим нарушениям поведения. Если исходить из предположения, что действительно существуют континуум основных вариантов /делинквентного и токсикоманического/ патологического девиантного поведения, то логично и предположение о том, что подростки, находящиеся на различных этапах его формирования, должны отличаться друг от друга основным взаимосочетанием психологических, типологических, психопатологических изменений, нарушений, свойственных развитию пограничной аномальной личности.

Необходимость выделения прогностически неблагоприятных взаимосочетаний симптомов привела к психопатологическому и психологическому разделению подростков с **делинквентным стереотипом поведения**. Патологиче-

ски и психопатологически подростки характеризовались нестойкостью и полиморфизмом характерологических, поведенческих, патохарактерологических и психопатических черт и реакций; дезадаптацией поведения в школе, дома и вне их. Среди подростков в зависимости от мотивировки были выделены следующие типы делинквентности (По Александрову А.А., 1981): конформный тип составил 10%, неустойчивый - 12,7%, агрессивно-защитный - 45,2%; оппозиционный – 20,8%.

Начало формирования делинквентности приходилось на возраст 10-12 лет, при этом ее проявление имело вполне определенную связь с микросоциальными или экзогенными вредностями, на которые в этом возрасте остро реагируют. Однако в этой подгруппе невозможно было выявить направленности психопатологического структурирования, не определялся облигатный синдром. Следует отметить заметный процесс сглаживания личностных характерологических, поведенческих компонентов в условиях социально-психологической конформности и актуализации, при действии новых подростково-значимых психотравмирующих ситуаций. Подобная синдромологическая неустойчивость и незавершенность наблюдалась у 50,7% и была отнесена к началу патохарактерологического развития личности.

У 57% делинквентных подростков можно было отметить определенную специфичность поведенческого стереотипа, дававшую основание для констатации определенного клинического типа психопатии.

В этих случаях обращало на себя внимание наличие задержки в приобретении навыков на 2-3 года по сравнению со сверстниками, узкая направленность и ригидность интересов, установок, частота аффективно-истерического реагирования, импульсивность, истощаемость, расторможенность и конфликтность. Психотравмирующие ситуации, экзогенные вредности надолго дезадаптировали подростков. Ответное реагирование нередко наблюдалось по типу «клише».

В неврологическом статусе отмечались более грубые нарушения с частой заинтересованностью стволовых структур. Выраженность церебральной недос-

таточности позволила отнести обследуемых к группе с резидуально-органической недостаточностью нервно-психической сферы.

Исходя из комплексного анализа состояния и динамики в рассматриваемых наблюдениях имелась тенденция к полиморфизму делинквентных поступков, однако сохранялось привычное реагирование с расширением диапазона, которое, тем не менее, соответствовало клиническому типу конкретной пограничной патологии личности.

Сравнительный динамический психопатологический и психологический анализ позволил выделить прогностически неблагоприятное взаимосочетание симптомов у определенной категории подростков, место расположения которых в конституционально-континуальном пространстве соответствовало диапазону пограничной аномальной личности. Подростки из диапазона ПАЛ достаточно легко совершали негативный дрейф в сторону диапазона психопатии, со стойким формированием криминального стереотипа поведения.

3.4.1. Криминальный стереотип поведения

Сравнительный психопатологический анализ подростков с **криминальным стереотипом поведения** выявил психические аномалии в виде стойкого формирования психопатологического и психопатоподобного поведения. Все подростки совершали преступления против личности и достоинства граждан /убийства, тяжкие телесные повреждения, изнасилования/, ведя устойчивый антисоциальный и антиобщественный образ жизни. Смыслом их существования была реализация собственного физического превосходства, директивное навязывание своей воли, требование безоговорочного подчинения у нижестоящих по иерархической лестнице в своей среде, искаженное чувство собственного самолюбия, достоинства и честолюбия. В то же время типичным было постоянное самоунижение перед вышестоящими в уже упомянутой иерархии, чувство страха, трусость и мстительность. У всех преобладали элементарные материально-физические потребности.

Анализ мотивов поведения позволил выявить следующие преобладающие типы делинквентности по А.А. Александрову: неустойчивый /30%/, агрессивно-защитный /61%/, оппозиционный /9%/ подростков.

Прогностически неблагоприятный стереотип поведения наблюдался у 68% обследуемых, у которых сочетались неблагоприятные микросоциальные условия воспитания, препятствовавшие полноценному формированию навыков социального общения, умению находить компромиссные, конструктивные варианты выхода из конфликтной ситуации, умению устранять эмоциональную напряженность во взаимоотношениях. Весьма существенно было формирование антиобщественной направленности у этих подростков с неприятием социально приемлемых форм поведения. Интеллектуальная ограниченность позволяла обследуемым осознавать свою психологическую неадекватность в общении.

Таким образом, подростки с криминальным стереотипом патологического поведения характеризовались полиморфизмом девиантных поступков (асоциальных и антисоциальных, антидисциплинарных и делинквентных; гетероагрессивных и аутоагрессивных), приводящих к противоправным, противозаконным и преступным действиям несовершеннолетних. Начало формирования делинквентности приходилось на 7-8 лет.

У подростков из данной группы наблюдалось стремление к демонстрации превосходства, насилию, были возможны гневливость, мстительность, навязывание своей воли. Обследуемые являлись инициаторами циничных оскорблений сопротивляющихся им, попыток глумления над личностью, в драках стремились причинить увечья, особо нестерпимую боль и т.д. Вскоре после начала конфликтной ситуации наблюдалось сужение сознания, когда обследуемые не воспринимали полноценно окружающую среду, но регулировали интенсивность эмоциональных проявлений. В последующем возникали неточности, трудности воспроизведения конфликта в памяти обследуемых, что подтверждает участие экзогенно-органических факторов в формировании пограничной аномальной личности или психопатии. Социально-психологическая

дезадаптация поведения наступала обычно под влиянием неадекватных или банальных раздражителей и ситуаций, часто вне привычной микросоциальной среды.

У 32% подростков отмечалось прогностически более благоприятное течение девиантного поведения, среди них микросоциальные условия воспитания отличались меньшей дисгармоничностью и, главное, у этой части подростков не отмечалось привития антисоциальных форм общения и поведения. У них не наблюдалось острого неприятия правил социалистического общежития, что было свойственно их сверстникам в этой же подгруппе. Подростки данной подгруппы психологически и клинически отличались дисгармоничностью эмоциональных реакций в процессе общения. Подростки с прогностически более благоприятным стереотипом девиантного поведения располагались в диапазоне ПАЛ ближе к границам психологической нормы. В случае нормализации микросоциальных условий, трансформации делинквентного стереотипа поведения в криминальный практически не наблюдалось. Более того, при адекватной реабилитации, проходящей под эгидой психиатров, клинических психологов, психотерапевтов, можно было наблюдать медленный позитивный дрейф в сторону диапазона психологической нормы – акцентуации.

Кроме собственно делинквентности у подростков формировались патологические реакции (психопатоподобные, невротические, соматовегетативные).

В процессе проводимого нами исследования группы подростков с выраженным **психоорганическим синдромом** выявлены свойственные им грубые нарушения инстинктивной деятельности, невротоподобные нарушения, эмоционально-волевая недостаточность, у многих отмечались признаки субдепрессивности в представлении Н.Ш. Вроно (1983); для **аффективно-возбудимого синдрома** характерны колебания настроения в виде дистимий, дисфорий, реже – эйфории, соматовегетативные изменения, выраженная склонность к гетероагрессии, эксплозивность; для **синдрома психической неустойчивости** – конфликтность, нестойкость установок, привязанностей, интересов, импульсивная

агрессия, слабоволие; **истероидные синдромы** характеризовались выраженными истерическими реакциями вплоть до припадков при столкновении даже с банальными трудностями, примитивностью и лживостью, аффективными демонстративными реакциями, неврозоподобной склонностью к участию в групповых правонарушениях. Вне конфликтных ситуаций большинство были рассудочны, логичны, даже уравновешены во взаимоотношениях.

После совершения преступления к чувству удовлетворения и собственно-го превосходства постепенно присоединялся страх перед наказанием или наоборот, апатическое отношение к предстоящему наказанию. Раскаяния, чувство вины или депрессивных переживаний по поводу совершения преступлений не было. Отмечались депрессивные переживания, связанные с предстоящим наказанием. У многих подростков после совершения криминальных действий наблюдалась частичная или ретардированная амнезия. Практически все подростки данной подгруппы употребляли алкоголь, токсические и наркотические средства или их сочетание /даже находясь в изоляции/. Однако 75% подростков отмечали, что чувство удовлетворения и комфорта они «полноценно» испытывают лишь тогда, когда употребили предпочитаемое сочетание наркотических веществ после совершения антиобщественного или криминального поступка. Прием только одних токсических или наркотических средств давал лишь временное чувство психологического удовлетворения и комфорта. Весьма редко удавалось обнаружить признаки абстинентного синдрома.

Таким образом, если для делинквентного стереотипа поведения были характерны аморфные и бессистемные делинквентные поступки, сочетающиеся с предболезненными преневротическими и препсихотическими, нервно-психическими и личностными изменениями, то при криминальном стереотипе поведения, преступления против личности и достоинства человека сочетались с выраженными конституциональными аномалиями личности и психопатологическими синдромами.

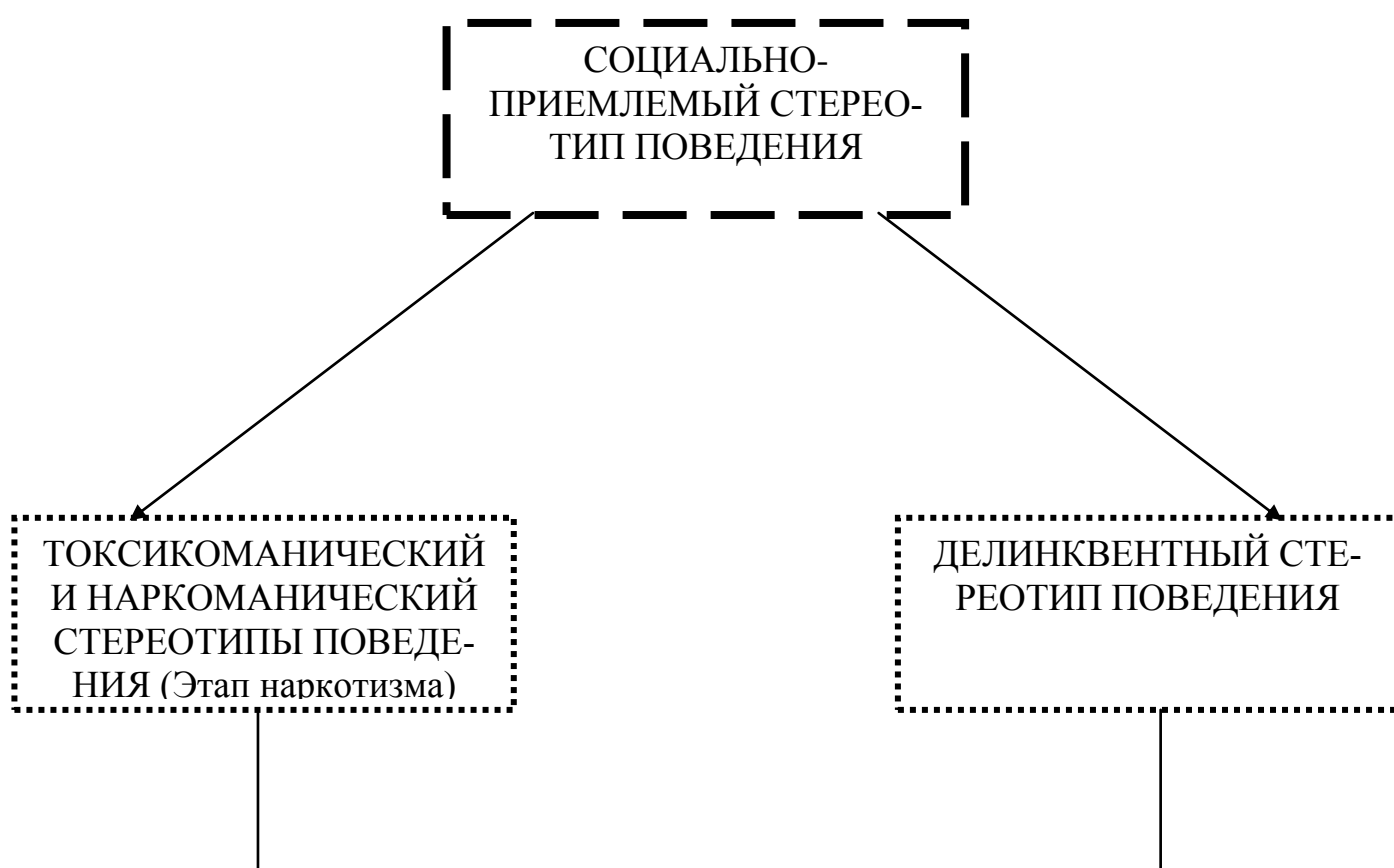
Следовательно, формирование континуума наблюдается на психопатологическом, наркологическом, поведенческом, психологическом и социальном

уровнях. Взаимосочетание нарушений различных уровней как между собой, так и внутри уровня подтверждает патологический характер девиации. Количественные и качественные изменения, взаимосочетание симптомов /поведенческих, психопатологических и т.д./ при формировании токсикоманического или делинквентного стереотипов поведения отражает социально-психологические и биологические закономерности развития патологического девиантного поведения подростков.

Представленный нами континуум патологического девиантного поведения у подростков отражает не только личностно-характерологическую динамику, психологические и психопатологические изменения, нарастающие у подростков по мере их «движения» от социально-приемлемого стереотипа поведения, но он отражает и конституционально-типологическую недостаточность высшей нервной деятельности и личности. На каждом этапе патологического девиантного поведения, независимо от его вариантов, мы выделяем подростков у которых патокинез девиантных изменений, нарушений более неблагоприятен или менее неблагоприятен.

Схема №1.

КОНТИНУУМ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ.



Подростки с неблагоприятным типом течения патологического девиантного поведения характеризуется изначально меньшей толерантностью к наркотикам, алкоголю, меньшей толерантностью к деструктивному влиянию асоциальной среды. Они легче «сливаются», адаптируются в асоциальной среде. Посторонние экзогенные вредности (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, нейроинтоксикации) обладают большим патогенным эффектом для мозга и ЦНС таких подростков. На их примере мы видим сочетание, взаимодействие биологических и социальных факторов. Конституционально-типологическая недостаточность мозга и личности провоцирует большую легкость развития токсикоманического, наркоманического стереотипов поведения. Эти же факторы способствуют формированию делинквентного и криминального стереотипов поведения. В этих случаях подростки отличаются значительной истощаемостью психобиологического резерва личности, низким уровнем индивидуального барьера психической и психологической адаптации. Характер всегда преобладает над личностью – «хочу над надо».

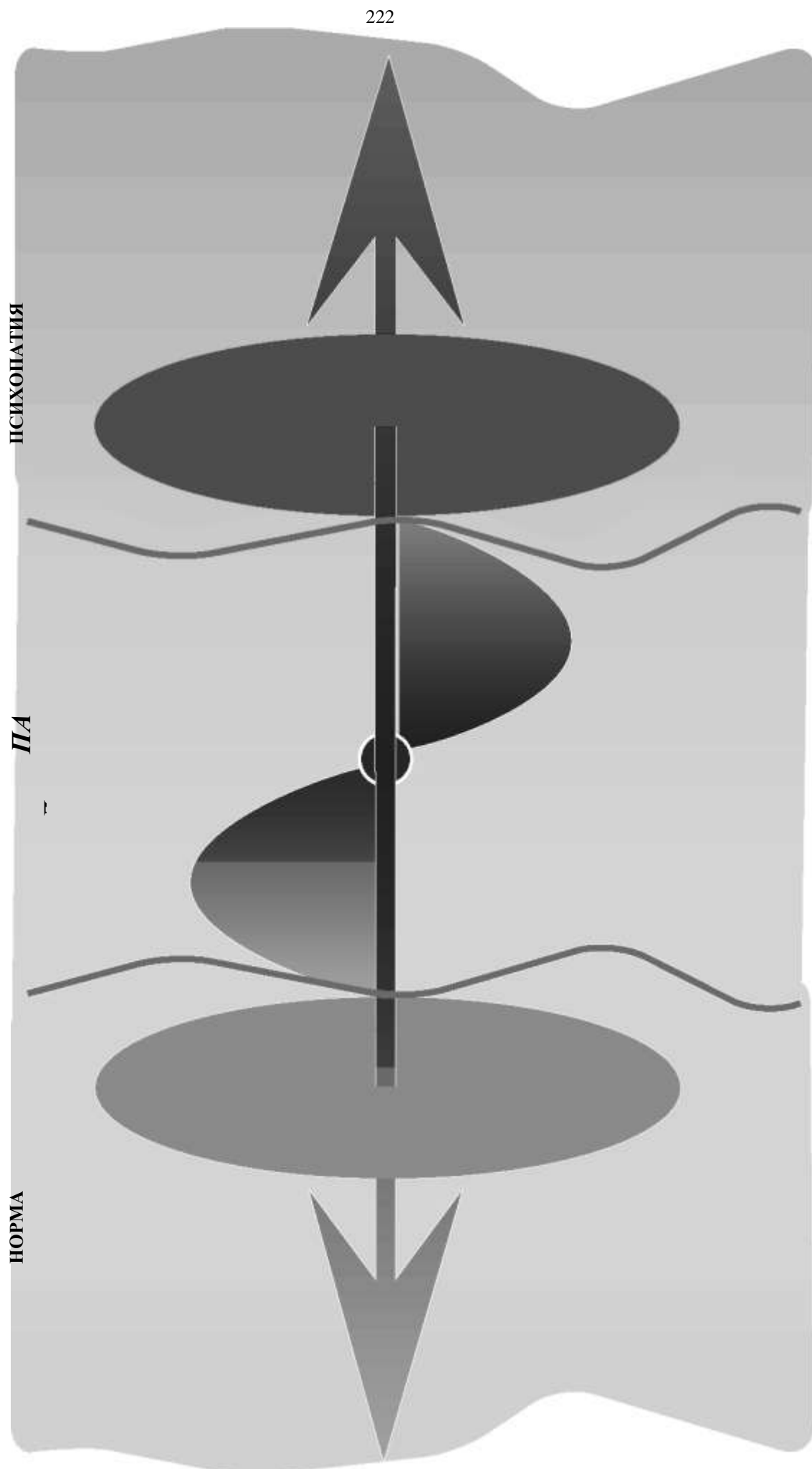
Нельзя не согласиться с Г.Н. Крыжановским (2001), утверждающим, что «на уровне межсистемных отношений патологической интеграции, формируемой пластическими процессами, является новая патодинамическая организация из измененных отделов ЦНС. Она представляет собой патологическую систему, деятельность которой имеет биологически отрицательное значение для организма. Патологическая система может формироваться из первичной и вторичной измененных отделов поврежденной ЦНС».

Подростки с благоприятным типом течения отличаются изначально большей устойчивостью к наркотикам, алкоголю и токсическим веществам, они менее восприимчивы к традициям, обычаям асоциальной среды. Требуется гораздо больше времени для того, чтобы сформировалось патологическое девиантное поведение. Необходимы дополнительные условия в виде патогенных экзогенных воздействий (ЧМТ, нейроинфекции, нейроинтоксикации) и длительных психотравмирующих ситуаций. Резонно предположить, что конститу-

ционально-типологические особенности высшей нервной деятельности и личности отличаются меньшей недостаточностью и обладают большим компенсаторными способностями.

Пластичность их нервной системы лучше обеспечивает ее деятельность в условиях изменяющейся среды обитания, подростки с благоприятным типом течения девиантного поведения более адекватно реагируют на действие внешних раздражителей и истощение психобиологического резерва протекает более медленно. Большой пластичностью нервной системы обусловлена более медленное формирование патологического девиантного фенотипа поведения. В более или менее благоприятных условиях микросоциальной среды у подростков заметно преобладание личностных, позитивно социально окрашенных мотивов над характерологическими притязаниями и потребностями.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО – КОНТИНУАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО АНОМАЛЬНОЙ ЛИЧНОСТНОЙ ИЗМЕНЧИВОСТИ



Следовательно, сформированная патологическая система ЦНС обладает патогенным влиянием на организм. По сути дела, именно патологическая система представляет собой эндогенный механизм дальнейшего развития патологического процесса и патофизиологической основой нейропатологического синдрома, столь выраженного у подростков с патологическим девиантным поведением. Однако патологическая система не может формироваться сама по себе, она образуется из взаимодействия с факторами конституционально-типологической недостаточности высшей нервной деятельности подростков, что детерминирует закрепление структур патологической системы, повышение резистентности этой системы как к эндогенным корригирующим влияниям, так и к лечебным воздействиям. Именно этим обусловлено столь трудное достижение терапевтической эффективности и психобиологических апелляций к личности у подростков с токсикоманическим, наркоманическим, делинквентным и криминальным стереотипами патологического девиантного поведения.

Если мы сравним континуум патологического девиантного поведения подростков с конституционально континуальным пространством аномальной личностной изменчивости (схема №2), то нельзя не обратить внимание на эффект «наслаивания» девиантного континуума на конституционально-типологический. Практически все подростки с более благоприятным типом течения токсикоманического и делинквентного стереотипов патологического девиантного поведения располагаются в диапазоне пограничной аномальной личности, но в первой половине синусоиды, приближенной к границам психологической нормы – акцентуации. Подростки с криминальным стереотипом поведения и с признаками трансформации токсикоманического стереотипа в наркоманию или токсикоманию располагаются или в диапазоне ПАЛ, но во второй половине синусоиды, которая ближе к границам психопатии, или же эти подростки изначально относятся к диапазону психопатии в конституционально-континуальном пространстве, чем обусловлено неблагоприятное течение патологического стереотипа девиантного поведения.

Таким образом, патологическое девиантное поведение являясь следствием, основывается на конституционально-типологической недостаточности высшей нервной деятельности и личности. Доказательством этого служит и тот факт, что далеко не у всех подростков, эпизодически употребляющих наркотики, токсические вещества, алкоголь, формируется патологическое девиантное поведение по типу токсикоманического стереотипа поведения. После эпизодов употребления наркотиков они прекращают это делать и практически не возвращаются к ним в течение своей жизни (12-15 летний катамнез). Такие подростки по нашим данным относятся к диапазону психологической нормы – акцентуации. Аналогичная динамика и у подростков с эпизодами делинквентного поведения (мелкие кражи, мошенничество и т.д.), когда они под влиянием педагогических, воспитательных мер и психологической помощи уходят от делинквентного стереотипа поведения, что символизирует возврат к конституционально-типологическому личностному континууму диапазона психологической нормы- акцентуации.

Многолетний опыт и экспериментально-психологические, клинко-психопатологические исследования и наблюдения детей и подростков на территории Ставропольского края, как в период с 1982 по 1989гг, так и в период с 1991 по 2000 гг. убеждают нас в необходимости применения своевременной ранней патогенетической интенсивной комплексной психофармакотерапии и психотерапии с последующей реализацией положений стратегической конституционально ориентированной поддерживающей психофармакотерапии, психотерапии и психологической помощи. Проведение конституционально ориентированной интенсивной терапии и поддерживающей терапии позволяет:

- предотвратить негативный дрейф из диапазона психологической нормы – акцентуации в сторону диапазона аномальной личностной изменчивости в конституционально-континуальном пространстве;
- предотвратить негативный дрейф внутри диапазона аномальной личностной изменчивости: пограничная аномальная личность – психопатии;

- добиться уменьшения выраженности психопатологических и психологических проявлений патологического девиантного поведения и увеличить временные параметры, связанные с формированием неблагоприятных форм патологического девиантного поведения.

Раздел 4. Дифференциальная экспериментальная психология конституционально-типологического личностного континуума подростков с органической недостаточностью мозга

Дифференциальный психолого-математический анализ подростков младшего и старшего школьного возраста проводился на основе полученных результатов психологического обследования по 4 базовым психотипам: эпилептоиды, шизоиды, циклоиды, истероиды. Разделение всей субпопуляции младших и старших подростков на психотипы производилось на основании результатов патохарактерологического диагностического опросника (ПДО), разработанного А.Е. Личко. Психологическое обследование в целом включало 17 параметров клинического опросника оценки невротического состояния (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич); шкалы Тейлор, ПДО, методика Айзенка и методика определения уровня невротизации и психопатизации (УНП). Предварительно все подростки прошли клинико-психопатологическое обследование, позволившее обнаружить обследуемых с конституционально-типологическими признаками органической недостаточности мозга.

Психолого-математический анализ проводился с использованием непараметрической математической статистики, в частности, дискриминантного анализа, результаты психологического исследования всех подростков подвергались сплошной математической обработке, исходя из предположения об отсутствии признаков органической недостаточности мозга и аномальной личностной изменчивости.

Результаты дискриминантного анализа сравниваемых подгрупп подростков младшего школьного возраста.

Представляем данные сравнительного анализа по психотипам, в частности, подростков эпилептоидного и истероидного типов.

Была выделена дискриминантная функция, позволяющая при проведении экспресс-диагностики дифференцировать подростков двух сравниваемых психотипов. Вероятностные ошибки диагностики среди подгруппы эпилептоидов составят не более 3,3%, а среди представителей истероидов - 36,6%. Следует

обратить внимание на определенную сложность психологической дифференциальной диагностики подростков, относящихся к истероидному психотипу.

Дискриминантная функция выглядит следующим образом:

$$Y = -0,7X_1 + 0,2X_2 - 0,1X_3 - 0,006X_4 + 0,062X_5 - 0,8X_6 + 0,4X_7 + 0,2X_8 - 0,2X_9 - 0,36X_{10} - 0,2X_{11} + 0,013X_{12} + 0,002X_{13} + 0,001X_{14} + 0,3X_{15} - 0,05X_{16} + 0,038X_{17},$$

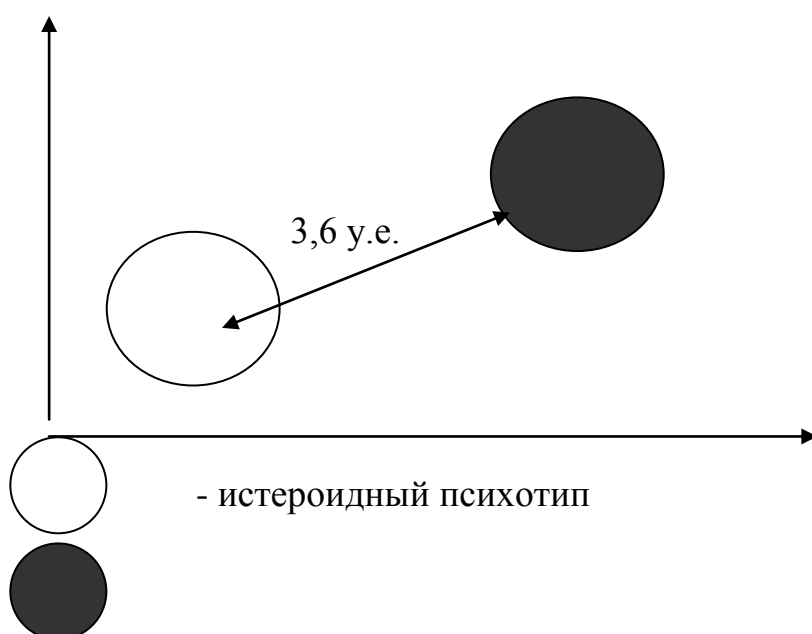
где X – конкретное значение психологического параметра.

Если в результате арифметического решения уравнения Y будет больше дискриминантного индекса R , то результаты обследуемого следует отнести к подгруппе эпилептоидов. Если арифметическая сумма Y будет меньше дискриминантного индекса R , то полученные результаты обследуемого, вероятнее всего, соответствуют представителям истероидного психотипа.

Если мы представим расположение результатов психологического обследования сравниваемых подгрупп в пространстве, т.е. спроецируем средние значения психологических параметров в трехмерное пространство, то мы сможем визуально представить сколь велико или наоборот мало расстояние в пространстве между сравниваемыми группами. Мы сможем увидеть реальные различия в пространстве между младшими подростками, относящимися к психотипам эпилептоидов или истероидов.

Рисунок №1

Проекция средних значений психологических параметров подгруппы эпилептоидов и истероидов в трехмерное пространство.



Расстояние между центрами проекций составляет 3,6 усл.ед. Последующее сравнение обследуемых с различными психотипами будут нам демонстрировать расстояние между группами в пространстве – квадрат Махаланобиса, который подтверждает достоверность различий между сравниваемыми группами независимо от вероятностных ошибок. Если квадрат Махаланобиса равен 0, то никакого достоверного различия между сравниваемыми группами нет.

В процесс дискриминации сравниваемых групп все психологические параметры внесли свой больший или меньший вклад. Если этот вклад в дискриминацию мы будем оценивать больше 5%, то мы можем определить психологические параметры удельный вес которых различен в психолого-математической дискриминации сравниваемых подгрупп. При проведении настоящего сравнения были выделены взаимосочетания психологических маркеров, участвующих в дискриминации с удельным весом свыше 5%:

- показатель реакции эмансипации 22,5%;
- показатель женственности 32,2%;
- показатель вегетативной неустойчивости 17,6%;
- показатель обсессивно-фобических переживаний 19%.

В данном случае среди младших подростков представителей эпилептоидов и истероидов можно дискриминировать по взаимосочетанию указанных психологических параметров, являющихся маркерами для конкретных сравниваемых групп.

Сравнительный дискриминантный анализ младших подростков, относящихся к подгруппам эпилептоидов и шизоидов.

В процессе дискриминантного анализа была построена дискриминантная функция в виде арифметического уравнения следующего вида:

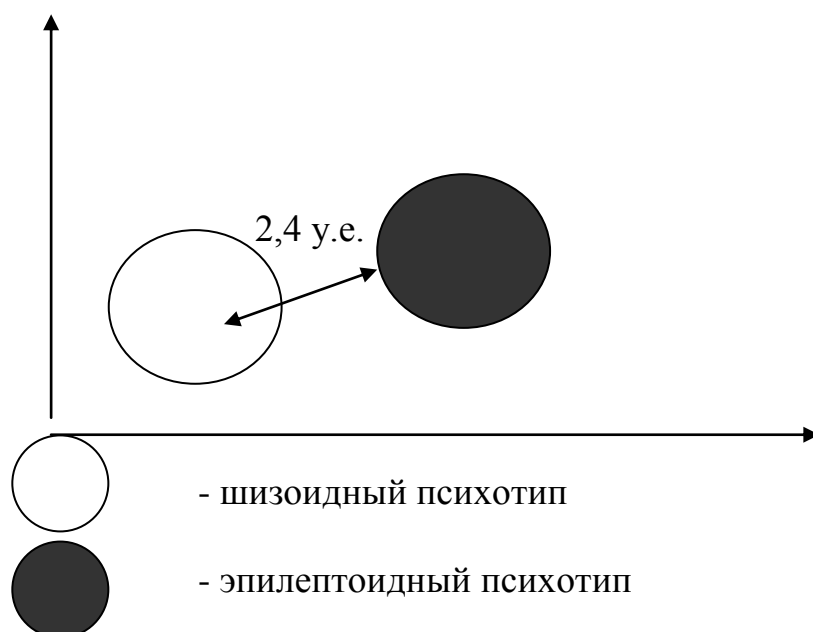
$$Y=0,03X_1-0,19X_2-0,38X_3+0,43X_4+0,03X_5-0,05X_6+0,23X_7+0,04X_8-0,41X_9-0,02X_{10}-0,03X_{11}-0,14X_{12}+0,04X_{13}-0,04X_{14}+0,11X_{15}+0,04X_{16}+0,07X_{17},$$

Где X – конкретное значение психологических параметров.

Если арифметическая сумма $У$ будет больше дискриминантного индекса R , то результаты конкретного обследуемого, мы должны будем отнести к представителям эпилептоидного психотипа. Если арифметическая сумма $У$, будет меньше дискриминантного индекса R , то результаты обследуемого мы отнесем к представителям шизоидного психотипа. Вероятностный процент ошибок среди обследуемых эпилептоидов будет составлять 11,4%, среди шизоидов - 38,9%, что указывает на определенные сложности в дифференциации представителей шизоидного психотипа.

Рис№2

Проекция средних показателей психологических параметров в трехмерное пространство обследуемых сравниваемых групп, относящихся к эпилептоидному и шизоидному психотипам.



Психологические различия между сравниваемыми подгруппами визуализированы в трехмерном пространстве, где отчетливо видно расстояние между центрами проекций равно 2,4 усл.ед., т.е. квадрат Махаланобиса подтверждает достоверность существующих различий. Полученные результаты достоверности различий между обследуемыми двух подгрупп эпилептоидов и шизоидов основаны на взаимосочетании психологических маркеров, удельный вес которых более 5%:

- показатель делинквентности – 13%;

- показатель минимальной мозговой недостаточности – 12%;
- показатель вегетативной неустойчивости – 8%;
- показатель астенизации – 31%;
- показатель невротизации – 9%;
- показатель психопатизации – 7%;
- показатель конституциональной тревоги – 8,3%;
- показатель клинической тревожности – 5,4%.

Таким образом, чтобы дискриминировать представителей эпилептоидного психотипа от шизоидного в младшем подростковом возрасте используются взаимосочетания 8 психологических маркеров, имеющих вполне определенный удельный вес.

Сравнительный дискриминантный анализ младших подростков, относящихся к подгруппам истероидному и шизоидному психотипам позволил получить достоверные результаты психологических различий.

Первичный материал результатов психологических исследований показал достоверность различий между сравниваемыми группами при весьма незначительном проценте ошибок. Так, среди истероидов вероятностный процент ошибок равен 0, а среди шизоидов – 5,5%.

Полученный коэффициент дискриминантной функции представлен в виде арифметического уравнения:

$$Y=1,8X_1-1,15X_2-1,62X_3+0,15X_4+0,8X_5+0,41X_6+0,04X_7 +0,16X_8 -1,41X_9-0,68X_{10}+1,73X_{11}-0,9X_{12}+0,44X_{13}-0,14X_{14}+0,34X_{15} +0,53X_{16}+0,3X_{17},$$

где X – конкретное значение психологических параметров.

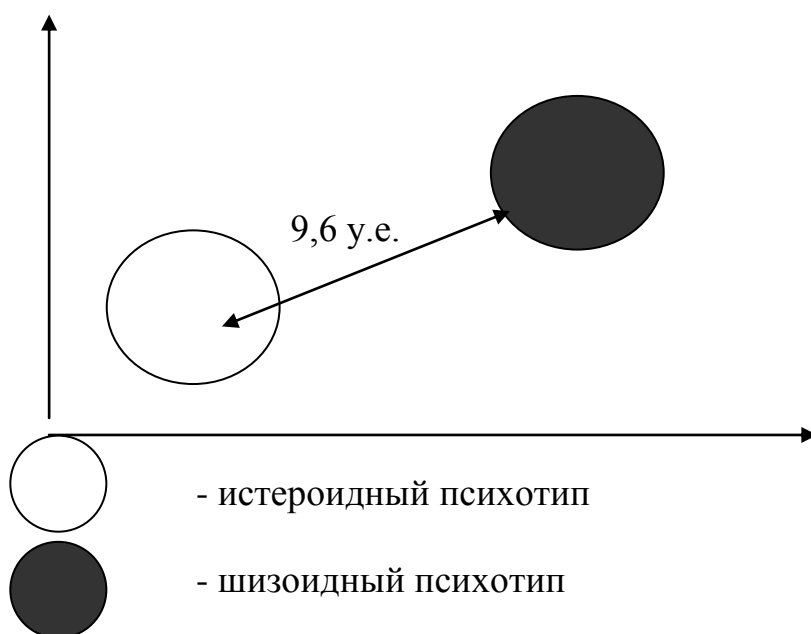
Если арифметическая сумма Y будет больше дискриминантного индекса R , то результаты конкретного обследуемого, мы должны будем отнести к представителям истероидного психотипа. Если арифметическая сумма Y , будет меньше дискриминантного индекса R , то результаты обследуемого мы отнесем к представителям шизоидного психотипа. Настоящую арифметическую формулу можно использовать в случае определения психотипов истероидов или ши-

зоидов в субпопуляции младших подростков, используя предлагаемую «батарею» психологических методик в качестве экспресс-диагностики.

Результаты между центрами проекций равно 9,6 усл.ед., т.е. значение квадрата Махаланобиса, не только подчеркивает высокую достоверность различий между сравниваемыми подгруппами, но и визуализирует эти различия, демонстрируя расстояния между центрами проекций в пространстве.

Рис№3

Проекции средних показателей психологических параметров в трехмерное пространство обследуемых сравниваемых групп, относящихся к истероидному и шизоидному психотипам младшего подросткового возраста.



Следует обратить внимание на взаимосочетания психологических маркеров, участвующих в дискриминации подростков истероидного и шизоидного психотипов:

- показатель эмансипации – 20,5%;
- показатель склонности к алкоголизации – 6,8%;
- показатель мужественности – 5,1%;
- показатель женственности – 7,7%;
- показатель астенизации – 29,3%;

- показатель невротической депрессии- 7,5%;
- показатель клинической тревожности – 16,7%;
- показатель психопатизации – 5,3%;
- показатель конституциональной тревоги – 9,6%.

Количество психологических маркеров и их взаимосочетание, участвующие в дискриминации не влияют на процент ошибок, что подтверждается сопоставлением результатов сравнения представителей эпилептоидного и шизоидного психотипов, где вероятностные ошибки достигают 38,9%, в сравнении с истероидами и шизоидами, где ошибки не превышают 5,5%.

Сравнительный дискриминантный анализ младших подростков, относящихся к подгруппам циклоидов и эпилептоидов позволил получить достоверные результаты психологических различий.

Первичный материал результатов психологических исследований показал достоверность различий между сравниваемыми группами при значительном проценте ошибок. Однако среди представителей циклоидов вероятностный процент ошибок достигает 54%, а среди эпилептоидов – 10%, что не нарушает достоверность, но подчеркивает необходимость внимательного отношения психологов, клинических психологов при сопоставлении представителей циклоидного и эпилептоидного психотипов.

Полученный коэффициент дискриминантной функции представлен в виде арифметического уравнения:

$$Y=0,66X_1+0,09X_2-0,03X_3+0,07X_4-0,12X_5+0,04X_6-0,02X_7-0,03X_8+0,06X_9+0,01X_{10}-0,17X_{11}+0,02X_{12}+0,01X_{13}+0,07X_{14}+0,04X_{15}-0,17X_{16}-0,03X_{17},$$

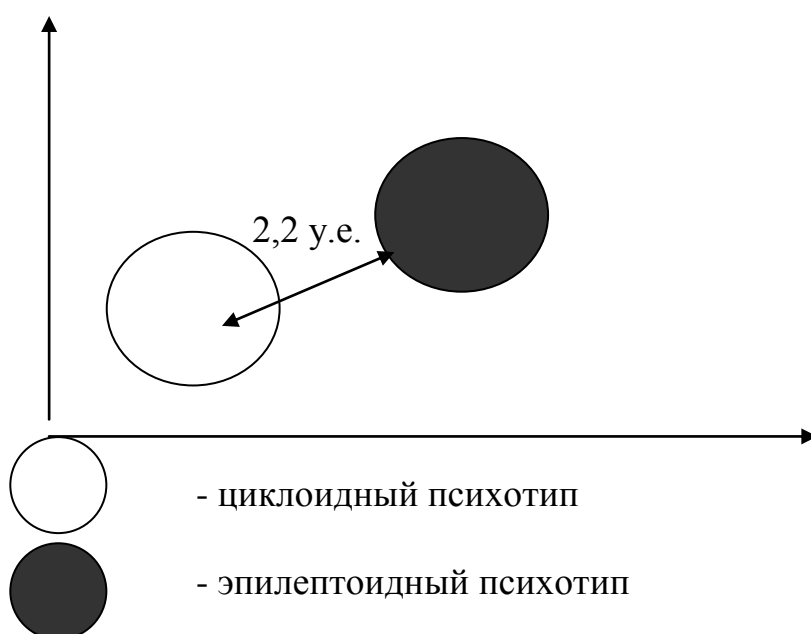
где X – конкретное значение психологических параметров.

Если арифметическая сумма Y будет больше дискриминантного индекса R, то результаты конкретного обследуемого, мы должны будем отнести к представителям циклоидного психотипа. Если арифметическая сумма Y, будет меньше дискриминантного индекса R, то результаты обследуемого мы отнесем к представителям эпилептоидного психотипа.

Визуализируя результаты психологических различий мы обращаем внимание на небольшое расстояние между центрами проекций сравниваемых групп равное 2,2 усл.ед. Само значение квадрата Махаланобиса указывает на возможные ошибки в дискриминации циклоидов и эпилептоидов при проведении экспресс-диагностики.

Рис№4

Проекции средних показателей психологических параметров в трехмерное пространство обследуемых сравниваемых групп, относящихся к циклоидному и эпилептоидному психотипам младшего подросткового возраста.



Обращает на себя внимание взаимосочетание психологических маркеров, участвующих в дискриминации сравниваемых психотипов младшего школьного возраста:

- показатель эмансипации – 49,4%;
- показатель невротизации – 9,3%
- показатель экстраверсии – интраверсии - 9%
- показатель нейротической тревожности 27 %;
- показатель конституциональной тревожности – 7,3%;

Нельзя не обратить внимание на то, что при сравнении психотипов в младшей подростковой группе определяются различные взаимосочетания маркеров, отражающие глубинные конституционально-типологические различия.

Сравнительный психолого-математический анализ двух групп младших подростков, относящихся к циклоидному и истероидному психотипам показал достоверные различия между сравниваемыми группами.

Удалось построить линейную дискриминантную функцию, где

$$Y = -0,25X_1 + 0,08X_2 - 0,03X_3 - 0,41X_4 - 0,09X_5 - 0,84X_6 + 0,41X_7 + 0,6X_8 + 0,78X_9 - 0,38X_{10} - 0,74X_{11} - 0,15X_{12} - 0,02X_{13} - 0,1X_{14} + 0,12X_{15} + 0,19X_{16} - 0,1X_{17},$$

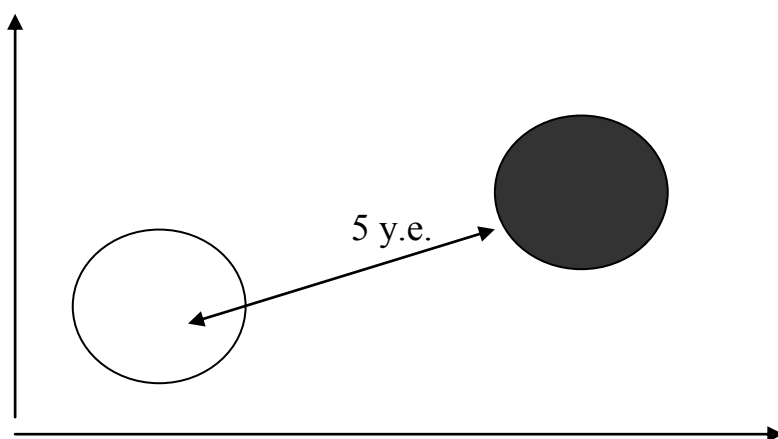
где X – конкретное значение психологических параметров.

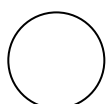
Если арифметическая сумма Y будет больше дискриминантного индекса R , то результаты конкретного обследуемого, мы должны будем отнести к представителям циклоидного психотипа. Если арифметическая сумма Y , будет меньше дискриминантного индекса R , то результаты обследуемого мы отнесем к представителям истероидного психотипа.

Визуализируя результаты психологических различий мы обращаем внимание на небольшое расстояние между центрами проекций сравниваемых групп равное 5 усл.ед. Значение квадрата Махаланобиса указывает на возможные ошибки в дискриминации циклоидов и истероидов при проведении экспресс-диагностики.

Рис№5

Проекции средних показателей психологических параметров в трехмерное пространство обследуемых сравниваемых групп, относящихся к циклоидному и истероидному психотипам младшего подросткового возраста.





- циклоидный психотип



- истероидный психотип

Были обнаружены взаимосочетания психологических маркеров, участвующих в дискриминации сравниваемых подгрупп и имеющих определенный удельный вес:

- показатель феминизации – 24%;
- показатель вегетативной неустойчивости – 31,6%;
- показатель обсессивно-фобических нарушений – 41,4%;
- показатель астенизации – 31,2%;
- показатель экстра-интроверсии – 12,1%;
- шкала конституциональной тревожности – 11,8%.

Перечисленные маркеры дискриминации дают основания для выделения младших подростков с циклоидным и истероидным психотипами при сплошном обследовании общей популяции. Ошибки диагностики в группе циклоидов составляют 7,7%, а в группе истероидов 27,3%.

Сравнительный психолого-математический анализ двух групп младших подростков, относящихся к циклоидному и шизоидному психотипам показал достаточно выраженные отличия между сравниваемыми группами.

Была построена линейная дискриминантная функция, позволяющая использовать ее в качестве шкалы дифференциальной диагностики:

$$Y=0,71X_1+0,03X_2-0,21X_3+0,36X_4+0,09X_5-0,05X_6+0,04X_7+0,18X_8-0,55X_9+0,11X_{10}+0,12X_{11}-0,12X_{12}+0,02X_{13}+0,01X_{14}+0,02X_{15}-0,09X_{16}+0,02X_{17},$$

где X – конкретное значение психологических параметров.

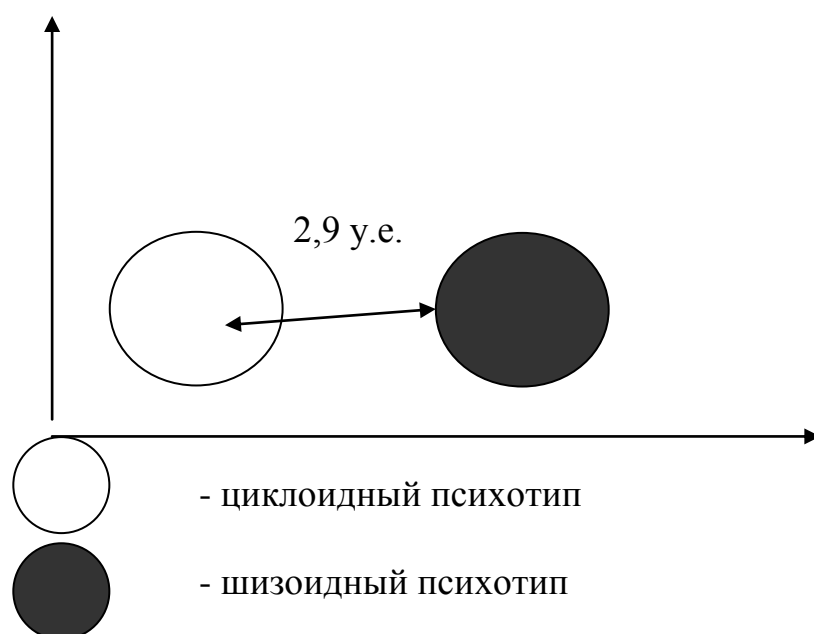
Если арифметическая сумма Y будет больше дискриминантного индекса R , то результаты конкретного обследуемого, мы должны будем отнести к представителям циклоидного психотипа. Если арифметическая сумма Y , будет

меньше дискриминантного индекса R , то результаты обследуемого мы отнесем к представителям шизоидного психотипа.

Визуализируя результаты психологических исследований мы обращаем внимание на расстояние между центрами проекций сравниваемых групп, равное 2,9 усл.ед. Значение квадрата Махаланобиса указывает на возможные ошибки в дискриминации циклоидов и шизоидов при проведении экспресс-диагностики.

Рис№6

Проекции средних показателей психологических параметров в трехмерное пространство обследуемых сравниваемых групп, относящихся к циклоидному и шизоидному психотипам младшего подросткового возраста.



В процессе дискриминантного анализа были обнаружены взаимосочетания психологических маркеров, участвующих в дискриминации сравниваемых подгрупп и имеющих определенный удельный вес:

- показатель эмансипации – 40%;
- индекс «В» - 14,8%;
- показатель невротизации – 17,3%;
- показатель невротической тревоги – 7,3%;

Используя удельный вес каждого маркера в их взаимосочетании мы получаем возможность в общей популяции выделить исследуемые психотипы.

Ошибки диагностики в группе циклоидов составляют 15%, а в группе шизоидов 22%.

Сравнительный психолого-математический анализ групп старших подростков, относящихся к истероидному и шизоидному психотипам показал достаточно выраженные отличия между сравниваемыми группами.

Была построена линейная дискриминантная функция, позволяющая использовать ее в качестве шкалы дифференциальной диагностики:

$$Y=0,26X_1-0,15X_2+1,19X_3+0,91X_4+0,55X_5-1,67X_6-1,14X_7-0,47X_8+0,40X_9+1,33X_{10}+0,24X_{11}+1,03X_{12}-0,13X_{13}-0,27X_{14}-0,38X_{15}-0,09X_{16}-0,86X_{17},$$

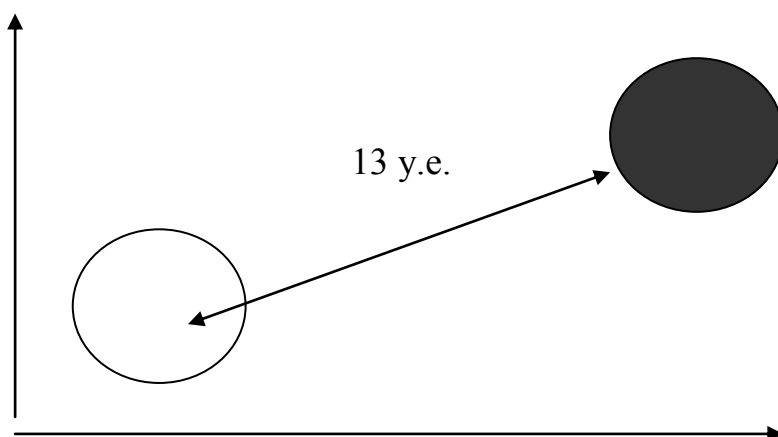
где X – конкретное значение психологических параметров.

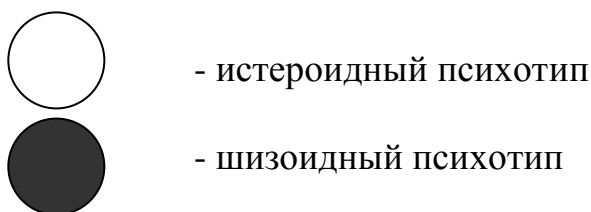
Если арифметическая сумма Y будет больше дискриминантного индекса R , то результаты конкретного обследуемого, мы должны будем отнести к представителям истероидного психотипа. Если арифметическая сумма Y , будет меньше дискриминантного индекса R , то результаты обследуемого мы отнесем к представителям шизоидного психотипа.

Визуализируя результаты психологических исследований мы обращаем внимание на расстояние между центрами проекций сравниваемых групп, равное 13 усл.ед. Значение квадрата Махаланобиса указывает на возможные ошибки в дискриминации истероидов и шизоидов при проведении экспресс-диагностики.

Рис№7

Проекции средних показателей психологических параметров в трехмерное пространство обследуемых сравниваемых групп, относящихся к истероидному и шизоидному психотипам старшего подросткового возраста.





В данном сравнении обнаруживается особое взаимосочетание психологических маркеров:

- показатель мужественности – 8%;
- показатель женственности – 17%;
- показатель истерического типа реагирования – 27,4%;
- показатель тревоги – 11,4%;
- показатель психопатизации – 8,4%;
- показатель конституциональной тревожности – 71%.

Процент ошибочной диагностики в группе истероидов равен 0, а в группе шизоидов - 15%.

Сравнительный психолого-математический анализ групп старших подростков, относящихся к эпилептоидному и шизоидному психотипам показал достаточно выраженные отличия между сравниваемыми группами.

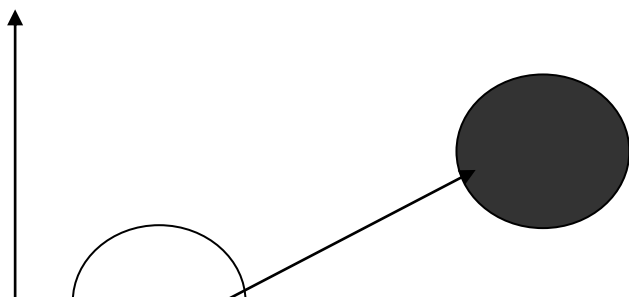
Была построена линейная дискриминантная функция следующего вида, позволяющая использовать ее в качестве шкалы дифференциальной диагностики:

$$Y = -0,06X_1 + 0,07X_2 - 0,64X_3 + 0,5X_4 + 0,43X_5 - 0,55X_6 + 0,06X_7 - 0,12X_8 - 0,05X_9 + 0,16X_{10} - 0,13X_{11} - 0,25X_{12} - 0,001X_{13} - 0,06X_{14} + 0,23X_{15} + 0,05X_{16} - 0,12X_{17},$$

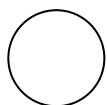
где X – конкретное значение психологических параметров.

Рис№8

Проекция средних показателей психологических параметров в трехмерное пространство обследуемых сравниваемых групп, относящихся к эпилептоидному и шизоидному психотипам старшего подросткового возраста.



4,3 у.е.



- эпипептоидный психотип



- шизоидный психотип

Если арифметическая сумма $У$ будет больше дискриминантного индекса R , то результаты конкретного обследуемого, мы должны будем отнести к представителям эпипептоидного психотипа. Если арифметическая сумма $У$, будет меньше дискриминантного индекса R , то результаты обследуемого мы отнесем к представителям шизоидного психотипа.

Визуализируя результаты психологических исследований мы обращаем внимание на расстояние между центрами проекций сравниваемых групп, равное 4,3 усл.ед.

В данном сравнении обнаруживается особое взаимосочетание психологических маркеров:

- показатель делинквентности – 34%;
- индекс «В» – 15%;
- показатель мужественности – 22%;
- показатель конституциональной тревожности – 21,1%.

Процент ошибочной диагностики в группе эпипептоидов равен 3%, а в группе шизоидов - 38%.

Сравнительный психолого-математический анализ групп старших подростков, относящихся к эпипептоидному и истероидному психотипам показал следующие отличия между сравниваемыми группами.

Была построена линейная дискриминантная функция, позволяющая использовать ее в качестве шкалы дифференциальной диагностики:

$$У=0,71X1-0,28X2-1,12X3+0,36X4-0,43X5+1,41X6-0,43X7-0,007X8-0,01X9+0,1X10-0,03X11+0,19X12+0,02X13+0,09X14+0,03X15+0,22X16+0,42X17,$$

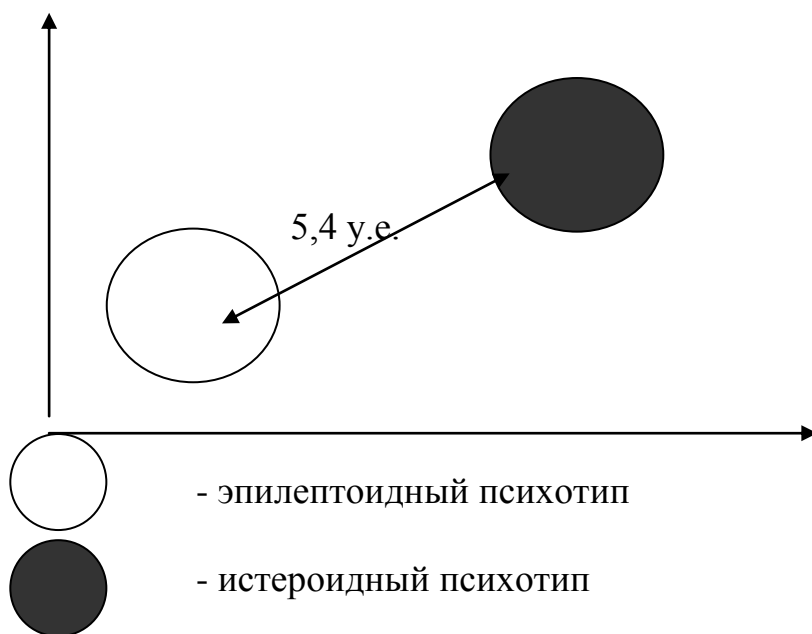
где X – конкретное значение психологических параметров.

Если арифметическая сумма $У$ будет больше дискриминантного индекса R , то результаты конкретного обследуемого, мы должны будем отнести к представителям эпилептоидного психотипа. Если арифметическая сумма $У$, будет меньше дискриминантного индекса R , то результаты обследуемого мы отнесем к представителям истероидного психотипа.

Визуализируя результаты психологических исследований мы обращаем внимание на расстояние между центрами проекций сравниваемых групп – значение квадрата Махаланобиса, равное 5,4 усл.ед.

Рис№9

Проекции средних показателей психологических параметров в трехмерное пространство обследуемых сравниваемых групп, относящихся к эпилептоидному и истероидному психотипам старшего подросткового возраста.



В процессе дискриминантного анализа удалось выявить следующее взаимосочетание психологических маркеров:

- показатель психологической склонности к алкоголизации – 8%;
- показатель психологической склонности к делинквентности – 29,3%;
- показатель женственности – 27%;
- показатель нейротической тревожности – 8,2%;
- показатель конституциональной тревожности – 20,1%.

Обнаружение маркеров в процессе экспресс-диагностики при сплошном обследовании подростков общей популяции позволит более точно выделить представителей эпилептоидного или истероидного психотипов. Ошибки диагностики составляют в группе эпилептоидов 6%, в группе истероидов – 30%.

Сравнительный психолого-математический анализ групп старших подростков, относящихся к циклоидному и шизоидному психотипам показал значимые различия между сравниваемыми группами.

Удалось построить линейную дискриминантную функцию, позволяющую использовать ее в качестве шкалы дифференциальной диагностики:

$$Y=0,28X_1+0,22X_2-0,75X_3+0,95X_4+0,24X_5-0,62X_6-0,47X_7-0,07X_8-0,23X_9+0,47X_{10}+0,26X_{11}+0,09X_{12}+0,01X_{13}-0,009X_{14}+0,16X_{15}+0,007X_{16}-0,09X_{17},$$

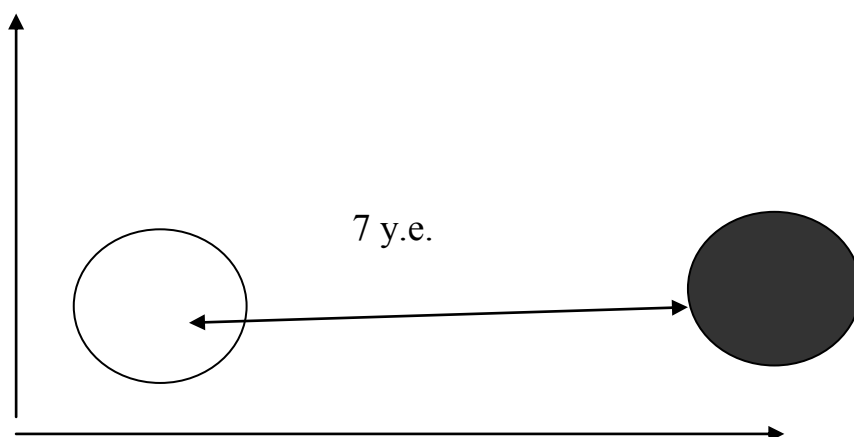
где X – конкретное значение психологических параметров.

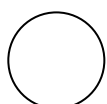
Если арифметическая сумма Y будет больше дискриминантного индекса R , то результаты конкретного обследуемого, мы должны будем отнести к представителям циклоидного психотипа. Если арифметическая сумма Y , будет меньше дискриминантного индекса R , то результаты обследуемого мы отнесем к представителям шизоидного психотипа.

Визуализируя результаты психологических исследований мы обращаем внимание на расстояние между центрами проекций сравниваемых групп – значение квадрата Махаланобиса, равное 7 усл.ед.

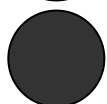
Рис№10

Проекции средних показателей психологических параметров в трехмерное пространство обследуемых сравниваемых групп, относящихся к циклоидному и шизоидному психотипам старшего подросткового возраста.





- циклоидный психотип



- шизоидный психотип

В процессе дискриминантного анализа были выявлены следующее взаимосочетание психологических маркеров:

- показатель психологической склонности к делинквентности – 23,2%;
- индекс «В» – 20,4%;
- показатель истерических нарушений – 17%;
- показатель невротической депрессии – 10,3%;
- показатель невротизации – 6,5%;
- показатель конституциональной тревожности – 10,5%.

Вероятностный процент ошибок в обеих группах не превысил 7%.

Сравнительный психолого-математический анализ групп старших подростков, относящихся к циклоидному и истероидному психотипам показал следующие отличия между сравниваемыми группами.

Линейная дискриминантная функция, позволяющая использовать ее в качестве шкалы дифференциальной диагностики, имеет следующий вид:

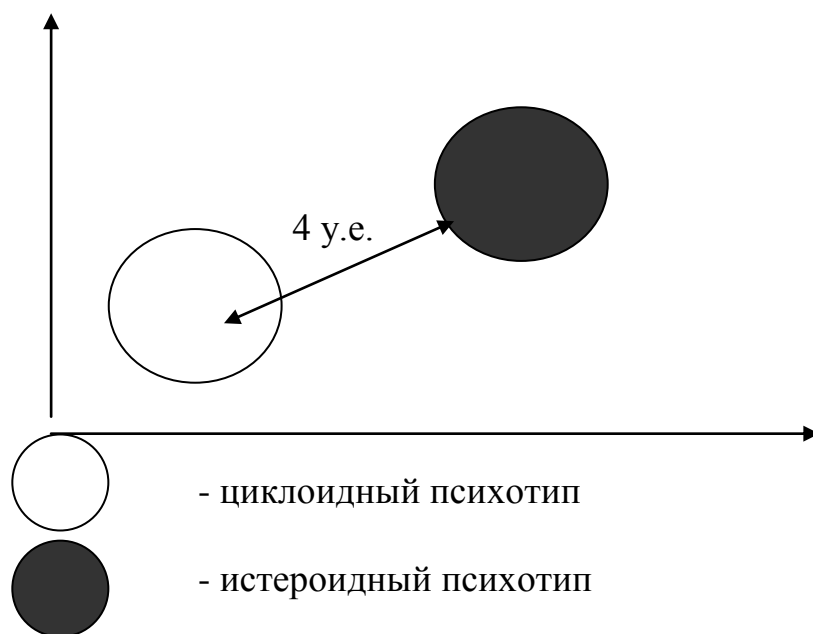
$$Y=0,62X_1+0,18X_2-0,51X_3+0,25X_4-0,05X_5+0,39X_6-0,17X_7-0,13X_8-0,29X_9+0,19X_{10}+0,37X_{11}+0,13X_{12}+0,05X_{13}+0,04X_{14}+0,09X_{15}+0,05X_{16}+0,21X_{17},$$

где X – конкретное значение психологических параметров.

Если арифметическая сумма Y будет больше дискриминантного индекса R , то результаты конкретного обследуемого, мы должны будем отнести к представителям циклоидного психотипа. Если арифметическая сумма Y , будет меньше дискриминантного индекса R , то результаты обследуемого мы отнесем к представителям истероидного психотипа.

При визуализации результатов психологических исследований обращает на себя внимание значение расстояния между центрами проекций сравниваемых групп –квадрат Махаланобиса, равный 4 усл.ед.

Проекции средних показателей психологических параметров в трехмерное пространство обследуемых сравниваемых групп, относящихся к циклоидному и истероидному психотипам старшего подросткового возраста.



В процессе дискриминантного анализа было выявлено следующее взаимосочетание психологических маркеров:

- показатель психологической склонности к эмансипации – 17%;
- показатель психологической склонности к делинквентности – 17,4%;
- показатель женственности – 7%;
- показатель невротической депрессии – 12%;
- показатель невротизации – 7,7%;
- показатель конституциональной тревожности – 14,5%.

Обнаружение маркеров в процессе экспресс-диагностики при сплошном обследовании подростков общей популяции позволит более точно выделить представителей циклоидного или истероидного психотипов. Ошибки диагностики составляют в группе циклоидов 9,7%, в группе истероидов – 30%.

Сравнительный психолого-математический анализ групп старших подростков, относящихся к циклоидному и эпиптоидному психотипам показал следующие отличия между сравниваемыми группами.

Линейная дискриминантная функция, позволяющая использовать ее в качестве шкалы дифференциальной диагностики, имеет следующий вид:

$$Y=0,25X_1+0,31X_2-0,1X_3+0,11X_4-0,19X_5-0,28X_6-0,19X_7-0,23X_8-0,02X_9+0,08X_{10}+0,1X_{11}+0,3X_{12}+0,03X_{13}+0,02X_{14}+0,18X_{15}-0,02X_{16}+0,07X_{17},$$

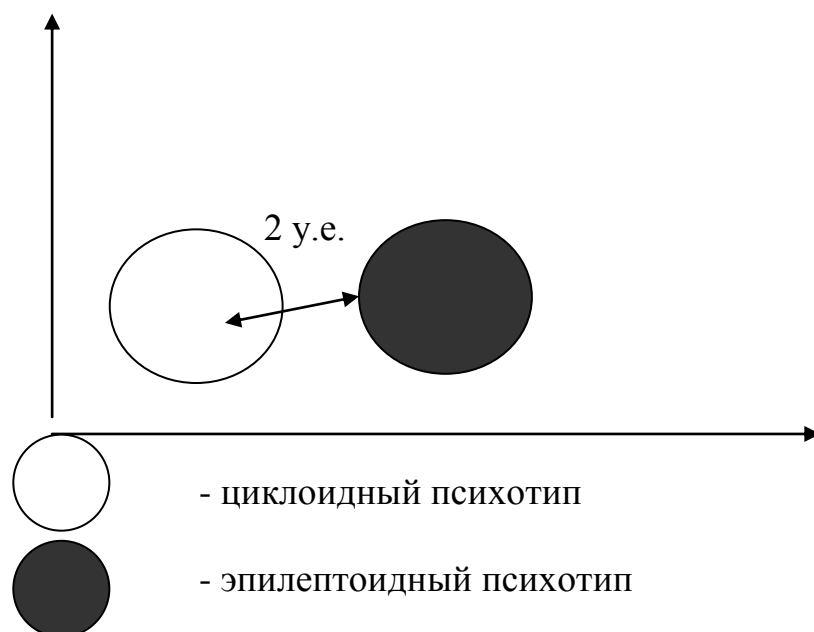
где X – конкретное значение психологических параметров.

Если арифметическая сумма Y будет больше дискриминантного индекса R , то результаты конкретного обследуемого, мы должны будем отнести к представителям циклоидного психотипа. Если арифметическая сумма Y , будет меньше дискриминантного индекса R , то результаты обследуемого мы отнесем к представителям эпилептоидного психотипа.

При визуализации результатов психологических исследований обращает на себя внимание относительно невысокое значение квадрата Махаланобиса, отражающего расстояние между центрами проекций сравниваемых групп, равное 2 усл.ед.

Рис №12

Проекции средних показателей психологических параметров в трехмерное пространство обследуемых сравниваемых групп, относящихся к циклоидному и эпилептоидному психотипам старшего подросткового возраста.



Следующее взаимосочетание психологических маркеров было выявлено в процессе дискриминантного анализа:

- показатель психологической склонности к эмансипации – 7%;
- показатель психологической склонности к алкоголизации – 39%;
- показатель мужественности – 9%;
- показатель ситуативной тревоги – 8%;
- показатель невротизации – 12,6%;
- показатель экстра-интроверсии – 9,7%.

Полученные различия достоверны. Процент возможных ошибок в группе циклоидов составляет 19,5%, в группе эпилептоидов – 21,2%.

Экспериментально-психологические исследования, проведенные на подростках младшего подросткового возраста (11-13 лет) и старшего подросткового возраста (14-16 лет) продемонстрировали возможность выделения личностных психотипов как среди младших, так и среди старших подростков с конституционально-обусловленной недостаточностью высшей нервной деятельности на высокодостоверном уровне. Получены линейные дискриминантные функции, представляющие собой шкалы дифференциальной диагностики, которые возможно применять в качестве экспресс-диагностики при сплошных обследованиях подростков с признаками конституционально-обусловленной органической недостаточности мозга.

В процессе психолого-математического анализа для каждой сравниваемой группы были выявлены взаимосочетания психологических маркеров, позволяющие дифференцировать представителей одного психотипа от другого.

Визуализация результатов экспериментально-психологического исследования позволяет наглядно убедиться и продемонстрировать специалистам более существенные или менее существенные различия между сравниваемыми психотипами.

Патогенетическая оценка выявленных взаимосочетаний психологических маркеров в группе младших и старших подростков позволяет предположить конституционально-типологическую недостаточность не только высшей нерв-

ной деятельности, но и личности, что указывает на вероятностную аномальную личностную изменчивость органического происхождения.

На конституционально-типологическую недостаточность высшей нервной деятельности и личности указывают взаимосочетания маркеров, которые отражают не только психологическую склонность к тому или иному стереотипу девиантного поведения, но и подчеркивают «спаянность» с показателями конституциональной тревожности, ситуационной тревожности, или с клиническими шкалами в виде невротической депрессии, астенизации и т.д.

На примере результатов, приведенных в 1 разделе настоящего пособия, мы убеждаемся в том, что приведенные выше взаимосочетания отражают аномальную личностную изменчивость в конституционально-континуальном пространстве.

Таким образом, при сплошном экспериментально-психологическом обследовании младших и старших подростков, среди которых предварительно на клинико-психопатологическом уровне были выявлены обследуемые с конституционально-обусловленной органической недостаточностью мозга, с помощью непараметрической математической статистики удалось выделить личностные психотипы, дифференцировать их между собой и подтвердить вероятность формирования аномальной личностной изменчивости на основе конституционально-типологической недостаточности высшей нервной деятельности и личности. Полученные результаты оправдывают и подтверждают предположения как известных психологов (Л.С. Выготский, А.В. Брушлинский, Б.С. Братусь), так и не менее известных клиницистов (В.В. Ковалев, А.Е. Личко, Г.К. Ушаков, Ю.В. Попов) о вероятностной возможности формирования аномальной личностной изменчивости в конституционально-континуальном пространстве от акцентуаций до психопатий органического происхождения.

Результаты настоящих исследований предоставляют возможность клиническим психологам, психологам, психотерапевтам, психиатрам, детским и подростковым психиатрам подтвердить или опровергнуть с помощью экспериментально-психологических исследований наличие конституционально-типологи-

ческой недостаточности высшей нервной деятельности и личности, предполагая органическую недостаточность мозга, способствующую формированию аномальной личностной изменчивости. Не менее важным практическим результатом приведенных исследований является адекватный выбор тактики и стратегии психотерапии, индивидуальных подходов к психокоррекции, а, главное, на что с нашей точки зрения в первую очередь должны обратить внимание специалисты и студенты, так это на необходимость комплексной и комбинированной патогенетической конституционально-ориентированной психофармакотерапии и всех методов, сутью которых является апелляция к личности и реконструкция сложившихся дисгармоничных отношений личности, в основе которых лежит аномальная личностная изменчивость органического происхождения.

Раздел 5. Психологическая профилактика и психотерапия отклоняющегося поведения у детей и подростков с органической недостаточностью мозга

5.1. Первичная профилактика отклоняющегося поведения

Профилактические мероприятия, связанные с предупреждением личностных и поведенческих расстройств у детей и подростков с органической недостаточностью мозга включают клинические и психологические аспекты профилактики. Клинические аспекты профилактики включают первичную и вторичную профилактику. Первичная профилактика отклоняющегося поведения содержит мероприятия по предупреждению резидуально-органической недостаточности мозга у детей и состоит из следующих мероприятий:

1) Меры по предупреждению ante- и перинатальной патологии плода и новорожденных: охрана здоровья будущих матерей и беременных, оптимальная организация наблюдения за беременными и профилактика осложнений беременности, предупреждение родового травматизма, инфицирования плода и новорожденного и т.п.

2) Организация “школ” для будущих мам, в которых знакомят с симптомами - “предвестниками” отклоняющегося поведения и рекомендациями по тому, к каким специалистам необходимо обращаться в случаях выявления тех или иных отклонений в раннем развитии ребенка.

Вторичная профилактика состоит из следующих мер предупреждения отклоняющегося поведения:

1) Ранняя диагностика и своевременное лечение перинатальной церебральной патологии.

2) Меры по снижению соматической и инфекционной заболеваемости детей в первые годы жизни.

3) Рекомендации по медицинской коррекции в случаях выявленной патологии поведения, психических расстройств в дошкольном возрасте.

2. Раннее выявление признаков дизонтогенеза и дезадаптации и выяснение их причин включает:

1) Раннюю диагностику и коррекцию нарушений развития у детей. Медико-педагогическая коррекция при позднем появлении первых слов (после 1 года 3 мес.) или фраз (после 2 лет), нарушении фонологической системы языка, снижении памяти, развитии устной речи.

2) Индивидуальная подготовка к школе детей с органической недостаточностью мозга, включающая формирование мотивационно - эмоциональной готовности к обучению грамоте, развитие устной речи (устранение звукопроизносительных расстройств, накопление лексического запаса, устранение агграмматизмов речи, развитие связного высказывания), развитие фонематического восприятия и фонемного анализа и синтеза, развитие моторики общей, пальцев рук и артикуляторной, развитие памяти, внимания, мышления.

3) Работа с неблагополучными семьями и семьями детей, не посещающих детский сад: организация “школ” для родителей с преподаванием приемов подготовки ребенка к школе, развития у него необходимых сенсомоторных и речевых навыков. (А.Н. Корнев, 1997).

4) Выявление степени понимания родителями своих детей, сопереживания; взаимоотношения с родителями, нормативность отношений, социально-экономическое положение семьи.

5) Проблемы в школе, связанные с личностью учителя и его социометрическим статусом в классе и личностным отношением к успеваемости и факторам жизненных перспектив.

6) Взаимоотношения со сверстниками, друзьями, представителями противоположного пола (М.В. Горская, 1994).

3. Комплекс мероприятий по предупреждению нарушений школьных навыков включает воздействие логопеда и психолога:

1) Формирование функционального базиса навыков письма и чтения, счета.

2) Индивидуализация темпов и методов обучения.

3) Выявление и коррекция речевых и психических расстройств в рамках подготовки к школе.

4. Предупреждение патологического пубертатного криза включает: 1) выявление группы риска (анализ анамнестических данных, “ измененной почвы “, признаков дизонтогенеза и дезадаптации, факторов коморбидности, выявление пограничных нервно-психических расстройств нервной системы до подросткового возраста); 2) Работа с детьми группы риска, включающая программу по нейтрализации и коррекции личностных и поведенческих расстройств: обучение психогигиеническим навыкам поведения, развитие позитивного образа “Я”, чувства самоуважения, развитие способности критически мыслить, умения ставить социально значимые цели и принимать ответственные решения. умения делать здоровый выбор, чтобы стать социально-компетентными людьми.

Психологические аспекты профилактики отклоняющегося поведения включают: 1 - раннее выявление признаков дизонтогенеза и дезадаптации; 2 - раннее выявление предрасположенности и проведение комплекса предупредительных мер по нарушению школьных навыков (чтения, письма, письменной речи, счета), 3 - предупреждение патологического пубертатного криза путем выявления группы риска и проведения комплекса профилактических мероприятий.

Раннее выявление признаков дизонтогенеза и дезадаптации и выявление их причин состоит из следующих мер предупреждения:

1) Ранней диагностики и коррекции нарушений развития у детей. Медико-педагогическая коррекция при позднем появлении первых слов (после 1 года 3 мес.) или фраз (после 2 лет), нарушении фонологической системы языка, снижении памяти, развитии устной речи.

2) Индивидуальная подготовка к школе детей с органической недостаточностью мозга, включающая формирование мотивационно - эмоциональной готовности к обучению грамоте, развитие устной речи (устранение звукопроизносительных расстройств, накопление лексического запаса, устранение грамматизмов речи, развитие связного высказывания), развитие фонематического восприятия и фонемного анализа и синтеза, развитие моторики общей, паль-

цев рук и артикуляторной, развитие памяти, внимания, мышления. Необходимая коррекция клинического психолога, психолога - педагога и логопеда.

3) Работа с семьями детей, не посещающих детский сад: организация “школ” для родителей с преподаванием приемов подготовки ребенка к школе, развития у него необходимых сенсомоторных и речевых навыков, развитие памяти, внимания, мышления.

4) Работа с семьей, неблагополучными семьями. Выявление материального положения, социального положения семьи ребенка с отклоняющимся поведением, семейных традиций, стиль воспитания в семье (отсутствие единых требований к ребенку, жестокость родителей, безнаказанность, бесправие ребенка, отрицание самооценности ребенка, удовлетворение самооценности ребенка, злоупотребление родителями алкоголя, наркотиков и др., попустительское отношение родителей к употреблению детьми психоактивных веществ.

5) Выявление степени понимания родителями своих детей, сопереживания; взаимоотношения с родителями, нормативность отношений, социально-экономическое положение семьи.

6) Выявление факторов риска, идущих от организации внутришкольной жизни. Проблемы в школе, связанные с личностью учителя и его социометрическим статусом в классе и личностным отношением к успеваемости и факторам жизненных перспектив. Внедрение новых учебных программ.

7) Взаимоотношения со сверстниками, друзьями, представителями противоположного пола.

2. Комплекс мероприятий по предупреждению нарушений школьных навыков включает воздействие логопеда и психолога:

1) Формирование функционального базиса навыков письма и чтения, счета.

2) Индивидуализация темпов темпов и методов обучения.

3) Выявление и коррекция речевых и психических расстройств в рамках подготовки к школе.

3. Предупреждение патологического пубертатного криза включает: 1) выявление группы риска (анализ анамнестических данных, “ измененной почвы “, признаков дизонтогенеза и дезадаптации, факторов коморбидности, выявление пограничных нервно-психических расстройств нервной системы до подросткового возраста); 2) Работа с детьми группы риска, включающая программу по нейтрализации и коррекции личностных и поведенческих расстройств: обучение психогигиеническим навыкам поведения, развитие позитивного образа “Я”, чувства самоуважения, развитие способности критически мыслить, умения ставить социально значимые цели и принимать ответственные решения. умения делать здоровый выбор, чтобы стать социально-компетентными людьми; 3) индивидуальный подход к подросткам с агрессивнo-злобным настроением, девиантным поведением.

Работа по профилактике отклонений в развитии личности и поведении детей и подростков эффективна лишь в том случае, если осуществляется на основе: 1 - успешности учебной деятельности; 2 - эмоционально положительной, удовлетворяющей учащихся системы их взаимоотношений (со сверстниками, учителями, родителями); 3 - психологической защищенности, которое связано с гарантией социальной защищенности: знаниями учащимися своих прав и обязанностей, их неукоснительное соблюдение учителями и другими субъектами учебного и воспитательного процессов, психологическое и социальное равенство учащихся, исключаящее какую-либо дискриминацию их по любому признаку, соблюдение прав учащихся на индивидуальное своеобразие и самоопределение.

Выполнение этих требований позволяет проводить профилактическую работу со всеми группами и типами подростков путем дифференцированного и индивидуального подхода и ровного отношения ко всем учащимся (слабым, отстающим, запущенным, нуждающимся в особой помощи и внимании, относящимся к “группе риска“ и др.) в интегрированных условиях воспитания и обучения.

Совокупность всех требований и условий при оказываемой помощи детям и подросткам позволяет обеспечить равномерное развитие базисных структур личности и их проявлений в деятельности, поведении с учетом индивидуальных темпов и вариантов личного развития.

5.2. Психопрофилактика, психотерапия и психокоррекция отклоняющегося поведения у детей и подростков с органической недостаточностью мозга

Психогигиена и психопрофилактика детей и подростков, родившихся с негрубыми последствиями патологии беременности и родов (минимальная мозговая дисфункция), структурирована и подробно описана Ю.С. Шевченко (1995)¹. Мероприятия, предлагаемые автором, направлены на психопрофилактику первичных дизонтогенетических проявлений (двигательной гиперактивности, расторможенности и дефицита активного внимания, неусидчивость, импульсивность, слабость самоконтроля), вторичных дизонтогенетических симптомов (протестное поведение, агрессивность, негативизм, страхи) и предупреждение третичных дизонтогенетических расстройств в виде аномального формирования характера и личности.

Профилактика любых расстройств и заболеваний подразделяется, согласно классификации Всемирной Организации Здравоохранения, на первичную, которая заключается в устранении основных этиологических факторов, имеющих отношение к указанным расстройствам, вторичную – предупреждение неблагоприятной динамики возникшего расстройства. Она заключается в раннем выявлении предрасположенности к тому или иному нарушению и проведении комплекса предупредительных мер. Третичная психопрофилактика – это предупреждение неблагоприятных социальных последствий.

К первичной психопрофилактике относятся следующие мероприятия: меры по предупреждению анте- и перинатальной патологии плода и новорожденного: охрана здоровья будущих матерей и беременных, оптимальная организация наблюдения за беременными и профилактика беременности, преду-

прежде родового травматизма, инфицирования плода и новорожденного и т.п. Меры по снижению соматической и инфекционной заболеваемости детей в первые годы жизни. Ранняя диагностика и своевременное фармакологическое лечение перинатальной церебральной патологии.

1. Настоящий раздел, в особенности рекомендации, даны в оригинальной трактовке автора.

Первичная профилактика неврозов и психогенных расстройств личности, формирующихся на основе аномальной личностной изменчивости в значительной мере совпадает с общими психогигиеническими мероприятиями, которые обеспечивают правильное воспитание ребенка в семье и в организованных детских коллективах, предупреждают возникновение у него состояния эмоционального перенапряжения (стресса). Основная роль в организации психогигиенического подхода к детям раннего и дошкольного возраста принадлежит врачам-педиатрам и воспитателям дошкольных учреждений, которые должны представлять особенности психического развития детей этих возрастных периодов.

Решающая роль в формировании личности и характера ребенка раннего и дошкольного возраста принадлежит семейному воспитанию. Существуют различные формы патологических отклонений в формировании личности под влиянием неправильного воспитания. В условиях гипоопеки (недостаточного воспитательного воздействия) ребенок испытывает к себе чисто формальное отношение со стороны родителей, он чувствует, что близкие тяготятся им, что им не до него, он брошен на произвол улицы и сам распоряжается своим временем. Даже если близкие покупают игрушки, то в основе лежит желание родителей показать окружающим свое формально хорошее отношение. Ребенок не чувствует эмоциональной теплоты, потребности у взрослых общаться с ним, по этому у таких детей в той или иной степени задерживается формирование навыков опрятности, самообслуживания, речи, игровой деятельности. Несмотря на наличие фразовой речи, дети мало ею пользуются, заменяют ее вырази-

тельной жестикуляцией или криками. Их игровая деятельность однообразна и бедна по содержанию. Нередко запаздывает развитие интереса к содержанию и иллюстрациям книг для детей.

Гипоопека и безнадзорность, как правило, наблюдаются в неполных семьях (с отсутствием одного из родителей), в семьях, где родители находятся в конфликтных отношениях, злоупотребляют алкоголем, ведут аморальный образ жизни. Причиной гипоопеки может являться нежелание или невозможность родителей уделять внимание и время воспитанию детей, которые рассматриваются как помеха достижению личностных эгоистических целей. Эти дети рождены не вовремя с точки зрения родителей (учеба, сложная работа, ответственный этап карьеры) или похожи на опостылевшего родителя (мать или отца), тогда они исключены из сферы эмоциональных переживаний, такие дети не интересны родителям, по крайней мере одному из них. В условиях гипоопеки дети лишены моторного, сенсорного и эмоционального контактов с матерью, отцом, т.е. они в раннем детстве переживают определенную психологическую депривацию.

Дети, растущие в условиях гипоопеки и безнадзорности, часто не умеют вести себя в коллективе сверстников и взрослых. При поступлении их в ясли и детский сад сторонятся других детей, не принимают участия в общих играх, забиваются в угол, аутизируются. Другие проявляют угрюмость, злобность, агрессивность, отсутствие чувства дистанции по отношению к взрослым, нездоровое любопытство к интимным взаимоотношениям взрослых. Иногда у детей старшего дошкольного возраста обнаруживаются неискренность, лживость.

В младшем школьном возрасте эта форма неправильного воспитания ведет к неподготовленности к школе. Недостаток навыков и сведений, слабость школьных интересов, с которыми ребенок приступает к обучению, приводят к систематической неуспеваемости, что, к сожалению, учителями часто квалифицируется не как педагогическая запущенность, а как проявление субдебилности.

Чрезмерно строгие требования взрослых к соблюдению навыков опрятности вызывают нарушения опрятности – энкопрез, энурез, различные сопутствующие невротические расстройства – страхи, расстройства сна и т.д.

В подростковом возрасте при данном типе неправильного воспитания могут появиться трудности поведения, склонность к вредным привычкам (курение, употребление алкогольных напитков и др.). Нередко отмечается незрелость и недостаточность нравственных установок (чувство долга, ответственности, стремления к добру и т.п.), что может стать источником асоциального поведения, правонарушений.

Естественно предположить, что описанный контингент детей имеет все основания для формирования конституционально-типологической аномальной личностной изменчивости, когда имеются и биологические, и микросоциально-психологические предпосылки для становления пограничной аномальной личности или же мы наблюдаем микросоциальные условия, способствующие негативному дрейфу личностно-психологических особенностей от диапазона нормы акцентуации к диапазону пограничной аномальной личности в конституционально-континуальном пространстве.

Часто родители при этом типе неправильного воспитания пытаются добиться повышенных успехов в школе без учета реальных возможностей ребенка, заставляют переписывать по несколько раз домашнее задание, добиваясь безошибочного каллиграфически правильного выполнения, заставляют засиживаться за уроками, заниматься нелюбимым делом (насиленно обучают музыке или нелюбимому виду спорта), ограничивая свободное время, в ущерб отдыху, играм. Часто взрослые переносят на ребенка свои неосуществленные желания, например, в изучении иностранного языка и т.д. Необоснованное повышение требований к учебным показателям школьника часто ведет к отрицательным последствиям в виде стойкого снижения успеваемости, отказа от посещения школы. Постоянное чувство напряжения и страха может вызвать различные невротические расстройства: повышенную утомляемость, нарушения аппетита, сна, головные боли, боли в животе, рвоты и др.

Родители подростка при такой форме неправильного воспитания проявляют мелочную опеку за поведением подростка, запрещают всякое проявление самостоятельности, публично ущемляют достоинство подростков, не учитывая ранимости их самолюбия. Эти ошибочные воспитательные воздействия могут стать источником реакций протеста против родительского деспотизма, что проявляется грубостью, невыполнением требований родителей, отказами от приема пищи, уходами из дома, агрессивным поведением по отношению к родителям, а в некоторых случаях – попытками к самоубийству.

Воспитание по типу «кумир семьи», когда ребенок становится объектом общего обожания и восхищения, а все его желания и капризы немедленно исполняются. В раннем и предшкольном возрасте фиксируются и гипертрофируются естественные для этого возраста проявления негативизма. В ответ на запрещение у этих детей часто возникают примитивные истерические реакции: падение на пол, беспорядочные движения конечностей, громкий крик и плач. Постепенно такой ребенок превращается в деспота, которому подчинена вся жизнь в семье.

Ребенку внушается, что он самый лучший, самый красивый, самый умный, его наделяют несуществующими способностями, гипертрофированно, утрированно оценивая его успехи в живописи, поэзии, спорте. Стоит нарисовать безобразного носорога или цветок, а в ответ неподдельное восхищение, убеждения в талантливости, одаренности, которой лишены другие дети. Такой ребенок, покидая домашнюю атмосферу всеобщего обожания и перемещаясь на улицу, встречает весьма сдержанное, ироничное, порой доходящее до сарказма отношение со стороны сверстников. Вместо признания – насмешки и издевательства. Формируется весьма противоречивый внутренний конфликт, в котором «правда» остается за домашними. В подобной ситуации и взрослому трудно признать, что у него нет признаков таланта, особых способностей, а уже ребенку и подавно. В душе формируется жизненный постулат: «Они мне должны, они обязаны для меня» и т.д.

В школьном возрасте такие дети ждут от учителей и сверстников повышенных оценок своей учебы, своей внешности, своих способностей, чего практически никогда не получают. Именно поэтому они не могут установить товарищеских отношений со сверстниками, претендуют на командные роли в коллективе не разобравшись и не поняв сути сложившейся психологической иерархии в классе. В силу эгоистических установок у таких детей не развито стремление к взаимопомощи, чувства товарищества, детской или подростковой ответственности перед сверстниками. У них нет уступчивости, искренней доброжелательности, они не умеют считаться с интересами коллектива. С возрастом, в силу культивируемого у детей сознания своей исключительности, все более заметным становится стремление выделиться, привлечь к себе внимание окружающих, «жажда признания и лидерства».

В подростковом возрасте у девочек при этом типе воспитания нередко наблюдается повышенный интерес к нарядам, косметике, к флирту и интимной сфере человеческих отношений. Не считаясь с реальными возможностями семьи, здоровьем родных, они требуют денежных расходов, исполнения своих желаний, нередко в ущерб близким.

При правильном воспитании используются разумные средства поощрения, порицания и наказания. Совершенный ребенком проступок должен быть разумно наказан в виде ограничений или временной отмены развлечений и удовольствий. Возможен отказ родителей в течение определенного времени разговаривать с ребенком, временный переход в общении с ним на сухой, неласковый тон, использование приема "поставить ребенка в угол" и т.п. Не рекомендуется использовать в качестве воспитательных мер постоянные замечания, запрещения, угрозы и наказания. Нельзя запугивать ребенка. Не следует и потакать необоснованным требованиям и капризам детей, создавать вокруг них тепличную обстановку: в присутствии детей восхищаться их поведением, ограждать их от житейских трудностей, конфликтов.

При невозможности изменить условия воспитания или устранить психотравмирующую ситуацию целесообразно изъятие ребенка из данной неблаго-

приятной среды и помещению его в дошкольные учреждения (ясли, детские сады, интернаты). Полноценное замещение родительского, прежде всего материнского, воспитания детей младшего возраста в условиях детских учреждений требует достаточно штатного комплектования и, самое главное, определенных личностных качеств и высокой педагогической квалификации персонала учреждений. В противном случае у детей возникает эмоциональная депривация, которая является источником невротических и различных психосоматических расстройств.

В данном случае мы сталкиваемся с конституциональной предрасположенностью, на которую наслаиваются деструктивная система воспитания. Конституционально-типологическая личностная недостаточность как «ключ к замку» подходит к неправильной системе воспитания и дети часто бывают «обречены» на негативный дрейф личностно-характерологических особенностей к диапазону пограничной аномальной личности. В последующем мы часто являемся свидетелями патологических пубертатных кризов, развития неврозов, различных форм «краевой» психопатии по О.В. Кербинову на основе пограничной аномальной личности (О.А. Ахвердова, 1998; И.В. Боев, 1999).

Еще одним типом неправильного воспитания является изнеживающее, «оранжерейное» воспитание (гиперпротекция)», для которого характерны чрезмерная забота о ребенке с постоянным стремлением оградить его от любых трудностей, преувеличенная тревожность по поводу его здоровья. В этом случае детей не приучают к самостоятельности, предупреждают каждое их действие и желание, закармливают, кутают, стараются вместо ребенка выполнять многое из того, что он мог сделать бы сам, ограничивают проявления естественной инициативы. В таких условиях воспитания дети могут вплоть до школьного возраста не иметь достаточно сформированных навыков самообслуживания: не уметь самостоятельно есть, одеваться, заправлять постель. В школьном возрасте родители делают за ребенка домашние задания, вмешиваются в любые, даже незначительные конфликты ребенка со сверстниками, на-

стаивают на особом снисходительном отношении к нему со стороны педагогов, снижении требований, постоянно сопровождают его в школу.

Подобные ошибочные воспитательные приемы ведут к закреплению не-самостоятельности, пассивности, неуверенности в себе, безволия, особенно в отношениях со сверстниками и взрослыми вне семьи. Вырабатывается поведение, свойственное детям более младшего возраста (инфантилизм). У таких детей часто повышенные опасения по поводу своего здоровья, а также здоровья близких, легко формируются ипохондрические идеи и переживания. В семье эти дети проявляют эгоизм и повышенные требования к родителям.

«Оранжевое» воспитание и в этом случае наслаивается на конституционально-типологическую недостаточность высшей нервной деятельности и/или личности, что служит причиной фиксации дисгармонических личностно-характерологических взаимоотношений, когда «хочу» преобладает над «надо», толерантность к психогенным воздействиям крайне низка. Подобные условия облегчают и сокращают время негативного дрейфа личностно-характерологического сплава из диапазона нормы в диапазон пограничной аномальной личности.

Беседа с родителями о правильном воспитании ребенка, в психическом развитии которого отмечаются признаки отрицательного влияния семейной среды, может способствовать устранению ошибок воспитания, сгладить их неблагоприятное воздействие на психику ребенка. Для выбора рекомендаций по изменению «психологической атмосферы» в семье, в целях направленного влияния на поведение ребенка, важно исходить из учета психологических отношений в семье. Устанавливается, кто из родителей занимает доминирующее психологическое положение в семье, выясняется характер взаимоотношений родителей между собой, психологическое ребенка в семье и др. факторы.

Необходимо учитывать психологический микроклимат в естественно складывающихся группировках детей, взаимоотношения внутри них и между ними. Целесообразно учитывать мнения детей друг о друге, наличие лидеров в группе и другие социально-психологические моменты. Выяснение психологии

детского коллектива способствует предупреждению конфликтов между группировками детей и отдельными детьми, предупреждает возникновение психологических напряжений, связанных с неправильным распределением общественных поручений и другими мероприятиями в коллективе, что имеет важное значение для создания благоприятной психологической атмосферы и снимает возможное эмоциональное перенапряжение.

Дети, имеющие органическую недостаточность мозга, нуждаются в особом педагогическом подходе. Тактика педагога в этих случаях должна определяться особенностями измененного психического развития ребенка. Важная роль при этом принадлежит клиническому психологу, школьному врачу и психологу, которые могут помочь педагогу-логопеду, учителям выбрать более рациональный метод воздействия для педагогической коррекции нарушений (предоставление дополнительного отдыха ребенку с проявлениями физического и умственного переутомления: акцентирование положительных сторон личности детей с трудностями поведения; предупреждение неправильной ответной реакции сверстников и др.). Недоучет основных принципов и приемов педагогической работы с данным контингентом детей и подростков, вызывает педагогические ошибки, которые могут усилить патологические черты личности ребенка.

К педагогическим ошибкам относятся: подчеркивание недостатков ребенка, его школьных неудач, пренебрежительный тон замечаний, угрозы, насмешки над детьми с физическими дефектами и нарушениями речи. Все эти ошибочные педагогические приемы могут явиться причиной эмоциональных потрясений, возникновения у детей и подростков невротических реакций, реактивной депрессии, патологических форм поведения в форме реакций протеста, уходов из школы, попыток самоубийства.

Важными разделами психогигиенической работы являются психогигиена школьного обучения и умственного труда школьников. Правильное использование требований психогигиены в педагогическом процессе, с учетом возрастных особенностей ребенка играет большую роль как в адаптации его в школе

и повышении продуктивности усвоения им школьной программы, так и в предупреждении умственного и эмоционального переутомления, связанных с неудачами в школьной жизни.

Необходимо учитывать периоды смены сложившихся жизненных стереотипов: поступление ребенка в первый класс, переход ребенка к предметному обучению разными преподавателями. Особенно подвержены трудностям приспособления к новым преподавателям, новым жизненным стереотипам дети и подростки, имеющие органическую недостаточность мозга, относящиеся к диапазону пограничной аномальной личности.

Важная роль в предупреждении дезадаптации данного контингента детей и подростков принадлежит индивидуализированному подходу и соответствующей работе с педагогами, работающими с этими детьми. Помощь классному руководителю в этой работе может оказать клинический психолог и школьный врач, которые при консультативной помощи детского психиатра и непосредственном взаимодействии со школьным психологом и логопедом должны заблаговременно выделить детей и подростков, у которых есть угроза срыва.

В старших классах важную роль играет правильное отношение педагога к подростку, построенное с учетом особенностей психологии юношеского возраста (болезненное самолюбие, скептицизм к авторитетам, к окружающим взрослым, недостаточная критичность к себе, сочетание ранимости и сентиментальности с холодностью, обостренное восприятие несправедливости и др.).

Игнорирование психологических особенностей подростка, недостаток педагогического такта по отношению к нему, ущемление еще незрелого, но обостренного чувства собственного достоинства подростка непродуманным действием или обидным замечанием могут нарушить контакт между педагогом и школьником, привести к прогулам, нарушениям дисциплины, отказу от посещения школы, что иногда вызывает педагогическую и социальную запущенность подростка.

Важное место в системе психогигиены детей и подростков с органической недостаточностью мозга занимает гигиена умственного труда школьника. В целях предупреждения умственного переутомления педагогический процесс в начальных классах должен строиться с учетом таких особенностей высшей нервной деятельности детей младшего школьного возраста как недостаточная сила активного коркового торможения, склонность нервных процессов к генерализации и развитию запредельного торможения при действии однообразных раздражителей. Это диктует необходимость планировать урок таким образом, чтобы он состоял из сравнительно коротких по времени этапов (до 10 минут) с разным характером деятельности ребенка в каждом из них. Продолжительность периодов однородной деятельности по мере течения урока должна сокращаться. Важным условием предупреждения развития утомления на уроках является определенный уровень эмоциональной заряженности материала, введение игрового элемента, включение в урок физкультминутки.

Во время перемен необходимо использовать положительное влияние смены умственного труда умеренной физической нагрузкой, обеспечивающей ребенку двигательную разрядку.

Определенное психогигиеническое значение принадлежит организации внешней среды в школе – это экологические, гигиенические требования, общая психологическая и воспитательная атмосфера школы (взаимоотношения преподавателей, их отношения с администрацией, общешкольные мероприятия – утренники, концерты, походы и т.п.), согласованность действий педагогов, психологов, логопеда, школьного медицинского персонала.

К кругу вопросов психогигиены и психопрофилактики детей и подростков с органической недостаточностью мозга относится также организация режима внешкольного времени - активный отдых на воздухе, чередующийся с временем, отводимым на приготовление домашних заданий, чтение литературы, проведение досуга (кружки, спортивные секции, студии, туризм и др.), исходя из особенностей характера и склонностей школьника.

Особое место в психогигиене подростков занимает психогигиена полового воспитания. При отсутствии последовательной и адекватной возрасту подготовки к пониманию вопросов половой жизни столкновение юноши и девушки с реальностью может вызвать отрицательную реакцию, закрепление которой нередко тормозит вступление в нормальную половую жизнь и становится источником длительного внутреннего конфликта, ведущего к невротическим расстройствам.

Важным моментом психогигиены полового воспитания является своевременное разъяснение родителями подростку природы и характера физиологических изменений, связанных с наступлением полового созревания. Неподготовленность подростка к этим естественным процессам может вызвать у него мысли о возможной болезни, усилить сопутствующие им раздражительность, изменения настроения и другие отклонения.

Недифференцированность полового влечения у подростков нередко ведет к появлению сексуального интереса к представителям не только противоположного, но и того же пола. Обычно этот интерес носит преходящий, временный характер и сменяется гетеросексуальной направленностью полового чувства. При возникновении у подростка полового удовлетворения при близости с лицом одноименного пола (вследствие «сексуальной игры» со сверстниками, при случайном совместном пребывании в постели, при соприкосновении взрослыми того же пола и др.) возможно закрепление чувства, сопровождающего первый сексуальный опыт и появление гомосексуальных тенденций, особенно в условиях ограниченных возможностей общения с подростками противоположного пола.

Особенно пагубны подобные ситуации для представителей истероидного и эпилептоидного психотипов, у которых выше вероятностный риск развития сексуальных девиаций. Очень часто подростки длительное время сохраняют все признаки принадлежности к диапазону психологической и психической нормы – акцентуации в конституционально-континуальном пространстве (И.В. Боев, 2000). Негативный дрейф в сторону диапазона пограничной аномальной

личности возможен лишь при развитии информационно-стрессовой психотравмирующей ситуации, связанной с проблематикой интимных отношений.

Раннему пробуждению сексуальности у детей способствуют их сон в одной постели со взрослыми, мытье подростка-мальчика в ванне с матерью или сестрой, ласки и поцелуи. В связи с половым созреванием у подростков возможно возникновение повышенного полового влечения, что может выразиться в мастурбации. Запугивание подростка и неоправданные угрозы непоправимых последствий данной вредной привычки не только ошибочны, но и могут быть источником вторичных невротических расстройств в связи с чувством вины и боязнью болезни или «половой неполноценности». Онанизм у подростков в основном рассматривается как распространенное преходящее явление. Его ликвидации способствуют занятия спортом, пребывание на воздухе, стимулирование доступных возрасту интеллектуальных, художественных интересов.

Целям правильного полового воспитания подростков служит преподавание анатомии и физиологии человека в старших классах. Целесообразно общие занятия со всем классом дополнять факультативными занятиями с девушками и юношами в целях ознакомления их со специфическими вопросами физиологии и гигиены, связанными с особенностями пола.

Важным аспектом является психогигиеническое просвещение населения (родителей, воспитателей и детей, подростков). Формами психогигиенического просвещения являются лекции для родителей и педагогов.

Вторичная профилактика включает предупреждение неблагоприятного течения психических расстройств, органической недостаточности высшей нервной деятельности. Педиатр, клинический психолог, педагог, знакомые с начальными, стертыми проявлениями этих расстройств, могут оказать неоценимую услугу детскому психиатру и психоневрологу в раннем выявлении психических расстройств и заболеваний.

Одним из основных организационных средств раннего выявления расстройств, обусловленных органической недостаточностью мозга у детей и подростков является система профилактических осмотров 3-х возрастных групп:

детей, поступающих в дошкольные детские учреждения, дошкольников перед приемом в школу и учащиеся 14-15 лет.

Основные функции в осуществлении мероприятий третичной психопрофилактики принадлежит детскому психиатру и клиническому психологу, но не могут быть достаточно эффективными без всесторонней помощи и непосредственного участия педиатра, педагога-дефектолога или логопеда.

Школьная дезадаптация или нарушение приспособление к школьному обучению – сложное явление, имеющее мультифакторное происхождение. Адекватная лечебно-педагогическая и коррекционно-психологическая помощь возможны лишь на фоне специализированных медицинских мероприятий, осуществляемых. Комплексное медико-психолого-педагогическое изучение причин неуспеваемости и отклонений в поведении позволяет выявить детей с трудностями школьной адаптации, с начальными проявлениями нервно-психических заболеваний, детей со стертыми и скрытыми дефектами речевой деятельности, пространственного восприятия и т.д. Своевременные коррекционно-педагогические и лечебные мероприятия предупреждают возникновение и развитие педагогической и социальной запущенности.

Детям с органической недостаточностью высшей нервной деятельности должна применяться система патогенетической интенсивной комплексной психофармакотерапии (И.В. Боев, 1992), которая включает применение сложных фармакологических композиций при инфузионном введении. Состав сложных фармакологических композиций представлен препаратами из различных фармакологических групп, адресованных к отдельным патогенетическим звеньям экзогенеза (ангиопротекторы, ноотропы, транквилизаторы, минеральные соединения и пр.). Патогенетическая интенсивная комплексная психофармакотерапия должна проводиться не менее один раз в 6 месяцев с целью хронобиологического воздействия на патогенетические звенья экзогенеза. В промежутке между курсами интенсивной терапии детям и подросткам должна быть назначена стратегическая патогенетическая поддерживающая терапия, состоящая из препаратов, стабилизирующих и восстанавливающих мозговую

гомеостаз. При наличии признаков органической недостаточности мозга подобная система психофармакотерапии должна применяться не менее 2-3 лет квалифицированным детским, подростковым психиатром в тандеме с клиническим психологом, психотерапевтом. Психологи, логопеды, учителя, обнаружившие клинические признаки органической недостаточности мозга у ребенка должны обратиться к клиническому психологу или напрямую к детскому подростковому психиатру, который, в случае подтверждения диагноза, имеет все основания обратиться к системе патогенетической комплексной психофармакотерапии и далее к стратегической патогенетической поддерживающей терапии. В случае игнорирования комплексного психологического, психотерапевтического и психиатрического подходов к данной проблеме весьма высоки шансы на формирование аномальной личностной изменчивости, детерминированной конституционально-типологической недостаточности высшей нервной деятельности и личности (Н.Н. Волоскова, И.В. Боев, О.А. Минаева, 2001).

5.3. Концепция сотрудничества в психологическом консультировании

Чрезвычайно важным в случаях школьной дезадаптации является психологическое консультирование родителей, учителей, воспитателей по поводу детей, имеющих проблемы в обучении, поведении. О.Н. Усанова (1995)¹ предложила концепцию сотрудничества в психологическом консультировании, разработанную на основе теории К.Роджерса.

1. Настоящая часть раздела представлена в оригинальной авторской интерпретации.

При сотрудничестве все участники консультации выступают в роли партнеров, что придает их позициям активность и параллельность. По мнению автора, консультирование означает ведение диалога по определенным правилам для достижения определенной цели. Важно влиять на внутреннюю позицию человека, на его убеждения. В диалоге выясняется субъективный смысл дейст-

вий консультируемого, на основе полученных результатов формулируют варианты решений.

При сотрудничестве в консультировании детерминанты взаимодействия обусловлены симметричной параллельной взаимосвязью консультанта и консультируемого и взаимной акцепцией. Задача консультанта – совместно с клиентом выработать пути для решения проблемы. Консультант помогает человеку, чтобы потом он сам мог себе помочь. В этом процессе консультант как лицо, обученное действиям по такой методике, имеет особую задачу и несет особую ответственность.

Изменение степени активности партнеров увеличивает возможность решения основной задачи консультанта – найти оптимальный путь решения проблемы совместно с ребенком, родителями или учителями. Такой подход к определению позиций участников консультирования усиливает точное распределение ролей (консультант и консультируемый), при котором возникают новые акценты в деятельности консультанта.

В рамках излагаемой концепции сотрудничества в консультировании человек рассматривается как целостная, активная, относительно автономная личность, вступающая в коммуникативные отношения с окружающими, получающая возможность реализовать свои способности размышлять, переживать, действовать, вербализировать собственные действия и переживания, рефлексировать.

Важной теоретической основой сотрудничества в консультировании является концепция действительности, представления о том, как субъект приходит к самоощущению и мировосприятию.

По мнению О.Н.Усановой, действительность для человека является всегда субъективно сконструированной реальностью. Любая ситуация представляет собой конструкцию субъекта, который эту действительность отражает, то есть ситуация – это индивидуальная картина мира и самого себя. Это означает, что человек действует не столько на основании информации, которую он получает от окружающей среды, сколько на основании созданных им внутренних

образов, представлений, идей о мире, о себе самом. Такое видение себя и мира как внутренняя основа управления человеком своими действиями возникает в общем контексте актуальности, социальной и исторической обусловленности индивидуума. Рефлексивность субъекта обеспечивает ему возможность непосредственного отражения и реконструирования субъективной картины мира и самого себя посредством устного и письменного оформления в языке.

Такая концепция действительности и субъективного ее отражения способствует организации процесса консультирования на всех его этапах. Важной составляющей анализируемой концепции выступает идея модели действия, которая строится человеком на основе его представлений о своем образе и об образе действительности.

Действие личности рассматривается нами как событие или система событий, связанных определенным контекстом и имеющих субъективное значение. Этот контекст специфичен тем, что действия личности обуславливаются связью одновременно со многими системами (семья, школа, друзья и т.д.). В связи с этим модель действия на основе понимания человека как рефлексивного субъекта в его системных отношениях не может представлять собой прямолинейной причинно-следственной связи. Скорее это циркулирующие процессы обратной связи между действующим лицом и участниками систем его взаимоотношений.

Наиболее эффективны следующие структуры действий:

1. Введение консультируемого в ситуацию.
2. Описание проблемы и реконструкция внутреннего мира ощущений и мыслей.
3. Смена ролей.
4. Анализ и выделение главной проблемы.
5. Выбор цели и принятие ее.
6. Разработка путей достижения цели.
7. Принятие решения.
8. Подготовка к осуществлению решения.

9. Психологическая поддержка консультируемого в процессе реализации решения.

Эти действия эффективно можно осуществлять при соблюдении определенных условий. Для консультирования выбирается удобное время, не провоцирующее торопливость в работе. Психолог и клиент занимают удобное положение в комфортном помещении. Проводится точное распределение ролей (есть консультант и консультируемый). Задача консультанта – перевести консультируемого от изложения жалоб к планированию конкретных действий по решению проблемы.

1. Введение консультируемого в ситуацию.

Клиенту объясняется процесс работы, заключается договор о конфиденциальности беседы (неразглашение его высказываний, обращение к третьим лицам только с разрешения клиента), обозначение прав клиента (он может задавать вопросы, имеет право отказаться от ответов на вопросы, если сочтет это нужным, может в любой момент прервать разговор).

Клиент должен понять, что к нему относятся серьезно, ему доверяют, а консультант защищает его интересы. При таких условиях клиент будет доверять консультанту, чем гарантируется одно из условий успешности консультирования. После решения этих вопросов переходят к описанию проблемы.

2. Описание проблемы и реконструкция внутреннего мира ощущений и мыслей.

Содержанием этого действия является рассказ клиента о том, зачем он пришел на консультацию. На этом этапе консультирования активно применяются методы ведения диалога-консенсуса. Необходимо следить за тем, чтобы проблема конкретизировалась на примере. Клиенту задаются вопросы, выявляющие, что произошло. Выясняется, что он думал и чувствовал в проблемной ситуации, пытался ли сам решить проблему, как это делал и как переживает эту проблему сейчас. В беседе используются разнообразные конструкции вопро-

сов, исключаяющие, однако, вопрос «почему», так как он обычно вызывает защитную реакцию. Психологу важно избежать позиции судьи и не допускать ситуаций, в которых клиент начинает оправдываться. В процессе разговора клиенту разъясняется, что ответами на вопрос он помогает психологу понять обсуждаемую проблему. Особенно важно такое разъяснение проводить при консультировании детей, подростков и взрослых с повышенной тревожностью.

При работе с детьми с проблемами в развитии можно использовать примитивный язык или пиктограммы с рисунками лица, выражающими эмоции. Ребенок в такой ситуации показывает по пиктограммам, что он ощущает (радость, слезы и т.д.). Для работы с детьми полезно применять проективные методы. Использование кукол, других игрушек, с помощью которых можно изобразить ситуацию школы и дома, помогает детям описать проблему, обозначить отношение к той или иной ситуации. Эффективным в некоторых случаях с детьми является метод психодрамы.

3. Смена ролей.

Предлагаемая модель консультирования исходит из представлений о том, что каждый человек имеет свое представление о мире. В работе с клиентом важно не только выйти на совет, но и определить, кто задействован в проблемной ситуации прямо или косвенно и с кем необходимо провести работу напрямую или опосредованно. Для этого в процессе консультирования происходит смена ролей, при которой каждый из участников проблемной ситуации как бы ставит себя на место другого человека и говорит о том, что этот «заменяемый», по его мнению, думает и переживает. Этим преследуется цель перехода клиента в новый мир внутренних переживаний, проникновение в мир другого человека, чтобы лучше его понять. Входя в образ другого человека, консультируемый реагирует на ситуацию в зависимости от своей системы ожиданий по отношению к данному человеку. Участники ситуации много узнают друг о друге, и на основе этого возможна первичная коррекция отношений и ситуации в целом.

4. Анализ и выделение главной проблемы.

Каждое консультирование предполагает решение только одной главной, выделенной клиентом проблемы. На этом этапе консультирования психолог выясняет основную конкретную проблему: что беспокоит клиента, что он хочет изменить. Для участников консультирования становится явным и понятным источники и причины обсуждаемых проблем, заинтересованность в них и ответственность отдельных лиц. При работе с детьми с нарушениями психического развития на этом этапе психолог привлекает их внимание к обсуждаемому поступку.

5. Выбор цели.

При решении проблемы психологу необходимо определить, к какому результату нужно привести клиента. А клиент при этом должен точно знать свои действия. Ему нужны точные представления, что он хочет изменить, он должен иметь внутреннюю установку на это изменение. Консультант на этом этапе пытается описать состояние, к которому хотел бы прийти клиент. Нужно определить конкретную формулировку цели, при которой консультируемый включает себя в круг активных лиц. Эту цель важно сформулировать письменно. Причем формулировку должен сделать клиент. Консультант помогает оформить ее в словах, но клиент должен знать, что это его формулировка, его смысл, его цель. Только в случае, когда клиент ощущает собственную принадлежность этой цели, дальнейшее воздействие успешно. Формулировка должна быть позитивной и должна содержать активную позицию клиента. Исходя из этой цели, ведется поиск решения.

6. Разработка путей достижения цели.

На этом этапе рассматривается, каким путем можно достичь цель, принять решение или выработать альтернативы и какие действия к этому приведут. Важно рассматривать этот шаг как совместную работу, при которой клиент

участвует в нахождении решения. В самом деле решение часто лежит на поверхности, но задача этого этапа – привлечь к нему клиента. Фиксируются любые предложения консультируемого, без обсуждения степени их реальности и возможности выполнения. Работа с клиентом идет в технике «мозгового штурма». Каждая из идей записывается на отдельном листочке. Важно, чтобы большинство решений формулировал клиент, и лишь немногие – консультант. По К.Роджерсу, консультант не должен давать прямых предложений. Они должны исходить от клиента. Допускаются в очень осторожной форме варианты советов в форме предложений («А не находите ли Вы возможным рассмотреть такой вариант?»).

На этапе нахождения решения нужно особенно внимательно рассмотреть идеи, которые выдвинул клиент, чтобы в случае их принятия активизировать ответственность клиента за выполнение. Психолог обращает внимание клиента на большое количество сформулированных идей решения и предлагает свою помощь в реализации этих идей («Если среди этих идей есть такие, где нужна моя помощь, я готов помочь»).

7. Принятие решения.

Основное содержание работы – выбор приемлемого для консультируемого решения. Технология состоит в том, что листы с записями идей ранжируются по группам (например, по трем группам, в зависимости от реальности принятия в момент обсуждения). Далее – конкретизация выбора. Идеи группы 3 откладываются в сторону. Идеи группы 2 еще раз рассматриваются. Часть из них перекладывается в первую группу, остальные убираются.

Основной итог работы на этом этапе – переход от внутренней идеи к внешнему действию, конкретизация действий.

8. Планирование и подготовка осуществления решения.

На этом этапе определяются и фиксируются конкретные шаги, которые приведут к цели, что и кто поможет осуществить идеи на практике. Выбирается

один из вариантов решения, обозначенных на предыдущем этапе. Психолог и клиент обсуждают, как будет осуществляться решение. Обсуждаются возможные препятствия и способы их преодоления. Знания консультанта важно связать с действиями консультируемого.

Для контроля действий заводится дневник, где отмечается, что и когда сделано. Для запоминания решений предлагается использовать записки, размещенные на видных местах, а для поддержания положительных эмоций ввести систему поощрений за –шаги по продвижению в решении проблемы. Кроме того, важно разработать вместе с психологом план саморегуляции для поддержания эмоционального тонуса.

В конце этого этапа пишется договор между консультируемым и консультантом. Консультируемый при этом имеет план выработанных решений и обязуется их выполнять. Консультант обозначает формы дальнейшей поддержки клиента и даты встреч.

9. Психологическая поддержка консультируемого в процессе реализации решения.

Задача этого этапа для психолога – контроль за выполнением договора, поддержание состояния успеха у консультируемого и оказание ему дополнительной помощи. Контроль на этом этапе осуществляется по договоренности сторон и представляет собой обмен информацией.

В качестве дополнительной помощи по согласованию с клиентом обозначается участие третьих лиц. Психолог по поручению клиента и с его разрешения, обращается к участникам проблемной ситуации и просит их принять участие в решении проблемы.

При таком подходе удается в течение относительно короткого промежутка времени перестроить позицию консультируемого из пассивной в активную, стимулировать ее в направлении поиска решения проблемы, совместного обозначения конкретных путей достижения цели. Это позволяет составить алго-

ритм конкретных мероприятий, обеспечивающих коррекцию и профилактику проблемных ситуаций.

5.4. Принципы лечебной педагогики при нарушениях поведения у детей и подростков

Педагогика- наука о воспитании и обучении детей, т.е. о средствах, которыми достигается всестороннее развитие физических и духовных сил ребенка. Лечебная или медицинская педагогика – это оказываемое с лечебной целью воздействие на личность больного ребенка или подростка, в частности, страдающего нервно-психической патологией. В связи с большой распространенностью нарушений школьной и социальной адаптации детей и подростков, которые не являются в истинном смысле психически больными, а относятся к группе риска, рамки лечебной педагогики значительно расширились. Фактически любой школьный коллектив в настоящее время нуждается в специалистах по лечебной педагогике, психокорректорах (Н.Е. Полякова, 1995)¹.

1. настоящий раздел представлен в оригинальной интерпретации Н.Е. Поляковой.

Методы лечебной педагогики разнообразны и зависят не только от формы заболевания, но и от его стадии, степени выраженности психических нарушений, возраста больного и его микросоциальной среды. Задачами лечебной педагогики являются: коррекция поведения, нарушенного болезнью, психотравмирующей ситуацией или неправильным воспитанием: пробуждение отсутствующего или утраченного интереса к учебной работе; ликвидация педагогической или социальной запущенности; приобретение профессиональных навыков и решение вопросов профессиональной ориентации.

Успех лечебно-педагогической работы определяется объединением усилий, согласованностью действий медицинского персонала, психологов, педагогов, детей и подростков, на которых направлены эти усилия, а также их ро-

дителей. Выпадение хотя бы одного звена из этого комплекса снижает эффективность проводимой работы.

Первая и главная задача педагога увидеть и осознать, что все дети разные и трудны они по-разному. Различаются они по следующим характеристикам: уровень активности, энергичность, регулярность различных биологических циклов (сон, бодрствование, голод, насыщение, динамика процессов выделения и т.д.). Дети различаются по способности к адаптации (т.е. тем, насколько легко меняется их поведение в ответ на изменившиеся обстоятельства окружающей среды) и по интенсивности своих эмоциональных реакций (например, обнаруживая свою радость громким смехом или спокойной улыбкой, а неудовольствие – криком или жалобой).

Дети отличаются тем, идут ли они навстречу контактам или избегают их. Определенный стиль поведения детей сохраняется примерно на протяжении года, не является фиксированным навсегда и с течением времени претерпевает изменения.

Знание того, что между детьми существуют заметные различия, не особенно поможет педагогу. Важно понимать, чем вызваны эти различия и как они влияют на развитие детей.

В основе различий лежат разные биологические и социальные факторы, участвующие в процессе формирования личности человека (Ковалев В.В., 1973; Мясищев В.Н., 1975). Социально-психические факторы – это высшие свойства личности, характер, содержательная сторона сознания, некоторые бессознательные явления.

Ведущая роль в развитии психики ребенка принадлежит воспитанию, его контактам с непрерывно усложняющимися условиями социального окружения, фактору «социального наследования» (Н.П. Дубинин), т.е. тому багажу общения, внутрисемейных взаимоотношений, определенного интеллектуального уровня, который характеризует данную семью или даже ее несколько поколений.

К биологическим или природно-психическим факторам относят темперамент, инстинкты, элементарные влечения, потребности и чувства, задатки, уровень психической активности. Биологическими или факторами внутренних условий являются темп созревания организма, состояние его физического и психического здоровья или нездоровья, т.е. то, каким человек рождается и каким становится под влиянием перенесенных в течение жизни болезней и травм.

Детские психиатры знают, что обращение семьи к врачу часто бывает связано с нарушением поведения ребенка, с особенностями родителей или семьи в целом. Нередко суть вопроса заключается не в том, «кто болен», или «кто виноват», а в том, чтобы правильно понять, «в чем суть проблемы» и «как она возникла».

Не владея данными о истории развития ребенка, его физических и психических особенностях, его семьи, его опыте взаимоотношений с окружающими, педагог, взявшийся за коррекционную работу, обречен на успех.

Не касаясь чисто медицинских вопросов психиатрической нозологии, т.е. принадлежности к той или иной патологии, обсудим наиболее часто встречающиеся формы нарушения поведения у детей и подростков. В первую очередь это уход из школы и отказ посещать школу.

Достаточно распространенными, нередко несвоевременно выявленными, являются психогенно обусловленные уходы из школы. Как правило, они связаны с ситуационно обусловленным эмоциональным напряжением ученика из-за неправильного отношения к нему педагога. Это может быть излишняя суровость, требовательность, нетерпимость, поспешность в принятии репрессивных мер (удаление из класса, ироничное замечание). Подобное поведение педагога может стать источником стойко отрицательного отношения ребенка к школе, а в ряде случаев способствует появлению школьного невроза (Г.Е. Сухарева и др.). У ребенка или подростка возникает страх школы, отказ от ее посещения, раздражительность, озлобленность, конфликтность или состояния, сопровождающиеся повышением температуры, головной болью, тошнотой, рвотой, болями в животе, учащенным стулом и мочеиспусканием. Перечисленные сим-

птомы появляются непосредственно перед необходимостью идти в школу и исчезают, когда отпадает угроза отправки в школу. Эмоциональное напряжение перед помещением школы часто бывает у первоклассников, у учеников, начинающих предметное обучение, и более старших учащихся, вынужденных переходить в новый школьный коллектив.

От умения педагога дружелюбно встретить каждого ученика, найти к нему подход с учетом особенностей его личности, заинтересованно решить организационные вопросы (размещение учеников в классе, подбор пар для совместного нахождения за партой и др.) во многом зависит преодоление трудности периода адаптации. При построении плана урока педагогу необходимо учитывать, что особенностью детей 6-7 лет являются эмоциональная лабильность, жизнерадостность, внушаемость, импульсивность поступков, высокая двигательная активность, большая роль мотива получения удовольствия в поведении.

Для первоклассников трудны продолжительные занятия одним видом деятельности, длительные объяснения педагога, необходимы поощрения в разных формах, особенно в отношении робких, тормозимых детей, включение в урок кратковременной физической нагрузки (В.В. Ковалев, 1970).

Перед педагогом стоит нелегкая задача не только выявления способностей ученика в плане его интеллектуальной работоспособности, его интересов и перспектив, но и ознакомление родителей ученика с пределом его возможностей на данном этапе. Это важно для предупреждения слишком завышенных требований родителей к школьной успеваемости ребенка. Подобное отношение родителей к школьным успехам нередко вызывает у детей постоянный страх получить более низкую оценку, волнение при ответах, нередко отказ от ответов, приготовления уроков, уходы из школы, дома. Такие ситуационно обусловленные реакции отказа и пассивного протеста нередко сопровождаются нарушениями сна, подергиваниями мышц лица, плечевого пояса, конечностей, обкусыванием ногтей, запинками в речи и т.п. Достаточно грозным признаком неблагополучия в душевном состоянии ребенка являются плаксивость, дли-

тельное снижение настроения, появление суицидальных мыслей и даже попыток к самоубийству. Нередко протест ученика носит другой характер: в ответ на непосильные требования возникают повышенная раздражительность, грубость, агрессивность, активное стремление отстоять свою самостоятельность и независимость. Такое поведение называют реакциями активного протеста.

Перечисленные изменения в поведении ученика тесно связаны и хронологически и психологически с эмоциональными перегрузками, вызванными неправильными взаимоотношениями с педагогом или родителями. Они могут быстро исчезнуть, если психологическая ситуация в классе и дома станет адекватной личностным особенностям и интеллектуальным возможностям ребенка или подростка. Отсутствие взаимопонимания, сохранение неправильных форм взаимоотношений вызывают закрепление протестного поведения, углубление эмоциональных расстройств и описанных нарушений. В таких случаях, как правило, бывает необходимой помощь психиатра или психотерапевта.

Другая группа детей, уходящих из школы, отличается двигательной расторможенностью, выраженной эмоционально-волевой неустойчивостью и повышенной потребностью в новых, постоянно меняющихся впечатлениях, усиленным стремлением к удовольствиям и развлечениям. В психиатрии это относится к нарушению влечений по типу «сенсорная жажда». Поводом к уходу из школы для таких учеников может быть случайно услышанное сообщение о каком-нибудь интересном происшествии, случившемся неподалеку (пожар, съемка кинофильма, автокатастрофа и т.д.), приглашение приятеля пойти в кино или покататься на транспорте. Опасность этого вида уходов в том, что они очень быстро фиксируются, приобретают характер непреодолимых. Жажда приключений, новых впечатлений побуждает детей к дальним путешествиям. В таких случаях уходу предшествует специальная, чаще тайная подготовка.

Один из способов удержать таких детей в школе – постоянный, но неназойливый контроль, интересные занятия и задания, повышающие чувство ответственности и самоуважения.

Целесообразно как-то изменить реакцию учащихся на нарушение дисциплины. Английские педагоги Паттерсон и др. занимались коррекцией поведения гиперактивного, постоянно нарушающего дисциплину ребенка, организовали класс таким образом, что поощрение других детей зависело от хорошего поведения именно этого одного недисциплинированного ребенка. Результатом было то, что другие дети положительно реагировали лишь на хорошее поведение этого ребенка, и он стал вести себя лучше.

Самую трудную, иногда малоперспективную группу детей с уходами характеризуют двигательная расторможенность, выраженная нецеленаправленная деятельность, застревание на отдельных способах выполнения заданий или действиях, инертность, плохая переключаемость, повышенная истощаемость и утомляемость, неравномерная работоспособность и задержка речевого развития. Их отличают неусидчивость, повышенная раздражительность, озлобленность, агрессивность и драчливость, сменяющиеся плаксивостью. Нередко эти дети жалуются на головную боль, повышенную утомляемость, плохую переносимость шума, духоты. Часто их жалобы остаются не услышанными и вызывают раздражение педагога: «Шалить силы есть, а заниматься – устал».

Отказ от посещения школы, иногда внезапный и категорический, иногда постепенный с длительным периодом неопределенных жалоб на слабость, повышенную утомляемость, головные боли или конфликтные взаимоотношения с соучениками или педагогами, часто возникает в дебюте душевного заболевания. Чаще это возникает в подростковом возрасте и нередко у учеников достаточно хорошо или даже отлично успевающих.

Такое состояние вызвано постепенно нарастающими трудностями обучения, которые обусловлены нарушениями концентрации внимания, обобщения, выделения главного и т. д. Нарушения мышления находят отражение в изменении речи подростков, в субъективных неприятных ощущениях психического неблагополучия, тревоги.

Такие случаи относятся к компетенции психиатра, но педагоги должны быть знакомы и с этими формами начальных проявлений душевного заболева-

ния, чтобы в случае маломотивированного или необъяснимого отказа от посещения школы не спешить с категорическими, иногда репрессивными мерами. Рекомендуется щадящий подход с индивидуальным опросом. Следует избегать дублирования класса, т.к. помещение такого подростка в новый коллектив лишь усложнит его адаптацию и реабилитацию.

Нередко уходы детей и подростков из школы сочетаются с побегам из дома, называемыми в психиатрии синдромами ухода и бродяжничества. Это одна из распространенных форм нарушения поведения в подростковом возрасте.

А.У. Нураева предложила специальную схему оценки характера побегов. Она выделяет несколько причин побегов: 1. Объективно тяжелые условия в семье – жестокое обращение, заброшенность и т.п. 2. Страх наказания за поступки. 3. Нежелание быть под опекой и контролем домашних. 4. Тяга к недозволенным развлечениям и запретным наслаждениям – выпивки, азартные игры, хулиганство и т.п. 5. Трудно формируемая тяга к скитаниям, странствиям. 6. Видимая причина отсутствует или остается непонятной.

Уходы из дома могут быть разной интенсивности – самовольные непродолжительные отлучки, продолжительные отлучки на несколько дней с ночевками вне дома, но изначальным намерением через некоторое время вернуться домой.

Выделяют побег: 1. В пределах посещавшихся ранее мест в том же городе или пригороде. 2. В неизвестные или непосещавшиеся до этого места в том же городе или пригороде. 3. Поездка в другие города по известному маршруту. 4. Дальние странствия в незнакомые места.

Сообщество в побеге может быть с товарищем, которому принадлежит инициатива отлучки; с товарищем, который активно избирается в качестве попутчика; ребенок или подросток уходит один, но во время отлучки приобретает случайных товарищей; уходит всегда один и остается в одиночестве все время побега.

Важна информация о деятельности в период побега. Это может быть пустое время проведения, игры, развлечения, поиск зрелищ, выпивки, болтовня; активный поиск приключений, хулиганство, азартные игры, участие в оргиях, преступления, целевая активная деятельность, направленная на продолжение странствий; полное безделье и беспомощность.

Необходимо обращать внимание на возраст первого ухода из дома и возраст, когда уходы стали частыми.

Надо располагать полной и разноплановой информацией, чтобы с большей или меньшей достоверностью понять причину побегов ребенка или подростка из дома.

Первый побег в младшем школьном возрасте обусловлен неблагоприятной семейной ситуацией (неполная, деформированная семья, родители, злоупотребляющие алкоголем, и т.д.). Первоклассник приходит в коллектив, где мнение о родителях значит очень многое. Дети стремятся доказать, что у них хорошие родители и чувствуют себя увереннее, если это стремление достигает цели.

Начав жизнь в новом коллективе, младший школьник нередко испытывает психическое напряжение, связанное с необходимостью утвердиться среди одноклассников, конфликтами со сверстниками, неудачами в учебе.

Недостаток сочувствия и сопереживания со стороны родителей порождает напряженность в отношении с детьми. Нередко процесс отчуждения от семьи бывает по началу незаметен и не настораживает, даже если в поведении ребенка и появляются нежелательные поступки (Грищенко Л.А., Алмазов Б.Н., 1988).

Благополучный ученик чувствует себя комфортно во всех трех сферах его отношений: в семье, школьном коллективе и компании сверстников. Жестокое обращение или заброшенность чаще всего возникают в первых двух сферах отношений и тогда ребенок или подросток стремится найти убежище в компании сверстников или на улице.

В наиболее сложное положение попадает ребенок или подросток не признанный в школьном коллективе, непринятый неформальной средой сверстников и лишенный поддержки семьи. К трудностям поведения присоединяются в разной степени выраженные нервно-психические расстройства в виде колебаний настроения, повышенной обидчивости, ранимости, плаксивость или повышенная раздражительность с агрессивностью. Возникновение нарушений сна, аппетита, повышенной утомляемости, головной боли, расстройств желудочно-кишечных функций – так называемой психосоматической симптоматики – указывает на глубину психопатологического состояния и необходимость обращения к психиатру.

При фиксации синдрома уходов и бродяжничества, когда побеги из дома становятся привычными, происходит перемещение ребенка в среду бродяжничества несовершеннолетних, где есть свои нравы, обычаи, привычки, нормы и закономерности поведения (Грищенко Л.А., Алмазов Б.Н., 1988). Меняются жизненные интересы и деятельность этих детей и подростков: побеги становятся частыми и продолжительными, изыскиваются новые места обитания, более прочным становятся сообщества в побегах, возникает моральная и материальная поддержка других детей и подростков, находящихся в бегах.

С появлением уличных традиций идея ухода из дома быстро закрепляется и становится одной из патологических форм нарушения поведения.

Перед психиатром стоит задача определить, с патологической или непатологической формой нарушения поведения он имеет дело. Патологические формы – это компетенция психиатра, а непатологические – поле деятельности педагогов, психологов, школьного врача. Дети и подростки с непатологическими формами нарушения поведения не нуждаются в специальном лечении, получении специфической психиатрической терапии, для достижения социальной и школьной адаптации им необходима лечебная педагогика.

Лечебная педагогика помогает решить общие педагогические и общевоспитательные задачи по передаче детям и подросткам необходимых общеобразовательных навыков. Основным действующим фактором педагога является

слово и в этом лечебно-педагогическое воздействие сходно с психотерапевтическим (Драпкин Б.З., 1979).

Особого педагогического внимания требует значительная по представительству группа детей, которые по состоянию нервно-психического здоровья находятся на нижней границе нормы и обнаруживают признаки отклонений в психическом здоровье, дисгармоническое развитие. Они не больные, находятся в состоянии своеобразного неустойчивого равновесия. Своевременное лечебно-педагогическое воздействие способно предотвратить, нормализовать, а подчас и полностью компенсировать отклонения в поведении ребенка.

Цель педагогического коллектива – создание благоприятной психологической атмосферы, щадящего режима, организация успешной деятельности учащихся, « создание ситуации многократного достижения и переживания успеха как важного фактора развития личности, перестройки отношения ребенка к себе, к окружающим, повышения самооценки» (Барышникова Н.А., 1988).

Одним из принципов лечебной педагогики является необходимость индивидуального подхода к каждому ребенку и подростку, учет его психологических особенностей, наиболее здоровых звеньев и свойств личности и использования их для организации лечебно-педагогического процесса.

Важен также принцип соответствия. Нагрузки, особенно интеллектуальные, должны соответствовать физическим и психическим возможностям школьника. Начиная с требований, несколько отстающих от возможностей учащегося, педагог постепенно создает для ребенка ситуацию радости и гордости от преодоления трудностей. Вознаграждать детей следует за улучшение учебной деятельности, а не за абсолютные успехи в ней, необходимо поощрение за достижения в творческой деятельности (рисование, резьба по дереву и т.д.), в спорте, в различных школьных мероприятиях и т.д. Важно, чтобы все дети получали положительные эмоции и одобрение за то, чем они занимаются в школе. Постепенно у ученика возникает или восстанавливается положительное отношение к школе, интерес к учебе.

Задача педагога – научить детей учиться. Сама педагогическая работа – это лечение. Правильной ее постановкой педагог перестраивает личность ребенка или подростка, изменяет их жизненные установки, направленность. В этой работе нет мелочей.

Важным показателем учебной деятельности является успеваемость школьника. Американские психологи утверждают, что успеваемость учеников во многом зависит от того, с какой стороны от педагога они сидят. Кто сидит слева, явно не успевают, в центре – демонстрируют неплохие способности, кто справа – ходят в середниках. Объяснения такого: педагог по-разному фиксирует свое внимание на различных частях класса, вызывая соответствующую реакцию у учеников. Это соотношение (лево-середина-право) в процентах по времени выглядит примерно так: 17-44-39 процентов. Учитывая это, можно улучшить успеваемость ученика.

Важно и то, какие отношения складываются у одноклассников, у соседей по парте. Как правильно составить пару? Можно ли объединить двух легко возбудимых учеников или пусть один из них будет робким, тормозимым? Посадить вместе отличника с отстающим или двух отличников рядом? Вариантов, вопросов, порой неразрешимых, больше, чем ответов.

Большая группа учащихся особо нуждающихся в лечебной педагогике- это педагогически запущенные дети. Несмотря на сохранный интеллект, внутреннее побуждение к учебной деятельности у них недостаточно. Их поведение определяют эгоистические мотивы, часто несовпадающие с интересами класса, предшествующий отрицательный школьный опыт. Достаточные у обычных школьников побуждения выполнению учебных действий, поручений, поступков для педагогически и социально запущенных школьников оказываются неэффективными.

Для оказания необходимой помощи «слабым» детям, которые только пришли в школу, уже уступая своим сверстникам в развитии и здоровье, созданы «классы выравнивания», в которых дети могут компенсировать свое изначальное неравенство (Кумарина Г.Ф., 1988).

В более старших классах работа с педагогически запущенными подразумевает модификацию общей программы с исключением второстепенного материала для увеличения количества часов на ликвидацию пробелов в знаниях (Барышникова Н.А., 1988). Главное – добиться желания учиться, быть в школе, для этого можно использовать специально подготовленные задания с планом их выполнения, а оценку знаний проводить в щадящей самолюбие форме.

При психогенно обусловленных уходах из школы или отказе посещать школу в связи с развившимся школьным неврозом, когда основными переживаниями ребенка или подростка являются чувства неполноценности, тревожные опасения и страхи, пониженная самооценка, основными для восстановления школьной адаптации являются доброжелательное отношение со стороны учителей, неназойливая и незаметная для других детей поддержка.

В течение урока необходимо активно привлекать такого ученика к участию в учебном процессе, тем самым отвлекая его от тягостных переживаний. Не на все предъявляемые учеником жалобы учителю следует реагировать, однако выслушивать его необходимо терпеливо и внимательно. Эти дети напряженные, растерянные, с опозданием ориентирующиеся в быстро меняющейся школьной ситуации, как никто нуждаются в терапии средой. Важно создать для них обстановку доброжелательности, поддержки, всячески подчеркнуть положительные черты их характера: доброту, ответственность, аккуратность и т.д., хороший интеллект. Постепенно вовлекать в общие внеклассные мероприятия, добиваясь появления у них чувства раскованности и уверенности в себе.

В особом щадящем подходе нуждаются дети, перенесшие травмы черепа, страдающие каким-либо соматическим заболеванием, физически ослабленные. Они отличаются повышенной утомляемостью, сниженной работоспособностью, неустойчивым вниманием, снижением памяти. Поэтому на уроке целесообразно активное использование зрительных впечатлений, наглядных пособий, облегчающих запоминание. Целесообразно предоставление дополнительного свободного дня в неделю, освобождение от внеклассных мероприятий.

Необходимо избегать приклеивания детям ярлыков, насмешек над слабоуспевающими. В учебной деятельности важно делать упор на поощрение, а не на наказание, находить сильные стороны слабых учеников и хвалить их за то, с чем им удастся справиться. «Дети, подобно взрослым, стараются дотягиваться (или опускаться) до ожиданий, которые с ними связывают» (Раттер М., 1987).

При школьной дезадаптации, вызванной трудностями обучения, трудностями поведения или их сочетанием, лечебно-коррекционная работа должно проводиться одновременно в трех направлениях: нормализация внутрисемейных отношений; включение ребенка в школьный коллектив с уровнем требований к нему, адекватным его возможностям; врачебная помощь в плане оздоровления общесоматического и эмоционального состояния (педиатр, терапевт, психотерапевт, психолог, психиатр). Роль педагога, особенно классного руководителя, максимально определяющая при реализации второго направления.

Важным фактором, от которого зависит прогресс учащегося в учебе, является степень участия родителей в программе получения ребенком образования. Целесообразно привлечение родителей к участию в школьных делах, предоставление родителям возможности рассказывать детям о своей работе, организация посещений детьми места работы родителей, предоставление ведущей роли родителям в организации внеучебной деятельности детей, создание ситуации, когда родители становятся для детей важными партнерами в процессе обучения.

Несмотря на то, что о лечебной педагогике говорилось еще в конце XIX века, эта наука находится в зачаточности состоянии. имеющиеся теоретические предпосылки и накопленный опыт еще не систематизированы и не обобщены. Занимая пограничное, промежуточное положение между психологией, психотерапией и медициной, она включает в себя в определенной степени их методы и приемы.

Выше мы осветили ряд вопросов и положений лечебной педагогике, учитывая которые во многих случаях можно скорректировать состояние и поведение детей и подростков. Однако, в настоящее время жизнь постоянно рождает

проблемы и трудности, решение и преодоление которых требует новых путей и подходов.

Расслоение общества и зависящие от этого перемены в школе, создание престижных и элитарных детских и школьных учреждений вызывают чувство неудовлетворенности и зависти детей и подростков к тем, кто в них учится и живет на ином уровне материального обеспечения, болезненное чувство незащищенности в семье и в обществе, попытки компенсаций за счет ухода в асоциальные группировки, резкое падение интереса к учебе, а, следовательно, снижение уровня развития интеллекта в его сложных структурах. Это далеко не полный перечень проблем, решение которых требует совместных усилий педагогов, воспитателей, врачей и социологов. Только комплексный подход может создать условия для их решения, а, следовательно, обеспечить будущее страны.

5.5. Патогенетическая психотерапия

Создателем патогенетической психотерапии является выдающийся русский психиатр и психолог Владимир Николаевич Мясищев (1893 – 1973). Свой метод он развил на основе разработанной им концепции психологии личности, методов ее изучения и воздействия на нее в целях лечения и воспитания.

В развитии патогенетической психотерапии можно выделить три этапа. Первый этап связан с деятельностью самого В.Н.Мясищева, его учеников и последователей (Р.Я.Зачевицкий, Б.Д.Карвасарский, В.К.Мягер, Е.Е.Плотникова и др.) и характеризуется разработкой модели индивидуальной патогенетической психотерапии. Второй этап (70 – 80-е годы) – развитие модели групповой патогенетической психотерапии – связан с деятельностью Б.Д.Карвасарского и руководимого им коллектива (Г.Л.Исурина, Е.В.Кайдановская, В.А.Ташлыков и др.). Наконец, третий, современный этап (90-е годы), ознаменован попытками создания интегративной модели патогенетической психотерапии; работы в этом направлении также выполняются коллективом психотерапевтов и медицинских психологов, возглавляемым Б.Д.Карвасарским (А.А.Александров, Л.М.Кулыгин, В.А.Ташлыков, А.П.Федоров, Э.Г.Эйдемиллер, А.М.Ялов и др.).

Другим названием патогенетической психотерапии является «лично-ориентированная (реконструктивная) психотерапия». В этом новом направлении, предложенным Б.Д.Капвасарским (1985), отражается цель патогенетической психотерапии, подчеркивается ее ориентация на личностное изменение, реконструкцию нарушенной системы отношений. Старое же название – «патогенетическая психотерапия» – все более употребляется теперь в историческом контексте и привязывается к первому этапу ее развития.

Основные положения концепции патогенетической психотерапии как системы лично-ориентированной психотерапии были сформулированы на основе «психологии отношений» В.Н.Мясищева. Одним из фундаментальных положений последней явилось понимание личности как системы отношений индивида с окружающей социальной средой. Необходимо различать понятия *соотношение* и *отношение*. Соотношение имеет в виду такую связь, в которой не выступает различие роли двух объектов связи. Понятие же "«отношения»" возникает там, где есть субъект и объект отношения. Именно у человека такой характер связи выступает с полной отчетливостью.

Отношения человека представляют, по В.Н.Мясищеву, *сознательную, избирательную, основанную на опыте, психологическую связь его с различными сторонами объективной действительности, выражающуюся в его действиях, реакциях и переживаниях.*

В.М.Мясищев различает две основные стороны единого предметного отношения, которые глубоко коренятся в филогенетическом и историческом прошлом человека. Одной стороной основного отношения являются **потребности**, которые представляют собой конативную (волевою) тенденцию индивида к овладению объектом. Потребности относятся к отношениям потому, что составляющими компонентами этого понятия являются: а) субъект, испытывающий потребность; б) объект потребности; в) своеобразная связь между субъектом и объектом. В основе этой связи (отношения) лежит определенная функциональная нейродинамическая структура, проявляющаяся в тяготении к объекту и активной устремленности к овладению им.

Вторую сторону основного отношения представляет **эмоциональное отношение**. На ранних (примитивных) стадиях эволюции отношения носят еще недифференцированный характер. В процессе развития вычленяется – эмоциональное отношение, которое у человека проявляется в привязанности, любви, симпатии и их противоположностях – неприязни, вражды, апатии.

Эмоциональная сторона, по мнению В.Н.Мясищева, область чувств (эмоций) охватывает три разнородных группы явлений – эмоциональные реакции, эмоциональные состояния и эмоциональные отношения. Дружба, любовь или неприязнь и ненависть не могут быть отнесены ни к эмоциональным реакциям, таким, как гнев, страх, тоска, ни к эмоциональным состояниям, таким, как удовольствие или неудовольствие.

В каждом психологическом факте в той или иной степени включены три аспекта, или три компонента, душевной деятельности – познавательный, волевой и эмоциональный, а в различных видах процессов психической деятельности, состояний и отношений они выступают различно. Одной из важных проблем психологии В.Н.Мясищев считал разработку вопросов структуры в области психических образований, в частности в области отношений.

Ряд отношений выступает у человека как относительно самостоятельные образования. Сюда относятся интересы, оценки и убеждения. **Интерес** рассматривается как особый вид отношения к работе, к образованию и т.д.

Ответственное отношение к своим обязанностям является выражением морально-правовых отношений человека. Ответственное отношение к своим обязанностям, вырастая из требований родителей, учителей, начальников, наставников становится долгом, совестью. Моральное формирование личности основывается не только на требованиях, но и на знании образцов и на процессе сопоставления своих действий и поступков с образцами, с оценкой. Этот внутренний процесс приводит к образованию **оценочных отношений**, формирующихся в связи с этическими, эстетическими, юридическими и другими критериями поступков и переживаний человека.

Система требований в сочетании со знанием действительности, особенно общественной, формирует **убеждения** человека, которые не только являются представлением о том, какова фактически существующая действительность, но и выражает представление о том, какой она должна быть. В соответствии с убеждениями формируются эмоциональные реакции и активная (волевая) готовность бороться за осуществление сложившихся убеждений в жизни.

5.5.1. Теория личности по В.Н.Мясищеву

В.Н.Мясищев характеризует личность прежде всего как систему отношений человека к окружающей действительности. Самое главное и определяющее личность – ее отношения к людям, являющиеся одновременно взаимоотношениями. В этом пункте субъективное отношение, отчетливо проявляясь в реакциях и действиях, обнаруживает свою объективность, а индивидуально-психологическое становится социально-психологическим. Поскольку отношения определяют действия, реакции и переживания человека, они являются движущей силой личности.

В.Н.Мясищев выделяет четыре компонента характеристики личности.

1. *Доминирующие отношения* личности. С вопросом о доминирующих отношениях связаны вопросы о том, для чего живет данный человек, что для него является смыслом жизни.

2. *Психический уровень* человека. Это уровень не только его желаний, но и уровень его достижений. Богатство личности определяется богатством ее опыта. Это богатство прежде всего общественно-трудового, культурного опыта, основанного на богатстве общественных связей в широком смысле слова.

Богатство личности, выражая уровень ее развития, неразрывно связано с ее сознательностью и ее самосознанием, под которым подразумевается способность личности правильно отражать действительность а ее настоящим и прошлом, а также предвидеть будущее, правильно оценивать себя самого и свое место в действительности.

Уровень развития личности одновременно является уровнем развития ее функциональных возможностей, ее интеллектуальных, волевых и эмоциональных свойств.

Аспекты общественного и культурного развития личности полностью не совпадают. Общественное развитие человека выражается той ролью, которую играют в его поведении общественные интересы по сравнению с личными. Культурный же уровень личности выражается соотношением идейных элементов индивидуального опыта и органических («витальных») импульсов поведения.

3. *Динамика реакций* личности. Она соответствует тому, что в психологии называется темпераментом или в физиологии И.П.Павлова типом высшей нервной деятельности.

В.Н.Мясищев подчеркивает, что, во-первых, темперамент проявляется во всех сторонах личности, в том числе в ее интеллектуальной и идейной жизни; во-вторых, темперамент обнаруживается лишь в области активных отношений личности; в-третьих, темперамент также может меняться под влиянием жизненных условий.

4. *Взаимосвязь основных компонентов*, или *общая структура* личности. Сюда относятся пропорциональность, гармоничность, цельность личности, ее широта и глубина, ее функциональный профиль, то есть соотношение различных свойств психики или то, что по преимуществу называют характером личности.

Проблему развития личности В.Н.Мясищев связывает с характеристикой ее отношений на разных этапах развития. На самом высоком уровне развития в связи с ростом его общественных связей, с развитием абстрактного мышления его отношения расширяются, приобретают осознанно мотивированный, принципиально обоснованный характер, причем внешние требования осознаются личностью как необходимость и подчиняясь им, принимая их, личность делает их внутренним принципом своего поведения.

В общем виде проблему *движущей силы* развития человека В.Н.Мясищев рассматривал с философско-психологической точки зрения следующим образом. В процессе развития слепые силы влечения организма превращаются в осознанные потребности, инстинктивное приспособление к природе и социальной среде становится все более сознательным и планомерным, включающим не только приспособление к действительности, но и преобразование ее.

Развитие есть постоянная борьба противоположностей. Одной из сторон развития личности является нарастание и обогащение системы ее возможностей и потребностей (требований к жизни). Вместе с тем предъявляет ряд требований к человеку и предоставляет ему определенные возможности окружающая действительность. Борьба и единство противоположностей здесь заключается в том, что жизнь создает меняющиеся условия (общественные требования и возможности), которые сталкиваются с меняющимися у человека потребностями и его внутренними возможностями и побуждают его к освоению нового и пределке самого себя, в результате чего у него возникают новые потребности и новые внутренние возможности. Личность, изменяясь, развивается, меняется и характер ее отношений к действительности. Но последняя также меняется. Весь этот спиралевидный процесс развития с наполняющими его борьбой, процессами овладения и преодоления составляет основное содержание развития личности, в ходе которого она выступает не пассивным объектом, а все более активным и сознательным субъектом.

5.5.2. Концепция невроза по В.Н.Мясищеву

Психология отношений, являясь специфической концепцией личности, имеет существенное значение при исследовании проблем нормального и патологического формирования личности, происхождения болезней и механизмов их развития, особенностей их клинических проявлений, лечения и предупреждения.

1. Невроз – психогенное расстройство

В.Н.Мясищев рассматривал невроз прежде всего как функциональное нервно-психическое заболевание, вытекающее из тяжелых переживаний личности, неразрывно связанных с условиями ее жизни. Здесь возникают следующие вопросы:

- 1) какие переживания или какие качества переживаний являются патогенными;
- 2) при каких условиях переживания становятся патогенными;
- 3) когда из переживания возникает болезненное состояние;
- 4) какова нейрофизиологическая природа переживания.

1. Какие переживания или какие качества переживаний являются патогенными;

Во-первых, тяжелые потрясающие переживания в ряде случаев, как они ни тяжелы, как остро и глубоко ни переживаются личностью, не вызывают невроза – поэтому надо отличать сильное или потрясающее переживание от патогенного. Во-вторых, в ряде случаев острое психическое потрясение дает быстро проходящее болезненное состояние, которое следует отличать как реакцию от невроза.

Достаточно взглянуть на любое глубокое переживание человека, чтобы убедиться в том, что *в основе переживаний лежат взаимоотношения человека с различными сторонами окружающего, что болезненные переживания являются лишь следствием нарушенных взаимоотношений.*

Потеря работы, клевета, измена друга, смерть родных, неудача в достижении цели, уязвленное самолюбие и т.п. – *являются источником болезненного переживания лишь в том случае, если они занимают центральное или по крайней мере значимое место в системе отношений личности к действительности.* Их значимость является условием аффективного напряжения и аффективной реакции.

При каких условиях переживания становятся патогенными

На первый взгляд источник патологии заключается прежде всего в том, что требования, потребности, стремления, желания личности не удовлетворяются теми или иными моментами действительности.

Однако известное несоответствие (конфликт) между потребностями и возможностями их непосредственного удовлетворения является существенным моментом в развитии личности: несоответствие мобилизует нашу деятельность, заставляет нас напрягаться, активизирует нас. Достижение поставленной цели упражняет и развивает наши нервно-психические функции. Вчерашнее «противоречие» сегодня исчезает, достигается поставленная цель, в связи с психическим ростом повышается уровень потребностей, это влечет за собой новые цели и новые задачи. Таким образом, само *противоречие или несоответствие между потребностью и возможностью ее удовлетворения, целью и возможностью ее достижения, приводит к психоневрозу только тогда, когда оно продуктивно не разрешается*: цель не достигается и потребность не удовлетворяется, - терпят крушение планы, разрушаются надежды, утрачиваются близкие люди, положение, возможности и т.п.

Когда из переживания возникает болезненное состояние

Однако не всегда неудачи и потрясения порождают невроз. В.Н.Мясищев перечисляет следующие источники патогенности противоречия (конфликта):

А) Особенности личности, создающие трудности в общении с другими людьми, как это бывает у лиц агрессивных, претенциозных, упрямых, взбалмошных, сензитивных и т.п.

Б) Случаи, при которых личность не может найти рационального, продуктивного решения конфликта в силу известных обстоятельств: когда средства активного воздействия на ситуацию для достижения целей оказываются гораздо ниже уровня потребностей или притязаний личности.

В) Случаи, когда действительность не представляет пассивного объекта воздействия: она активно препятствует и помогает субъекту, дает ему средства и возможности и в то же время предъявляет к нему требования.

Г) Случаи, при которых объективные условия делают противоречие неразрешимым, когда, например, человек теряет своего близкого, или человек теряет средства достижения цели, например, певец – голос и т.п. Возникает уже вопрос не о разрешении задачи и преодолении трудностей, а о признании и подчинении реальной необходимости. Здесь опять-таки требуется известный фонд психических средств для того, чтобы понять неизбежность отказа и найти новые пути в жизни.

Патогенность ситуации, таким образом, заключается в неумении рационально, иначе – продуктивно преодолеть трудность или неспособности отказа от неосуществимых стремлений.

Приводящая к неврозу патогенная ситуация характеризуется ее индивидуальной и относительной неразрешимостью, то есть неразрешимостью для данного субъекта в данной обстановке, его неспособностью или неумением найти продуктивный, рациональный выход в данных условиях

Какова нейрофизиологическая природа переживания

Нарастающее и неразрешающееся напряжение создает вначале лишь предпосылки к возникновению невроза, в дальнейшем же влечет за собой психическую и физиологическую дезинтеграцию личности, которая проявляется уже в картине заболевания. Аффективность становится чрезмерной и фиксированной. Волевое управление, самоконтроль нарушаются и сменяются картиной безволия и всплесками односторонних и непродуктивных напряжений. На место объективного, логического мышления выступает субъективное фантастическое, символическое, кататимное.

Многочисленные проявления вегетативных висцеральных нарушений основных функций организма – сна, аппетита и т.п. – являются выражением глубоких физиологических сдвигов.

Функциональная дезорганизация личности, таким образом, сказывается в нарушении как сложных, высших, психосоциальных форм поведения (психической переработки), так и более элементарных физиологических реакций.

Вывод

Все изложенное позволяет рассматривать невроз как психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между нею и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные для нее переживания: неудачи в жизненной борьбе, неудовлетворение потребностей, недостигнутая цель, невосполнимая потеря. Неумение найти рациональный и продуктивный выход влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности.

Таким образом, противоречие само по себе не создает невроза: необходимым условием является нерациональное и непродуктивное его разрешение, субъективный, иррациональный, связанный с повышением аффективности способ переработки. Аффективное напряжение, в свою очередь, не представляет еще невроза, но тогда, когда оно дезорганизует психическую и соматическую деятельность, - мы имеем дело с болезнью – с неврозом.

5.5.3. Типы невротических конфликтов

В.Н.Мясищев выделил три основных типа невротических конфликтов:

1. Неврастенический конфликт.

Противоречие заключается в относительном несоответствии между возможностями или средствами личности и между требованиями действительности. Эта ситуативная недостаточность личности покрывается мобилизацией ее внутренних ресурсов, мобилизацией усилий человека с максимальным доступным личностью использованием внешних возможностей. Не умея найти пра-

вильного разрешения задач, при максимальных условиях, человек перестает справляться с учебой, работой, утрачивается или снижается его продуктивность. Вместе с тем его организм дезорганизуется в функциональном отношении, т.е. расстраиваются его нервно-психические функции: падает внимание, обостряется аффективность, появляется озабоченность, тревога, неуверенность, нарушаются сердечная деятельность, желудочно-кишечные и другие функции. Такой характер противоречия чаще всего наблюдается в условиях психогенного возникновения неврастенического синдрома.

2. Истерический конфликт.

Характерное для истерии несоответствие между требованиями, потребностями личности и ее реальными внутренними ресурсами сочетается со склонностью недооценивать или игнорировать объективные реальные условия и вытекающим отсюда перевесом требовательности к окружающему над требованиями к себе и критическим отношением к себе, характеризующим истерическую претензиозность. По мнению В.Н.Мясищева, истерия действительно имеет цель и желание, но не в болезни эта цель и желание, а болезнь есть патологическое выражение неудовлетворенного желания.

Совершенно иной характер истерического конфликта по сравнению с неврастеническим выражается в совершенно иных болезненных проявлениях. Эгоцентризм при противопоставлении себя действительности должен выступать несравненно ярче. Тенденциозно-личный характер аффективности – агрессивность и претензиозность, конфликт с действительностью являются и следствием, и причиной относительного перевеса аффекта над логикой у истерика, Уловки, фикция и обман могут быть следствием и причиной истерического столкновения с неудовлетворяющими и травмирующими ее сторонами. Поэтому истерия выступает прежде всего как «конфликтный» невроз, где конфликт, однако, происходит у личности не столько с самим собой, сколько с теми или иными внешними обстоятельствами, хотя сам больной в ряде случаев является их виновником. Он не может ни подчинить действительность своим требованиям, ни отказаться от них, подчиняясь действительности.

3. Обсессивно-психастенический конфликт.

Этот тип конфликта наблюдается тогда, когда человек заболевает в условиях противоречивых влияний и вырастающих отсюда противоречивых внутренних тенденций. Личность как бы внутренне расщепляется, и этот «внутренний конфликт», внутреннее раздвоение характерно для невроза навязчивых состояний.

Неразрешающееся напряжение наиболее ярко выражается в состоянии нерешительности, сомнения, при котором личность колеблется в борьбе двух противоположных тенденций, причем или ни одна не приобретает перевеса – и человек страдает сомнениями, нерешительностью, раздвоением, или же одна из двух тенденций приобретает перевес, но, встречая противодействие другой, обнаруживается в навязчивом симптоме.

4. Смешанный тип конфликта

Патогенные ситуации, которые создаются у личности, могут меняться и быть множественными. Эмоциональное напряжение истощает, а конфликт и неудовлетворенность, из которых нет выхода, создают истерические тенденции. Эта комбинация противоречий оправдывает столь распространенный в практике термин «истеро-неврастения». Возможны и другие комбинации конфликтов.

5.5.4. Особенности характера

По убеждению В.Н.Мясищева, патогенные источники невроза нужно искать не столько в абсолютных качествах психики и условиях жизни, сколько в соотношении первых со вторыми. Более важным для понимания природы невроза является так называемая «ситуативная недостаточность», которая проявляется в том, что и достаточно сильные, и достаточно испытанные жизнью люди не справляются с известными ситуациями, тогда, как многие лица с так называемой слабой нервной системой и астенической психикой справляются с ана-

логичной ситуацией и не заболевают. Так, для гипертимного человека монотонно однообразная обстановка трудно выносима, тогда как для вялого и астеничного она оказывается желательной и, наоборот, трудной оказывается обстановка напряженных требований. Эта идея «ситуативной недостаточности» впоследствии была переработана А.Е.Личко (1977) и трансформирована им в понятие «места наименьшего сопротивления» акцентуированной личности».

В.Н.Мясищев предупреждает против формального, абстрактно обобщенного определения психических свойств личности. Говоря о твердости – слабости, решительности – нерешительности, самоуверенности – неуверенности в себе, смелости – робости, самообладании и его отсутствии, нужно всегда помнить, что в разных обстоятельствах человек может обнаружить разную степень этих качеств или даже противоположные черты.

Черты характера, по В.Н.Мясищеву, представляют структурное объединение, в котором сказывается и отношение личности к окружающему, и темперамент, и качества интеллекта. Неуверенность в себе является и выражением самооценки, и выражением взаимоотношения с окружающим, и показателем критической оценки, и проявлением астенического темперамента.

В.Н.Мясищев отказывается от перечисления всего многообразия черт характера, могущих иметь патогенетическое значение. Он отмечает лишь два момента, которые особенно заметно выступают в характере больных неврозами, явно затрудняя благополучное разрешение болезненной ситуации. Это: 1) перевес субъективного и аффективного над объективным и логическим с относящимися сюда разнообразными чертами импульсивности, кататимности, эгоцентризма, упрямства, сензитивности, фантастичности и т.д.; 2) перевес аффективной инертности над аффективной пластичностью, создающей вязкие доминанты болезненных переживаний.

Генетическое понимание невроза

Понимание сущности невроза предполагает установление связи между картиной болезненного состояния, процессом ее возникновения и между при-

чиной, ее вызывающей. Если ближайшие причины заболевания заключаются в личности, в ее взаимоотношениях с условиями, в неправильной переработке ею последних, то *отдаленной причиной невроза являются условия истории развития личности*. Это подводит к генетическому пониманию нескольких сторон развития невроза: во-первых, невроз является болезнью личности, а сама личность в каждый момент представляет результат ее индивидуальной истории развития, во-вторых, личность развивается в определенных культурных, экономических, политических условиях, определяющих и характер личности, и причины возникновения невроза.

В.Н.Мясищев выделял две основные формы невроза, которые определяются соотношением истории личности и истории невроза.

Первая форма – невроз как патологическое развитие. Здесь конституциональные врожденные факторы имеют лишь значение одного из условий, а основную роль играет процесс развития – в определенных внешних условиях. Эта форма названа невротическим развитием, и здесь В.Н.Мясищев подчеркивает роль ситуации раннего детства, подтверждая в этом отношении некоторые указания Фрейда. Это значит, что детство является наиболее пластичным периодом жизни.

Ситуации раннего детства формируют первые установки личности на окружающее, определяют ее связи с действительностью, направление и тип ее развития, способы переработки переживаний.

Поскольку семья является первой общественной ячейкой, которую находит ребенок, постольку неблагоприятные семейные взаимоотношения играют огромную роль в формировании социальных установок и являются первым источником невротических образований.

Роль неблагоприятно складывающихся взаимоотношений особенно возрастает в критических фазах, когда претерпевают существенные сдвиги и характер и связи личности с действительностью, и вся ее функциональная структура, что позволяет рассматривать симптомокомплексы неврозов как инфантилизм или частичные задержки развития на детской стадии его.

При невротическом развитии не острые конфликты, не потрясающие события, а вся обстановка, создающая противоречия с действительностью, и часть еще в раннем детстве, искажает ход развития личности, создавая патологические тенденции.

Вторая форма невроза – актуальный невроз – остро возникает у личности, до того здоровой, под влиянием тяжелого, острого переживания или трудно разрешимой противоречивой и напряженной ситуации. Здесь между историей личности и историей болезни не существует соответствия – характер личности до заболевания не отличается болезненными чертами невроза. Источники болезненного состояния лежат по преимуществу в трудной ситуации, но не во внутренней структуре личности.

При актуальном неврозе отмечаются тяжелые условия при нормальных тенденциях личности, а нарушение переработки может быть объяснено тяжестью ситуации; при неврозе развития личности и ее тенденции имеют болезненный характер и создают конфликтные ситуации, а патологические переработки представляют собой привычный и характерный для нее способ реагирования.

Критерии отграничения неврозов

Психозы, конституциональные психопатии, неврозоподобные органические расстройства вытекают, согласно В.Н.Мясищеву, не из нарушенных отношений, а из непосредственного нарушений функций.

Если при неврозе нарушаются взаимоотношения личности с действительностью и возникающий конфликт создает вторичное нарушение нервно-психической функции, то при органическом заболевании, при психозе мы имеем непосредственное поражение функций и субстрата, что обуславливает вторичное нарушение взаимоотношений с действительностью.

При психопатии нарушенные взаимоотношения возникают из врожденной недостаточности нервно-психических функций, препятствующих включению личности в систему общественных отношений.

Реактивные состояния (депрессии, страх, тревога) и острые аффективные реакции по мнению В.Н.Мясищева, не имеют корней в особенностях личности, не нарушают в основном ее нормальной структуры и ее общих отношений к действительности и представляют собой относительно изолированный феномен. Это усиленная и адекватная реакция на остро действующие, потрясающие события.

Концепция психотерапии В.Н.Мясищева

Патогенетическая (также «психогенетическая») психотерапия В.Н.Мясищева является единственно динамически ориентированным подходом в России. Сам создатель относил его к «рациональной» психотерапии, обосновывая это следующими соображениями (1973). В психотерапии термин «рациональная психотерапия» существует в двух вариантах формирования у пациента правильных представлений о болезни: а) разъяснения или логического доказательства неправильности представлений и реакций больного и правильного здорового понимания его положения; б) переубеждения больного и формирования у него правильных убеждений.

Убеждение не только формирует правильное представление, но и обеспечивает действенность, регуляторную силу правильного представления. Эта сила возникает по мере того, как реорганизуется личность и система ее отношений к действительности. Реорганизация характеризуется тем, что ранее важное утрачивает свою значимость, возникают и начинают определять общественно адекватное поведение и переживания другие значимые мотивы. Меняются взгляды, убеждения и отношения.

Цель патогенетического психотерапевта – добиться понимания пациентом своих ошибок и необходимости измениться. Они добиваются этого путем последовательного осознания пациентом психологических причин (в понимании В.Н.Мясищева) своего расстройства.

В ходе патогенетической психотерапии в сознание пациента следует перевести материал, на который прямо указывал И.П.Павлов (1938), говоря,

что психотерапевту «надлежит отыскать вместе с больным или помимо него, или даже при его сопротивлении среди хаоса жизненных отношений те, разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть с правом связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза».

Основная задача заключается в том, чтобы в процессе патогенетической психотерапии сам пациент уловил бы взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею его отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию и проявлениями болезни – все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал.

Решающим моментом служит завершающая психотерапевтический процесс реконструкция нарушенных отношений пациента. При этом речь идет не просто об изменении отношения к данному травмирующему обстоятельству, что само по себе не всегда возможно. Излечение наступает, если удастся изменить систему отношений пациента в целом, его отношения к миру, если изменятся в широком плане его жизненные позиции и установки.

В.Н.Мясищев более масштабно определил цели патогенетической психотерапии: принцип лечения заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта.

Психотерапия, по В.Н.Мясищеву, представляет пограничную зону, в которой сочетаются лечение, восстановление и воспитание человека.

5.5.6. Индивидуальная форма патогенетической психотерапии

Задачи патогенетической психотерапии отражают поэтапный характер психотерапевтического процесса: от изучения личности пациента через осознание к изменению, т.е.к коррекции нарушенных отношений пациента и обусловленных ими неадекватных и эмоциональных и поведенческих стереотипов, ведущих к нарушению полноценного функционирования личности (Г.Л.Исурина, Б.Д.Карвасарский и др., 1989).

Конечные цели психотерапии состоят в достижении терапевтических изменений в трех сферах: когнитивной, эмоциональной и поведенческой. Однако

степень изменений в этих трех сферах различна при индивидуальной и групповой формах психотерапии. Индивидуальная психотерапия акцентирует когнитивный аспект изменений, и в этом отношении она обладает более мощным потенциалом по сравнению с групповой психотерапией. Групповая же форма терапии больше связана с изменениями в эмоциональной и поведенческой сферах.

Различия между индивидуальной и групповой психотерапией в аспекте формулирования терапевтических задач хорошо объясняются с помощью применения понятия «контур взаимодействия» (Г.Л.Исурин, Д.Б.Карвасарский и др., 1989).

При индивидуальной терапии общение ограничивается диадой «пациент-психотерапевт» - «вертикальный контур» взаимодействия.

Основную положительную роль во взаимодействии пациента и терапевта играют авторитет психотерапевта, его социальная направленность, широта кругозора, знание жизни, такт, умение слушать пациента, сочувственно-благожелательное к нему отношение, не исключаяющее в необходимых случаях противодействия социально-неприемлемым тенденциям пациента.

Поэтому психотерапия – это эмоционально насыщенное воздействие психотерапевта, в котором участвуют, наряду с его словом, и выразительность его мимики, и манера обращения с больным, и влияние всего режима данного учреждения.

При групповой психотерапии инструментом воздействия выступает психотерапевтическая группа. Здесь складывается ситуация реального взаимодействия, реального поведения, в которую систематически включены пациенты с широким диапазоном различных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих реакций. При этом пациенты находятся в относительно равной позиции по отношению друг к другу – «горизонтальный контур» взаимодействия.

Учитывая специфику индивидуальной психотерапии Г.Л.Исурина, Д.Б.Карвасарский и др. (1989) следующим образом формулируют конкретные ее задачи в каждой из трех сфер:

1. ***Сфера интеллектуального осознания (когнитивный аспект)***, сводят в целом к трем аспектам: осознание связей «личность – ситуация – болезнь», осознание интерперсонального плана собственной личности и осознание генетического (исторического) плана. Именно поэтому в центре внимания индивидуальной психотерапии оказывается биографический материал.

На основании анализа своей биографии пациент может:

- 1) осознать мотивы своего поведения, особенности своих отношений, эмоциональных и поведенческих реакций;
- 2) осознать неконструктивный характер ряда своих отношений, эмоциональных и поведенческих стереотипов;
- 3) осознать связь между различными психогенными факторами и невротическими расстройствами;
- 4) осознать меру своего участия в возникновении конфликтных и психотравмирующих ситуаций;
- 5) осознать более глубокие причины своих переживаний и способов реагирования, коренящихся в детстве, а также условия формирования своей системы отношений.

2. ***Эмоциональная сфера.*** Задачи в эмоциональной сфере в определенной степени тоже связаны с осознанием. Пациент может:

- 1) получить эмоциональную поддержку от психотерапевта, способствующую ослаблению защитных механизмов;
- 2) научиться понимать и вербализировать свои чувства;
- 3) испытывать более искренние чувства к самому себе;
- 4) ооскрыть свои проблемы с соответствующими им переживаниями (часто скрытыми от самого себя);

- 5) произвести эмоциональную коррекцию своих отношений, модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования.
3. **Поведенческая сфера.** Применительно к данному звену психотерапии задача формулируется следующим образом: формирование саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе. Пациент может корригировать свои неадекватные реакции и формы поведения на основании достижений в познавательной сфере.

Процедура индивидуальной психотерапии

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Общие рекомендации для проведения индивидуальной патогенетической психотерапии в наиболее развернутом виде приводятся Е.К.Яковлевой (1958), В.Н.Мясищевым, М.С.Лебединским (1966), Б.Д.Карвасарским (1980, 1999).

Ведущим психотерапевтическим лечением неврозов является метод перестройки отношений. Этот метод может быть назван глубокой психотерапией. Он дает возможность выяснить не только причины заболевания, известные пациенту, но и те из них, связь которых с имеющимися у него болезненными проявлениями ему не ясна.

Больным неврозами большей частью не ясны механизмы и источники возникновения невротических симптомов. Поэтому основная задача психотерапии прежде всего должна быть направлена на выяснение источников невротического состояния.

Психотерапия начинается с бесед терапевта и пациента, нацеленных на выяснение его жизненной истории, истории развития заболевания, особенностей личности пациента, его отношений к окружающей действительности – к родным, семье, школе, товарищам, работе и т.п. Во время проводимых психотерапевтических бесед уточняются особенности жизненного опыта пациента в различные возрастные периоды, отношения его к себе и окружающим, его тягостных и радостных переживаний, интересов, системы оценок, мотивации

своего поведения, понимания жизни и мира в целом и своего места в нем, его мечтаний и ожиданий, симпатий и антипатий – всего того, что образует внутренний мир человека, - и сопоставление этих данных с реальными условиями его жизни в настоящем и прошлом. Внимание пациента привлекается не только к его субъективным тенденциям и тем внешним обстоятельствам, с которыми они пришли в противоречие. Во время бесед с пациентом от внимания терапевта не должно ускользать ни одно замечание пациента, ни одно сообщение его о, казалось бы, незначительном факте, реакция на него пациента.

Таким образом, постепенно раскрываются особенности патогенеза расстройства и источник возникновения невротических симптомов.

Очень важно добиться понимания генеза расстройств самим пациентом. Необходимо помочь пациенту самому разобраться в причинах патогенных переживаний, возникших у него благодаря неправильно сложившимся отношениям, которые мешали разрешению встретившихся трудностей.

Важным условием успеха психотерапии является установление контакта терапевта с пациентом, положительное эмоциональное отношение пациента к процессу. Терапевту следует проявлять большую доброжелательность к пациенту, искреннее участие в нем, заинтересованность в его излечении при беспристрастном объективном подходе к разбору причин его расстройства. Такое отношение быстро оценивается пациентом, располагает его к лечению, создает доверие и вызывает на откровенность. Вместе с тем излишнее внимание, заласкивание пациента, так же как и неровное к нему отношение, проявление неискренности, торопливости, приводят к замыканию его, к внешнему, формальному контакту. При пассивном отношении пациента к психотерапии утрачивается возможность раскрытия причин невроза. Эти отрицательные моменты препятствуют успеху психотерапии.

В процессе патогенетической психотерапии можно отметить определенную последовательность в формах поведения терапевта. При первой встрече с пациентом терапевт минимально активен, недирективен, способствует искреннему раскрытию эмоциональных переживаний пациента, созданию довери-

тельного крнтакта. Затем, увеличивая свою активность, терапевт приступает к выяснению «внутренней картины болезни», к вербализации пациентом всех его представлений, связанных с пониманием болезни, ожиданий от лечения и перспектив выздоровления.

Проводя коррекцию «концепции» болезни у пациента, терапевт обсуждает с ним данные его обследований, помогает уловить связь эмоциональных факторов с симптоматикой. В этот период психотерапевт предоставляет пациенту соответствующую информацию и выступает преимущественно в роли эксперта. После уяснения пациентом связи между симптоматикой и провоцирующими патогенными ситуациями в содержании бесед происходят существенные изменения. Их предметом становятся уже не симптомы, а психологические проблемы, переживания и отношения пациента.

В процессе такого обсуждения в сознании пациента постепенно выстраивается определенная последовательность из различных звеньев новой концепции болезни: симптоматика – эмоциональные факторы или патогенные ситуации – личностные позиции или отношения – невротический конфликт – потребности или мотивы. Взаимоотношения с пациентом углубляются, терапевт становится помощником в интенсивной работе пациента над его внутренним миром.

На заключительном этапе психотерапии терапевт вновь увеличивает свою активность и даже директивность в испытании и закреплении пациентом новых способов переживания и поведения.

На всех этапах терапии осуществляется два взаимосвязанных психологических процесса – ***осознание и реконструкция системы отношений***.

Осознание (инсайт) заключается в понимании пациентом истинных источников собственных невротических расстройств. Реконструкция отношений личности состоит в коррекции нарушенных и выработке новых, адаптивных отношений.

В процессе патогенетической психотерапии пациент должен осознать связи между способами реагирования в определенных жизненных обстоятель-

ствах, его нарушенными значимыми отношениями и возникновением невроза. Терапевт выступает здесь в роли проводника в познании пациентом внутреннего мира собственной личности. Он пытается расширить у пациента область осознаваемого, помогает уяснить причинно-следственные связи, породившие невроз, вербализировать его смутные переживания и уточнить те соотношения, которые сам пациент прежде не соединял в своем сознании. Важно натолкнуть пациента на звенья, связывающие различные аспекты его поведения и его эмоциональные особенности, обратить его внимание на то, что раскрывает уязвимые точки его личности.

Полезным приемом в этом процессе является привлечение внимания пациента к возможным аналогиям эмоциональных отношений с терапевтом и отношений со значимыми лицами в его жизни.

Самое главное и самое трудное при обсуждениях заключается в том, чтобы помочь пациенту понять, что его невроз был вызван не только обстоятельствами жизни и внешними конфликтами, а внутренним конфликтом, в основе которого лежат неадекватные отношения, вследствие которых он не способен разрешить свои трудности. Конфликт же сопровождается эмоциональным напряжением, дезорганизующим сомато-нервно-психическое функционирование пациента и вызывающим тем самым соответствующую симптоматику. Именно эти взаимосвязи и помогает терапевт пациенту осознать.

Процесс осознания должен быть эмоционально насыщенным в своей сущности, иначе психотерапия к необходимым переменам в личности пациента не приводит.

Глубина осознания может быть различной. Первый уровень отражает понимание пациентом своего неправильного поведения, в частности в условиях патогенной ситуации. Это осознание может появиться в обстановке откровенного общения с другими пациентами, медперсоналом и психотерапевтом.

Второй уровень отражает осознание пациентом тех неадекватных отношений (в самооценке, отношении к другим людям и к окружающему миру), которые лежат в основе его неправильного поведения. На этом уровне понимания

пациент не только видит неправильность своего поведения в прошлом, но и понимает, почему он вел себя таким образом.

Третий уровень отражает понимание пациентом происхождения своего невроза, осознание истоков неадекватности своей системы отношений, что достигается посредством анализа жизненной истории пациента начиная с детского возраста, условий его воспитания.

Причиной развития невротических состояний является не столько наличие внешних и внутренних конфликтов, сколько неспособность личности решать эти конфликты. Задача психотерапии состоит в том, чтобы сделать личность способной к разрешению трудностей путем реконструкции системы отношений. Достижение этой цели ведет не только к устранению невротической симптоматики, но и к развитию новых, зрелых форм восприятия, переживаний и поведения пациента.

В ходе реконструкции нарушенных отношений происходят два процесса: коррекция неадаптивных позиций и выработка новых, более реалистичных. Эти новые позиции проходят проверку вначале в условиях терапевтической среды, а затем за ее пределами в ситуациях реальной жизни пациента.

Изменение отношений во внутренней структуре личности пациента осуществляется преимущественно с помощью двух основных психологических механизмов: идентификации и интернализации.

Идентификация (отождествление) пациента с терапевтом является следствием того, что терапевт удовлетворяет определенные потребности пациента. Пациент пытается усвоить одобряемые терапевтом формы поведения, конкретные суждения или представления. Иногда этот процесс усвоения специфических позиций носит неосознаваемый характер. Идентификация отражает довольно поверхностный и нестойкий уровень перемен в системе отношений пациента и его поведения. В ряде случаев идентификация может быть переходом к более глубокому уровню перемен, который уже осуществляется с помощью механизма интернализации (интериоризации). Важным условием этого типа перемен является атмосфера положительного принятия пациента терапевтом.

Процесс реконструкции отношений и выработки нового поведения протекает иногда с определенными трудностями – противодействием, «сопротивлением» пациента. Это затруднение возникает при коррекции неадаптивного поведения пациента. Сопротивление представляет собой психологический защитный механизм и отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосновение к глубоко скрытым переживаниям, реакцию на перестройку неадаптивного поведения.

Сопротивление пациента проявляется в общении с терапевтом в различных формах: в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, преводе разговора на другую тему, в неясности изложения проявлений своего заболевания, в отрицании реальных фактов, в отрицательной реакции на те или иные методы лечения, в юморе, иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями терапевта без должной их переработки и т.д.

Степень сопротивления в процессе терапии может изменяться. Она повышается при несовместимости установок пациента и стиля поведения терапевта, при явном игнорировании терапевтом устойчивых лечебных ожиданий пациента, при преждевременной интерпретации, при чрезмерных требованиях от пациента откровенности или активности, при неверии терапевта в возможности пациента, при отрицательном внутреннем отношении терапевта к пациенту, что может проявляться в критике без одобрения, иронии и т.п.

Процесс перестройки отношений человека, изменение его реакций является бесспорно, очень сложным, но не недоступным. Человеческий характер и отношения человека, благодаря чрезвычайной пластичности свойств нервной системы, являются динамичными и могут изменяться в связи с изменениями жизненных условий, социальных влияний и личного жизненного опыта.

Добиться познания самого себя является существенной задачей реконструктивного (воспитательного) этапа психотерапии. Большое значение в правильном воспитании характера и отношений имеет эмоциональное усвоение пациентом необходимости самовоспитания, требовательности к себе, к своим

поступкам, анализ их причин, дающий возможность регулировать свое поведение. Только познание пациентом самого себя, своих поступков и поведения дает ему возможность, пользуясь знанием, правильно отражать и перерабатывать внешние воздействия, без примеси влияния прошлых аффективно нарушенных отношений.

Описание метода

Индивидуальная патогенетическая психотерапия проводится в следующем порядке:

1. Преодоление неправильных представлений пациента о его болезни.
2. Осознание психологических причин и механизмов болезни.
 - 1) Объяснение понятий «функциональное» и «психогенное» расстройство.
 - 2) Различие между поводами и причинами расстройств.
 - 3) Анализ конфликта.
 - А. Анализ требований и желаний пациента и его окружения.
 - Б. Осознание конфликта.
3. Решение конфликта.
4. Реконструкция системы отношений.

Принцип лечения методом по В.Н.Мясищеву, заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта. В связи с этим большое значение приобретает групповая психотерапия, предоставляющая возможности для осознания пациентами дезадаптивных стереотипов поведения, выработки новых, адаптивных форм поведения и проверки их эффективности в условиях реального взаимодействия с участниками группы.

1. Преодоление неправильных представлений пациента о его болезни.

Большинство пациентов убеждены в том, что их болезнь имеет органические причины, что способствует необратимости данного расстройства. Это мнение, естественно, препятствует любому виду терапии, и терапевт должен разубедить в этом пациента. Это достигается объяснением пациенту (как это принято в рациональной психотерапии) результатов медицинского обследования, исключая все сомнительные, неясные или чрезмерно сложные результаты. Результаты, которые указывают на органические нарушения, тоже обсуждаются, т.к. пациент уже знает о них или выяснит это позднее – и в том и в другом случае это будет иметь более вредные последствия, чем если психотерапевт говорит об их реальном значении и включает их в свое объяснение.

Отвергнув связь жалоб больного с органическими нарушениями, психотерапевт может перейти к разъяснению объективно обнаруженных функциональных расстройств. При этом не следует ограничиваться заявлениями типа «Ничего страшного у вас не найдено», «Все ваши жалобы носят чисто функциональный характер». Тем более не следует произносить таких фраз, как «Вам все это только кажется». Необходимо доказать пациенту, что возникшие расстройства зависят не от внутренних причин, а от внешних психогенных факторов.

2. Осознание психологических причин и механизмов болезни.

1) Объяснение понятий «функциональное», «органическое» и «психогенное» расстройство.

Итак, надо доказать больному, что «функциональные» симптомы зависят от внешних психогенных факторов. Делается это в три этапа.

На первом этапе психотерапевт подчеркивает, что все обнаруженные функциональные нарушения носят не постоянный и необратимый, а временный и устранимый характер. Это подкрепляется конкретными результатами

исследования динамики нарушений. При этом внимание пациента привлекается к максимально большому числу таких наблюдений, которые показывают возможность их нормализации даже сейчас.

На втором этапе необходимо добиться, чтобы пациент понял, что все его расстройства вызваны психологическими причинами.

На третьем этапе до сознания больного доводится тот факт, что ведущей причиной его расстройств является переживание им конфликтной жизненной ситуации. При этом психотерапевту не следует опережать события и стремиться к тому, чтобы пациент сразу же разобрался во всех деталях истории формирования и психологического содержания конфликтной ситуации. На данном этапе подобный разговор обычно еще недоступен. Здесь достаточно, чтобы он уяснил лишь то, что манифестация его заболевания (функционального расстройства) и все последующие проявления находятся в четкой зависимости от переживаемых им жизненных неприятностей. Для этого психотерапевту надо напомнить пациенту им же самим приведенные описания тех ситуаций, в которых произошли самые начальные проявления расстройства (приступы, аффективные реакции).

Большинство пациентов не сразу принимают эти объяснения. Учитывая это, психотерапевт терпеливо продолжает давать необходимые разъяснения и уточнения. Однако в то же время он постепенно уводит пациента от застревания на этих вопросах и переключает его внимание на разбор основных психогенетических проблем.

2) Различия между поводами и причинами расстройств

Добившись понимания пациентом психогенного происхождения нарушений, психотерапевт меняет тематику проводимых собеседований. С этого момента они должны как можно меньше касаться собственно нарушений и как можно больше их психогенных причин, выявленных в процессе психогенетического анализа.

Первое, что здесь необходимо, - это разобраться в психологической взаимосвязи и патогенетической значимости многочисленных ими переживаний, которые так или иначе участвовали в формировании невроза. Пациент должен уяснить, что все эти события являются звеньями одной патологической цепи, но играют разную роль: только некоторые из них могут быть отнесены к подлинным причинам невроза, другие же представляют собой лишь поводы к его возникновению.

Чтобы помочь пациенту осознать скрытые за поводами подлинные причины своего расстройства, необходимо вернуть его к обдумыванию тех данных, которые были получены от него в процессе психогенетического анализа еще в то время (во избежание сопротивления), когда пациент не подозревал о том, что его жалобы могут иметь психологическую причину. Искусно задавая вопросы, психотерапевт заставляет увидеть пациента не только провоцирующие его расстройство факторы, но также и причину невроза.

Чтобы пациент смог полнее понять, что те события, которые он до сих пор считал причинами своего заболевания, на самом деле таковыми быть не могут, психотерапевту рекомендуется остановиться на следующих положениях.

Надо объяснить пациенту, что поводы не имеют самостоятельного определяющего значения и играют лишь роль последнего толчка или случайной искры, взрывающей уже подготовленную «бочку с порохом».

Надо напомнить больному, используя от него же полученные сведения, что заболевание его возникло не так уж неожиданно, как это может показаться при поверхностном рассмотрении. Еще задолго до его появления он уже находился в состоянии нервно-психического напряжения в результате переживания тех или иных хронических жизненных затруднений, а к моменту манифестации невроза это напряжение особенно сильно возросло.

Надо разъяснить пациенту, что события, которые непосредственно спровоцировали у него манифестацию невроза, действовали на него не столько прямым путем (посредством исключительно им свойственного болезнетворно-

го влияния), сколько путем косвенным (посредством психологической переработки этого влияния в свете индивидуального жизненного опыта).

Надо добиться, чтобы пациент припомнил, что в основе такой переработки у него лежала цепь ассоциаций, содержание которых – каким бы обстоятельствам оно вначале ни соответствовало – все более и более приближалось у содержанию его хронических жизненных затруднений в одном из основных направлений деятельности (общественном, учебном, производственном, хозяйственно-бытовом, семейном).

И наконец, надо, чтобы пациент уяснил, что конечное переживание, к которому привела цепь внешних ассоциаций, представляло результат сравнения своего настоящего положения с общей жизненной ситуацией, что привело к мысли (пусть мимолетной) о крайней сложности или даже невозможности устремления имеющихся хронических жизненных затруднений.

3) Анализ конфликта

Проникнув вместе с пациентом через «барьер поводов» в содержание переживаемой им патогенной жизненной ситуации, психотерапевт еще раз круто изменяет тематику проводимых бесед. С этого момента рекомендуется как можно меньше касаться функциональных нарушений и поводов к их возникновению и как можно больше их подлинных психогенных причин. Психотерапевт неуклонно уводит пациента от застревания на вопросах своего соматического состояния и направляет его активность на обсуждение актуальных психологических проблем.

Основное, что здесь требуется сделать, - это довести до сознания пациента положение, что неврозы возникают не в результате одностороннего воздействия на человека психотравмирующих факторов, а в результате двустороннего взаимодействия с ними.

Иными словами, пациент должен понять, что причиной его невроза является сложная жизненная ситуация или конфликт и что любой по содержанию

конфликт всегда представляет собой следствие не только неблагоприятного стечения внешних обстоятельств, но и нерационального отношения к этим обстоятельствам и нерационального поведения при них самого больного. Отсюда возникает необходимость убедить больного обдумать и самокритично оценить – какую роль в происхождении переживаемого им конфликта (или ситуации) играют, с одной стороны, объективно трудные, не зависящие от его желаний и воли жизненные обстоятельства, а с другой стороны, его собственные неправильности в отношениях и поведении, зависящие исключительно от особенностей его личности.

Достигнуть этой цели очень трудно. Большинство пациентов (особенно истеричных) видит причину своих страданий только в неблагоприятных внешних условиях жизни, в несправедливом отношении к ним отдельных лиц из их микросоциального окружения, но категорически отрицают свой личный «вклад» в развитие патогенной конфликтной ситуации. Те пациенты, которые настроены более самокритично, проявляют эту критику «в общих чертах», но уходят от признания конкретных недостатков или же соглашаются со втростепенными, но отнюдь не главными. Даже пациенты с заниженной самооценкой, бичуя себя за нерешительность, мнительность, практическую беспомощность и т.д., в то же время отказываются от эгоистической направленности ряда своих целей и желаний. Когда же психотерапевт пытается доказать им это «наскоком», без достаточной предварительной подготовки, то он сразу же наталкивается на обвинение в их непонимании, обиду, и в итоге на негативное отношение к продолжению психотерапии.

А. Анализ требований и желаний пациента и его окружения

Пациента надо постепенно подводить к осознанию своего вклада в возникновение конфликтной ситуации, изучая вместе с ним компоненты конфликта. Психотерапевт пытается объективно и беспристрастно анализировать позиции и интересы всех участвующих в развитии конфликта лиц.

Прежде всего пациенту предлагается в произвольной последовательности сформулировать все свои недовольства теми или иными сторонами жизни и все свои претензии к лицам, с которыми он находится в конфликтных отношениях. Далее следует систематизировать его претензии и недовольства по степени их субъективной значимости: какие из предъявленных претензий пациент считает самыми главными, то есть такими, неудовлетворенность которых в большей мере мешает ему жить, учиться и трудиться в соответствии со своими желаниями; какие он полагает менее важными, но все же их выполнение заметно досаждают ему; и какие он относит к третьестепенным – отсутствие их реализации неприятно, но он все же может мириться с ними.

После этого пациента просят перечислить по степени субъективной важности все то, чем он удовлетворен и доволен в своей судьбе и, в частности, попытаться определить, обладают ли какими-либо положительными качествами и достоинствами те лица, с которыми он находится в конфликтных отношениях.

Завершив уточнение отрицательных и положительных отношений пациента к основным сторонам жизни и к тем лицам, которые оказались втянутыми в конфликтные отношения с ним (и одновременно отводя от себя возможные обвинения в односторонности и необъективности), психотерапевт предлагает ему еще более сложную задачу – самокритично сформулировать и представить в виде аналогичного перечня отрицательные и положительные качества своей собственной личности и оценить их роль в развитии патогенетического конфликта.

В заключение требуется сравнить все высказанные пациентом претензии и положительные рценки в адрес своего социального окружения с претензиями и положительными оценками этого окружения в его адрес и, кроме того, с результатами объективного наблюдения за особенностями его поведения в данном учреждении.

Б. Осознание конфликта.

Собрав все эти материалы и объединив их с ранее сообщенными пациентом данными об истории формирования своей личности и развитии патогенной жизненной ситуации, психотерапевт переходит к процессу непосредственного доведения до сознания пациента подлинного содержания его конфликта с внешним окружением и (или) с самим собой и мотивов, которые лежат в его основе. При этом, выбирая тактику, надо иметь в виду два ее варианта.

Первый вариант используется в том случае, если пациент активно сотрудничает с психотерапевтом. Тогда уже по ходу сбора перечисленных выше сведений он, самостоятельно сопоставляя их друг с другом, начинает улавливать те или иные несоответствия между ними и, самокритично обдумывая последние, постепенно приходит к правильному выводу о положительных и отрицательных качествах собственной личности и о соотносительной роли ее тенденций и внешних влияний в развитии патогенного конфликта. Здесь активность психотерапевта может быть минимальной. Она заключается лишь в просьбах к пациенту избегать общих и уклончивых фраз и как можно более конкретно формулировать все свои претензии и оценки, а также в постановке перед ним дополнительных детализирующих и –уточняющих вопросов.

Второй вариант тактики применяется тогда, когда пациент активно сопротивляется проведению психотерапии и отказывается от самостоятельного сопоставления и самокритического обсуждения собранных данных. В таком случае можно прибегнуть к приему так называемой «контрфронтации».

Прежде всего здесь требуется подчеркнуть доброжелательное и внимательное отношение психотерапевта к пациенту, но одновременно его полную беспристрастность. Для этого, в частности, психотерапевт излагает свое понимание сильных сторон личности пациента и всех его справедливых требований к окружающему. Однако затем психотерапевт мягко, но решительно ставит пациента перед фактом, что целый ряд сообщаемых им сведений о своих личных качествах и особенностях своих отношений к окружающему или окружающего к нему не соответствует действительности, поскольку эти сведения: а) опровергаются прямо противоположными данными, полученными от близких, сверст-

ников, друзей, из характеристик и т.д.; б) находятся в очевидном противоречии с результатами наблюдения за его поведением в данном учреждении (приводятся конкретные наблюдения); в) исключаются им самим же ранее рассказанными эпизодами из своей жизни, свидетельствующими о возможности совершенно другого поведения.

Столкнув столь решительным образом мнение пациента с не соответствующими этому мнению аргументами, терапевт просит пациента откровенно объяснить, чем же обуславливаются такие расхождения. Если пациент продолжает настаивать на своей правоте, психотерапевт приводит новые контраргументы, а затем задает такую серию вопросов, ответы на которые неизбежно обнажают не только ошибочность мнения пациента, но и скрытые мотивы этой ошибочности.

3. Решение конфликта

Патогенная жизненная ситуация является одним из самых важных факторов в генезе невротических расстройств. По этой причине одной из главных задач психотерапевта является помощь пациенту в решении этой трудной жизненной ситуации.

Продуктивное разрешение патогенной ситуации многие психотерапевты ставят в зависимость от нахождения рационального выхода из нее. Воплощение в жизнь найденного рационального выхода начинается в процессе психотерапии, а завершается позже – за пределами психотерапевтической среды, в процессе социально-трудовой реадaptации.

Приступая к нахождению «рационального выхода», психотерапевт должен отдавать себе отчет в том, что это такое. Несмотря на частое использование этого термина в литературе и его общую семантическую понятность, четкого определения его смысла в узко психотерапевтическом значении не имеется.

Очень редко одни только внешние обстоятельства ответственны за возникновение проблематичной ситуации. Так же редко причины конфликта лежат только в личности пациента. Почти всегда виноваты обе стороны: и неправильное отношение к пациенту социального окружения, и неправильное отношение пациента к его окружению (хотя не ясно, какая из сторон вносит большой вклад в возникновение конфликта). А отсюда следует, что рациональным можно считать лишь такой выход из патогенной жизненной ситуации, который осуществляется не за счет односторонних уступок только социальной среды или только одного пациента, а за счет уступок взаимных, эквивалентных справедливым требованиям друг к другу, и который в равной мере удовлетворяет все участвующие в конфликте стороны. Иными словами, рациональный выход есть идеальный компромисс.

Начинать эту работу следует с постановки и обсуждения вопроса о том, какие из лежащих в основе данного конфликта взаимных претензий пациента и его социального окружения являются объективно справедливыми (и в принципе должны быть отвергнуты).

При обсуждении этого вопроса психотерапевт занимает абсолютно нейтральную позицию и руководствуется в качестве критерия не своими личными симпатиями и антипатиями, а только, с одной стороны, общепринятыми нормами и правилами общежития, а с другой – оценкой имеющихся у пациента реальных и потенциальных возможностей жить в соответствии с этими правилами.

После этого решается вопрос, какие из справедливых требований пациента к своему окружению могут быть реально удовлетворены, а какие не могут или имеют крайне неясные и проблематичные перспективы.

Только теперь психотерапевт может приступать к непосредственной работе с пациентом – к совместному с ним поиску рационального выхода. При этом психотерапевт ни в коем случае не должен директивно навязывать пациенту своего мнения. Пациент должен критически взвесить все «за» и «против»

в отношении каждого возможного варианта разрешения патогенной ситуации и выбрать наиболее оптимальный из них.

Такой выбор представляет для пациента крайне трудное дело. Поэтому даже в лучшем случае (при относительной несложности конфликтной ситуации) он за редкими исключениями приходит к нему не сразу, а поэтапно. Вначале, ориентируясь на свои прошлые бесплодные метания в поисках выхода, пациент вообще отрицает его возможность. Затем он пытается настоять на полярных, взаимоисключающих друг друга решениях типа «или – или», влекущих за собой удовлетворение одних требований при резком возрастании неудовлетворенности других. Потом он начинает находить возможности частичного решения своих проблем, у него обнаруживается мозаичность согласий и несогласий с их отдельными аспектами. И лишь впоследствии наметившийся частичный компромисс начинает постепенно расширяться и приближаться к полному. Только в итоге напряженных и порой мучительных размышлений находится такой вектор поведения, который соответствует всем справедливым требованиям пациента к своему окружению и окружения к нему.

4. Реконструкция системы отношений

Осознание пациентом своих неправильных отношений и вытекающих из них неадекватных требований к окружающим является недостаточным для достижения стойкого психотерапевтического изменения. Более того, изменение отношения пациента к конкретной конфликтной ситуации или к человеку, непосредственно вовлеченному в конфликт, также может оказаться недостаточным, если не подвергнута реконструкции система отношений пациента в целом, если им не пересмотрены его жизненные позиции, установки, убеждения.

Реконструкция системы отношений не может быть подмена морализацией и дачей общих рекомендаций типа: «Вам необходимо изменить характер»,

«Учитесь сдерживать себя», «Будьте активнее и смелее». Подобные рекомендации бесполезны, так как пациент не знает, как это сделать.

Возможности индивидуальной психотерапии в деле реконструкции системы отношений, в деле перевоспитания пациента, изменение его характера ограничены. Хотя жизненный опыт психотерапевта и может сыграть здесь определенную роль.

Принцип лечения методом психотерапии, по В.Н.Мясищеву, заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта. В связи с этим большое значение приобретает групповая психотерапия, предоставляющая большие возможности для осознания пациентами дезадаптивных стереотипов поведения, выработки новых, адаптивных форм поведения и проверки их эффективности в условиях реального взаимодействия с участниками группы.

Однако, сколь бы ни была эффективна групповая психотерапия, процесс реконструкции личности не ограничивается ею. Достигнутые терапевтические изменения, новые образцы поведения должны быть генерализованы за пределы психотерапевтической среды и закреплены в условиях реальной жизни пациентов в быту, в семье, в ученическом или производственном коллективе. Такая реабилитационная программа может быть осуществлена только совместными усилиями врачей, психологов и социальных работников.

5.5.7. Групповая форма патогенетической психотерапии

Групповая психотерапия представляет иной аспект воздействия на внутриличностные структуры. В психотерапевтической группе каждый пациент моделирует свою реальную жизненную ситуацию, использует привычные для него стереотипы поведения, реализует характерные отношения и установки. Здесь он получает возможность «посмотреть на себя со стороны», понять непродуктивный характер своего поведения и общения и в психотерапевтической обстановке прийти к изменению нарушенных отношений, приобретая навыки полноценного общения, отказываясь от невротических защитных механизмов,

осваивая иные, более адекватные формы эмоционального реагирования и поведения.

Таким образом, групповой психотерапевтический процесс охватывает не только индивидуальную проблематику пациента в ее непосредственном выражении, но и преломление индивидуальных проблем в реальных отношениях, складывающихся в группе – с другими членами группы, с группой как целым, с психотерапевтом. Специфичность групповой психотерапии заключается в осознанном и целенаправленном использовании всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы (включая психотерапевта), т.е. происходит целенаправленное использование групповой динамики в лечебных целях.

Согласно А.В.Петровскому, структуру малой группы можно представить как состоящую из трех слоев («страт»):

1. Внешний уровень – уровень эмоциональных межличностных отношений. Отношения на этом уровне строятся на основе привязанностей или антипатий, имеют непосредственно эмоциональную основу.
2. Ценностно-ориентированное единство. Этот страт характеризуется тем, что отношения здесь опосредованы совместной деятельностью. Другой член группы «принимается» каждым на том основании, что мир его ценностных ориентаций схож с его собственным миром ценностей.
3. На третьем уровне отмечается еще большее включение индивида в совместную групповую деятельность. Члены группы разделяют цели групповой деятельности. Это «ядерный» слой внутригрупповых ценностей.

Три «страта» групповых структур, по А.В.Петровскому, могут одновременно быть рассмотрены и как три уровня развития группы, в частности три уровня групповой сплоченности. На первом уровне сплоченность выражается развитием эмоциональных контактов. На втором уровне – что соответствует ценностно-ориентированному единству – происходит дальнейшее сплочение группы, и выражается в совпадении основной системы ценностей, связанных с процессом совместной деятельности. На третьем уровне – что соответствует

«ядерному» слою внутригрупповых отношений – интеграция группы, а значит, и ее сплоченность проявляются в том, что все члены группы начинают разделять общие цели групповой деятельности.

Целью группового психотерапевта является *превращение диффузной группы в психотерапевтический коллектив.*

Коллектив – это общность людей, в которой межличностные отношения опосредуются общественно ценным и личностно значимым содержанием совместной деятельности. Поэтому задача психотерапевта заключается еще и в том, чтобы в процессе группового общения сформировать некоторые опосредующие его общегрупповые ценности, которые интериоризуясь, могли бы стать «новыми» свойствами личности, обеспечивающими процесс последующей реабилитации.

Предметом совместной деятельности всех членов психотерапевтического коллектива является система отношений каждого из его членов. Коррекция неадекватных отношений, формирование социально приемлемой системы отношений у каждого члена группы и является социально и личностно-значимым в предмете совместной деятельности всех.

Пациент, приходя в группу, изначально мотивирован лишь своими личными проблемами и не обнаруживает заинтересованности в излечении каждого члена группы. В результате направленной работы психотерапевта члены психотерапевтической группы начинают осознавать необходимость кооперации усилий, необходимость активного участия во внутригрупповом взаимодействии. Пациент на первых же этапах групповой психотерапии несколько меняет свою позицию и начинает рассматривать группу в целом и каждого ее члена в качестве интрумента психотерапевтического воздействия. Иными словами, он осознает пользу группы для самого себя. Члены группы начинают понимать, что метод групповой психотерапии предполагает такое взаимодействие, при котором каждый будет проявлять заботу о других, вникать в переживания, проблемы других. В сознании каждого утверждается понимание того факта, что сосредоточение на себе, безразличие к переживаниям, проблемам другого

блокирует лечебные возможности метода групповой психотерапии. Таким образом, достигается осознание необходимости *совместной деятельности*, понимание невозможности достижения поставленной цели без включения в совместную групповую деятельность, без подчинения ее законам.

Коллективом психотерапевтическая группа становится, когда мотивы психотерапевта и каждого члена группы начинают совмещаться, совпадать, когда в группе обнаруживается система отношений, которая реализует принцип: «Здоровье каждого – богатство всех».

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГРУППОВОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Целью групповой патогенетической терапии является коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных реакций и форм поведения посредством направленного воздействия психотерапевтической группы на основные компоненты отношений личности: когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

Конкретные задачи в каждой из этих сфер формулируются следующим образом:

1. Когнитивная сфера

В когнитивной (познавательной) сфере пациент должен осознать три главных момента (инсайта):

Инсайт № 1 – осознать связь между различными психогенными факторами (психотравмами, патогенными ситуациями) и невротическими расстройствами (эмоциональными нарушениями);

Инсайт № 2 – «интерперсональное осознание» – уяснить меру своего участия в возникновении конфликтных и травмирующих ситуаций, то есть каким образом он сам своим поведением и своими отношениями способствует этому, а также понять, каким путем можно было бы предотвратить повторение конфликтных ситуаций через другое поведение и другие отношения;

Инсайт № 3 – «генетическое осознание» – уловить более глубокие причины собственных переживаний и способов поведения начиная с детства, а также особенностей и условий формирования своей системы отношений.

2. Эмоциональная сфера.

В эмоциональной сфере пациент может:

- 1) в атмосфере откровенности и доверия свободно раскрыть свои проблемы с соответствующими чувствами (часто скрытыми не только для окружающих, но и от себя);
- 2) получить эмоциональную поддержку, необходимую для ослабления действия невротических защитных механизмов, стабилизации самооценки, повышения самоуважения, изменения эмоционального отношения к самому себе;
- 3) получить возможность осуществить эмоциональную коррекцию своих отношений, модифицировать способ переживаний и реагирования, восприятия своих отношений с окружающими.

3. Поведенческая сфера.

Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

- 1) приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения с окружающими;
- 2) преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в процессе психотерапии, в частности, связанные с избеганием субъективно сложных ситуаций;
- 3) развивать формы поведения, связанные с сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью;
- 4) закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;
- 5) вырабатывать и закреплять адекватные формы поведения и реагирования на основании достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

МЕХАНИЗМЫ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ГРУППОВОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В качестве основных механизмов лечебного действия патогенетической психотерапии могут рассматриваться: корригирующий эмоциональный опыт, конфронтация и научение (А.А.Александров, Б.А.Бараш, Г.Л.Исурин, Б.Д.Карвасарский и др., 1992)

Корригирующее эмоциональное переживание. Это понятие включает несколько аспектов и прежде всего эмоциональную поддержку. Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или психотерапевтом и группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовности понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации о себе, которая часто не соответствует собственным представлениям. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов. Более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым новой информации и новому опыту. Эмоциональная поддержка оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и таким образом производит корригирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент системы отношений, каким является отношение к себе, практически всегда неадекватное в структуре отношений невротической личности.

Корригирующее эмоциональное переживание связано также с переживанием пациентом своего прошлого и текущего опыта. Воспроизведение в ходе психотерапии различных эмоциональных ситуаций, с которыми пациент не мог справиться в жизни, позволяет в особых психотерапевтических условиях вычленить эти переживания, проанализировать их, пережить и преработать, а

также выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. При этом вовсе не обязательно, чтобы эти ситуации были абсолютно идентичны по содержанию, в данном случае речь идет о совпадении эмоций, их сопровождающих.

Конфронтация. По мнению большинства авторов, она является ведущим механизмом лечебного действия психотерапии, ориентированной на личностные изменения. Конфронтация понимается как «столкновение» пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, установками, характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами и осуществляется в основном за счет обратной связи между участниками психотерапевтического процесса.

В ходе индивидуальной психотерапии основным инструментом обратной связи выступает психотерапевт, который не столько привносит в нее свое содержание, сколько «отражает» различные аспекты психологической реальности пациента, фокусируя внимание на сложностях и противоречиях. Обратная связь в групповой психотерапии является более многоплановой, поскольку осуществляется между каждым из членов группы и группой как целым.

Благодаря наличию обратной связи каждый из участников группы получает информацию о том, какие эмоциональные реакции у окружающих вызывает его поведение, как он воспринимается другими, в каких случаях его интерпретация эмоционального содержания межличностной ситуации оказывается неадекватной и влечет за собой столь же неадекватную реакцию, каковы цели и мотивы его поведения, насколько его актуальное поведение способствует достижению этих целей, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы характерны для него, какую связь видят другие между его прошлым и актуальным опытом и поведением.

Обратная связь дает возможность участнику группы понять и оценить значение собственной роли в типичных для него межличностных конфликтах и через это глубже понять свои невротические проблемы и особенности своих отношений, соотнося прошлое и настоящее. Пациент видит себя как бы в раз-

личных зеркалах, которыми являются участники психотерапевтической группы. Информация часто противоречит или не согласуется с существующим образом «Я», и задача психотерапии заключается в расширении его путем интеграции полученной информации.

Научение. Научение в рамках патогенетической психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия представляет для реализации этого механизма более благоприятные условия. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и таким образом создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, поведения, позволяет вычлнить в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания.

Групповая ситуация является ситуацией многопланового, реального эмоционального межличностного взаимодействия, что в значительной степени облегчает отказ от неадекватных поведенческих стереотипов и выработку навыков полноценного общения. Эти изменения позитивно подкрепляются в группе, пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят удовлетворение ему самому и позитивно воспринимаются окружающими.

СИСТЕМА ОТНОШЕНИЙ БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ И ЕЕ РЕКОНСТРУКЦИЯ В ПРОЦЕССЕ ГРУППОВОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Попытка целенаправленного изучения системы отношений больных неврозами и ее перестройка в ходе групповой психотерапии была предпринята Г.Л.Исуриной (1983). В исследовании показано, что нарушение системы отношений у больных неврозами заключается в нарушении ее целостности за счет нарушения практически всех наиболее значимых для личности отношений. В основе этого нарушения лежит искажение когнитивного компонента отношений и значительное преобладание эмоционально-аффективного компонента,

связанного с переживанием эмоционального неблагополучия. Следствием этого является недостаточность поведенческого компонента отношения, что влечет за собой нарушение основной функции системы отношений - адекватной регуляции поведения.

В процессе групповой психотерапии происходят позитивные сдвиги в системе отношений больных неврозами, которые свидетельствуют о коррекции нарушенных отношений личности. Ведущую роль в этом процессе играет изменение самооценки и отношения к себе. Коррекция отношения к себе и самооценки, так же как и других отношений, происходит в процессе групповой психотерапии за счет эмоциональной поддержки и обратной связи. По мнению Г.Л.Исуриной, эмоциональная поддержка в большей степени направлена на коррекцию эмоционального компонента отношения, а обратная связь – когнитивного компонента. Включенное наблюдение за работой терапевтической группы показывает, что коррекция отношения к себе начинается с изменения эмоционального компонента отношения, затем захватывает когнитивный, который уже вторично вновь влияет на изменение эмоционального компонента этого отношения.

Эмоциональная поддержка ослабляет действие невротических защитных механизмов, позволяет участникам группы раскрыть свои проблемы и переживания без страха, что это повлечет за собой негативную оценку. Таким образом, эмоциональная поддержка оказывает позитивное влияние на эмоциональный компонент отношения к себе и создает условия для осуществления направленного психотерапевтического воздействия посредством обратной связи и конструктивной переработки ее содержания, в результате чего формируется более адекватное самопонимание, т.е. корригируется когнитивный компонент отношения.

Коррекция отношения к себе происходит не только на уровне реальных отношений, но и на уровне идеальных. Перестройка идеальных отношений заключается в том, что они основываются уже не только на абстрактных нормативных представлениях, но и на реальных возможностях, потребностях лично-

сти, что приводит к коррекции и изменению уровня притязаний. Идеальные отношения и представления перестают быть лишь абстрактным идеалом, а создают перспективу развития и достижения, приносящую удовлетворение и уверенность в собственных силах. Они не являются застывшими, раз и навсегда определившимися, а становятся более динамичными и способными к дальнейшему развитию.

Таким образом, коррекция нарушенной системы отношений начинается с изменения отношения к себе, прежде всего его эмоционального компонента, затем происходит коррекция когнитивного компонента этого отношения, в результате чего восстанавливается баланс между знанием о себе (когнитивный аспект) и эмоционально-аффективной оценкой. Отношение становится полноценным и способным выполнять функцию адекватной регуляции поведения. Сформированное более адекватное отношение к себе направляет дальнейшее поведение в группе, создавая мотивацию для изменения других отношений. Эти изменения происходят вначале во внутреннем плане и касаются когнитивного компонента отношений к основным сферам своего функционирования и к окружающим. Пациент учится лучше понимать других людей, особенности и мотивы их поведения, зачастую присущую человеческому поведению противоречивость. Пациент учится сопереживанию, взаимопомощи, самоконтролю, следствием чего является разрушение невротического эгоцентризма и облегчается коррекция своих отношений и способов эмоционального реагирования и поведения в отношении других людей.

Межличностное отношение становится более гибким, эмпатичным и более эффективным. Позитивное подкрепление в процессе групповой терапии новых, более адекватных отношений и установок, новых способов поведения и эмоционального реагирования приносит пациенту чувство удовлетворения, ощущение собственных возможностей, понимание конструктивности избранного пути. Все это влияет на самооценку и отношение к себе в позитивном направлении, но уже не только на основании эмоциональной поддержки, но и на основании результатов собственных достижений.

Г.Л.Исурина (1993) на основе экспериментально-психологических исследований приходит к выводу о том, что в процессе групповой психотерапии у больных неврозами отмечается кризисная фаза в динамике самооценки и системы отношений. У большинства пациентов кризис наступает в начальном периоде «рабочей» фазы функционирования психотерапевтической группы. В этом периоде у пациентов отмечается снижение показателей самооценки и нарастание дезинтеграции и рассогласованности в системе отношений: реальные и идеальные блоки еще в большей степени удаляются друг от друга, чем это было зафиксировано перед началом групповой психотерапии.

Наличие кризисной фазы Г.Л.Исурина объясняет тем, что начальный период рабочей фазы функционирования психотерапевтической группы представляет собой для пациента чрезвычайно сложную личностную ситуацию, т.к. здесь начинает формироваться понимание собственной проблематики, которая затрагивает наиболее значимые отношения и переживания пациентов, их невротические конфликты. Пациент сталкивается с представлением о себе, отличным от того, которое существовало у него до сих пор. Ситуация в психотерапевтической группе требует от пациента отказа от привычных стереотипов поведения, от использования защитных механизмов, свойственной невротической личности. В этом периоде начинается воздействие на такую фундаментальную характеристику личности, обеспечивающую ее целостность, какой является самооценка и отношение к себе. Изменяется самопонимание за счет переработки содержания обратной связи и включение в представление о себе информации, противоречащей прежней позиции. Это и приводит к дезинтеграции системы отношений, которая определяет наличие кризиса как в динамике самооценки, так и в динамике системы отношений в целом.

В рамках психотерапевтических задач явление кризиса носит положительный характер, т.к. ломке подвергаются невротическая структура, невротическая система отношений, неадекватные поведенческие и эмоциональные стереотипы, характерные для невротической личности защитные механизмы.

Ценностные ориентации больных невротами и их динамика в процессе групповой патогенетической психотерапии.

Изучение ценностных отношений личности больных невротами, и их изменения в процессе патогенетической психотерапии была предпринята А.А.Александровым (1992) с использованием методики М.Рокича. В данной методике предлагается испытуемому проранжировать два списка ценностей (каждый содержит по 18 единиц): ценности-цели («терминальные ценности») и ценности-средства («инструментальные»). Другими словами, испытуемый должен показать, на какие цели в жизни он ориентируется и какими средствами добивается их.

К ценностям-целям относятся: 1. Активная деятельная жизнь. 2. Жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом). 3. Здоровье (физическое и психическое). 4. Интересная работа. 5. Красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и искусстве). 6. Любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком). 7. Материально-обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений). 8. Наличие хороших и верных друзей. 9. Общая хорошая обстановка в стране, в обществе, сохранение мира между народами (как условия благополучия каждого). 10. Общественное признание (уважение окружающих, коллектива, товарищей по работе). 11. Познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие). 12. Равенство (братство, равные возможности для всех). 13. Самостоятельность как независимость в суждениях и оценках. 14. Свобода как независимость в поступках и действиях. 15. Счастливая семейная жизнь. 16. Творчество (возможность творческой деятельности). 17. Уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений). 18. Удовольствия (жизнь полная удовольствий, приятного проведения времени).

К ценностям-средствам относятся: 1. Аккуратность (чистоплотность, умение содержать в порядке свои вещи, порядок в делах). 2. Воспитанность

(хорошие манеры, вежливость). 3. Высокие запросы (высокие притязания). 4. Жизнерадостность (чувство юмора). 5. Исполнительность (дисциплинированность). 6. Независимость (способность действовать самостоятельно, решительно). 7. Непримируемость к недостаткам в себе и в других. 8. Образованность (широта знаний, высокая общая культура). 9. Ответственность (чувство долга, умение держать слово). 10. Рационализм (умение здраво и логично мыслить, принимать обдуманые, рациональные решения). 11. Самоконтроль (сдержанность, самодисциплина). 12. Смелость в отстаивании своего мнения, своих взглядов. 13. Твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями). 14. Терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим ошибки и заблуждения). 15. Широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки). 16. Честность (правдивость, искренность). 17. Эффективность (в делах, трудолюбие, продуктивность в работе). 18. Чуткость (заботливость).

Данное исследование позволило выявить специфические черты ценностно-ориентированной деятельности больных неврозами, проявляющиеся в невротических адаптивных способах восприятия окружающей действительности, в отсутствии представлений о своих собственных возможностях и конструктивных путях достижения наиболее важных жизненных ценностей. Вместе с тем ценностные структуры до проведения групповой психотерапии характеризовались высокой степенью рассогласованности и противоречивости.

Было показано, что в процессе групповой психотерапии происходило постепенное осознание членами психотерапевтических групп общности своих устремлений, единства позиций. Пациенты начинали проявлять синтонность переживаний по поводу успехов и неудач в реализации целей совместной деятельности. Происходило формирование единого ценностного представления об основных жизненных целях и средствах их достижения. Следовательно, психотерапевтическая группа на завершающем этапе ее деятельности начала обладать необходимыми для терапевтического успеха социально-

психологическими свойствами (ценностно-ориентационным единством во взглядах на предмет совместной деятельности).

Методика групповой патогенетической психотерапии.

Главной формой групповой патогенетической психотерапии является **групповая дискуссия**. Материалом для дискуссии могут быть: 1) биографии отдельных пациентов, их поведение в учреждении, где проводится психотерапия, их проблемы и жизненные ситуации в настоящее время, поведение и переживания во время групповых занятий; 2) определенные темы, являющиеся актуальными для участников группы; 3) взаимодействие (интеракция) между участниками группы, конфликты, возникающие в группе, ситуации и механизмы, связанные с функционированием группы как целого. Короче говоря, групповая психотерапия или отдельный групповой сеанс могут быть ориентированы на индивида, на определенные темы и на интеракции. В зависимости от этого различают сеансы биографические, тематические и интеракционные.

В рамках этих трех ориентаций используются вспомогательные формы групповой психотерапии, предназначенные для получения дополнительного материала для дискуссии: разыгрывание ролевых ситуаций, психогимнастика, социограмма, проективный рисунок и др.

РАЗМИНКА

Сеанс групповой психотерапии, как правило, начинается с разминки. Для этой цели используется ряд *психогимнастических упражнений*. Психогимнастика – это форма психотерапии, при которой главным средством коммуникации является двигательная экспрессия. Она требует от участников группы выражения эмоций с помощью мимики, пантомимы. Напряжение, скованность, тревога, свойственные больным неврозами, в непривычной ситуации усиливаются; страх перед неформальными контактами, к тому же в такой непривычной

форме, возрастает, поэтому начинать группые занятия нужно с разминочных упражнений, целью которых является уменьшение напряжения, сокращение эмоциональной дистанции между участниками группы, тренинг способности выражать и понимать чувства, мысли, различные эмоциональные состояния без помощи слов. Начинается разминка с упражнений, направленных на развитие внимания. К такого рода упражнения:

1. Гимнастика «с запаздыванием». Вся группа повторяет за одним из участников обычное гимнастическое упражнение, отставая от ведущего на одно движение. Темп упражнений постепенно нарастает.
2. «Передача ритма по кругу». Вслед за одним из участников все члены группы поочередно по кругу повторяют, хлопая в ладоши, заданный ритм.
3. «Передача движения по кругу». Один из участников группы начинает действие с воображаемым предметом и чтобы это действие можно было продолжить. Сосед продолжает это действие, таким образом воображаемый предмет обходит весь круг.

Другая группа упражнений направлена на снятие напряжения и состоит из простейших движений: «я иду по горячему песку» и т.п.

Следующая группа упражнений направлена прежде всего на сокращение эмоциональной дистанции: разойтись с партнером на узком мостике; сесть на стул, занятый другим человеком и т.п.

И наконец, упражнения, связанные с тренировкой понимания невербального поведения других и тренировкой способности выражения своих чувств и мыслей с помощью невербального поведения.

1. «Разговор через стекло» – договориться о чем-либо с другим человеком с помощью жестов.
2. Изобразить то или иное состояние, чувство; психологические особенности другого человека.
3. Понять, какое чувство хотел выразить другой человек.
4. Обратить на себя внимание группы.

Выбор упражнений для разминки, а также длительность этой части группового занятия определяется общей внутригрупповой ситуацией и фазой развития группы.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Содержание основной части группового занятия зависит от его ориентации.

1. Биографическая ориентация

Это ориентация на разбор отдельного пациента, который находится в центре внимания группы. Основные интеракции связаны с ним. Пациент говорит о своей проблеме, а группа дает ему обратную связь, участники выражают свои чувства, отношения.

Биография представляет собой только один из возможных вариантов такого сеанса. Сеанс может быть посвящен текущему поведению пациента в группе, его конфликтам за рамками группы без биографического разбора.

При изложении своей биографии пациент не связан никакими ограничениями – как относительно формы, так и содержания. По окончании он отвечает на вопросы и предоставляет дополнительную информацию. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы стимулировать группу к сбору информации. Обсуждение одной биографии может занимать от 1 до 3 занятий. Обсуждение биографии одного из пациентов переплетается с обсуждением актуального поведения и проблематики остальных пациентов.

В открытой группе проблематика пациента обсуждается повторно перед уходом из группы в связи с окончанием лечения. Выписывающийся пациент сначала сам делится своими впечатлениями и соображениями относительно отношения к себе и окружению. Затем группа обсуждает участие пациента в терапии, его отношения с группой, установки, проявившиеся в ходе терапии, а также изменения в его поведении за время психотерапевтического лечения. Ес-

ли пациент уходит из группы лишь с незначительным улучшением, либо вообще без улучшения, группа обсуждает причины этого.

На практике психотерапевт должен стремиться к тому, чтобы каждое занятие не являлось монотематическим. Монотематическая дискуссия становится для группы утомительной.

Вспомогательные формы групповой психотерапии решают психотерапевтические задачи, предоставляя дополнительный материал, который в дальнейшем используется в ходе дискуссии, а также психодиагностические (в плане личностной диагностики). В рамках биографической ориентации вспомогательными формами групповой психотерапии являются следующие.

1. Разыгрывание ролевых ситуаций.

Функция этой формы психотерапии заключается в предоставлении группе материала, необходимого для понимания проблематики отдельных участников группы. Эта форма оказывается особенно полезной тогда, когда у пациента наблюдается тенденция к уходу от реальной ситуации за счет абстрактных рассуждений, тенденция к излишне интеллектуализированному решению проблемы. Разыгрывание ролевых ситуаций помогает в тех случаях, когда пациенту трудно вербализировать те или иные эмоции, проблемы. Этот прием позволяет группе полнее увидеть отдельного пациента в конкретной ситуации, особенно тогда, когда факты, которые он излагает, его попытки интерпретировать события своей жизни являются противоречивыми и неубедительными. Разыгрывание ролевых ситуаций включается психотерапевтом в ходе дискуссии. Пациент получает тему и выбирает себе партнера из участников группы. Темы могут быть самыми разнообразными.

Тема 1 – «Трудный разговор». Пациенту нужно разыграть перед группой разговор, который является для него затруднительным либо по теме, либо потому, что сложные взаимоотношения с тем или иным человеком делают почти любой разговор с ним неприятным.

Тема 2 – «Просьба». Пациенту нужно попросить что-то для него очень важное у человека, который не сразу склонен удовлетворить его просьбу.

Тема 3 – «Требование». Нужно потребовать что-либо у человека, который не склонен выполнять это требование.

Тема 4 – «Обида». Нужно высказать свою обиду другому человеку, который, возможно, считает, что она вполне заслужена.

После проигрывания ситуации группа обсуждает увиденное: какие рациональные и эмоциональные задачи ставил перед собой пациент, каким и насколько адекватным способом он их решал, какие эмоции возникали у партнеров по отношению друг другу во время разыгрывания ситуации, насколько достигнутое соответствовало первоначальным целям. Обсуждается вопрос о том, насколько характерно подобное поведение для пациента вообще (в группе, в реальной жизни). В зависимости от конкретной ситуации могут обсуждаться самые разнообразные моменты, имеющие значение для понимания проблематики данного конкретного пациента (выбор партнера на «положительную» и «отрицательную» роль, особенности поведения и пр.).

В некоторых случаях – обычно это касается пациентов с чувством неуверенности – методика разыгрывания ролевых ситуаций может выполнить функцию поведенческого тренинга: пациенту предлагается проиграть ситуацию, в которой он испытывает скованность, неуверенность, несколько раз до тех пор, пока он не сделает это достаточно свободно и не испытывая при этом отрицательных эмоций.

2. Психогимнастика.

Темы, задаваемые психотерапевтом, ориентированы на проблемы отдельного пациента: а) тема «Моя семья»: пациент выбирает несколько участников группы и расставляет их в пространстве, причем физическая дистанция должна примерно соответствовать степени эмоциональной близости с членами семьи (или ближайшим окружением); б) тема, связанная с выражением чувств к членам своей семьи, к лицам из ближайшего окружения.

Выполнение каждого пантомимического задания обсуждается всей группой.

3. Проективный рисунок.

Функцией проективного рисунка также является представление дополнительного материала для дискуссии. Как и методика разыгрывания ролевых ситуаций и психогимнастика, проективный рисунок способствует выявлению и пониманию трудновербализуемых проблем и переживаний.

Темы рисунка касаются индивидуальных проблем пациентов: какой я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим; моя семья; мои родители; я среди людей; мое представление о больном неврозом и о здоровом человеке; самая большая трудность; самое приятное и самое неприятное воспоминание, переживание (детства, или какого-либо определенного периода жизни, или жизни вообще); моя главная проблема; три желания; «остров счастья» и т.д.

На рисование отводится 30 минут. Затем все рисунки вывешиваются на доске, и группа начинает обсуждение. Сначала вся группа говорит о том, что хотел выразить автор и как поняли его рисунок, а затем говорит автор данного рисунка. Обсуждаются также возникающие расхождения в интерпретации рисунка группой и самим автором. При интерпретации обращается внимание на содержание рисунка, способы выражения, цвет, форму, композицию.

2. Тематическая ориентация

Сеанс ориентирован на вопросы и проблемы, решение которых имеет большое значение для всех членов группы. Участники высказывают свое мнение, выражают чувства, настроения. Тематические сеансы позволяют соотнести свои проблемы с данной темой, сопоставить свой опыт с опытом других людей. Темы дискуссий могут возникать спонтанно или быть заранее запланированными.

Особенностью тематически ориентированных сеансов является то, что личные проблемы разбираются здесь не напрямую, а опосредованно. Пациенты перерабатывают значительную часть своих внутренних проблем. Это выгодно в группе с еще недостаточно развитой открытостью. Некоторые пациенты не раскрывают своих проблем из-за чувства страха или стыда. Для раскрытия этих

проблем предлагается обсуждение двух тематик: проблемы секса и агрессивности.

3. Интеракционная ориентация

Интеракционный сеанс ориентирован больше на сам процесс, чем на его содержание. Он ориентирован на групповую динамику, на то, что происходит между членами группы, каковы отношения и взаимные реакции, их изменение и развитие.

Интеракционная ориентация чаще всего реализуется при помощи неструктурированного сеанса, двухуровневого сеанса и сеанса с использованием интеракционных техник.

1) Неструктурированные интеракционные сеансы.

Терапевт не управляет группой. У группы нет запланированной программы. При определенном поведении терапевта в группе наблюдается развитие характерных фаз. Терапевт выступает в роли комментатора: он обращает внимание на происходящее в группе редкими комментариями, обобщениями, гипотетическими интерпретациями групповой деятельности.

Сеанс может протекать без специфического содержания. Уже одно обыкновенное молчание и реакция участников группы при этом – мимика, смущенные шутки, нашептывание соседу и, конечно же, возникающие чувства – представляют богатый материал для переживания и анализа групповой интеракции.

2) Двухуровневые сеансы.

На первом уровне протекает биографический или тематический сеанс, когда обсуждается индивид или какой-нибудь вопрос, представляющий определенное значение для членов группы. На втором уровне психотерапевт наблюдает за теми интеракциями, которые заключены в контексте вербального или невербального поведения пациентов. Терапевт обращает внимание группы своими комментариями именно на эти проявления, и группа начинает обсуждать этот второй – интеракционный или процессуальный – уровень группового действия.

Постепенно можно создать в группе специфическую направленность, обучить вниманию и воспитать чувствительность всех членов группы к данным интеракционным аспектам, обсуждение которых чередуется в дальнейшем с обсуждением внешних, содержательных аспектов взаимодействия.

3) Сеансы с применением интеракционных техник.

Для усиления эмоционального переживания и получения материала для интеллектуальной переработки интеракции используются некоторые техники. Психотерапевт играет при этом роль безучастного комментатора, использующего эти техники, или играет роль аутентичной личности, делаясь с группой своими собственными переживаниями.

А. Социограмма. Это метод предпочтительного выбора членов группы по определенным характеристикам. Каждый член группы выбирает тех участников, с которыми он предпочел бы участвовать в сеансе, делиться своими переживаниями, которые, по его мнению, представляют наибольшую ценность для группы и т.д.

В зависимости от того, о какой характеристике идет речь, можно получить: социограмму популярности; социограмму способности или инициативы; социограмму авторитета; социограмму антипатии. Социограмма наглядно показывает сложное переплетение взаимных симпатий и антипатий. Она выявляет наличие социометрических лидеров и «звезд», а также аутсайдеров и устанавливает иерархию промежуточных позиций между этими полюсами.

Полученные социометрические данные обсуждаются затем группой. Социограмма меняется в процессе развития группы.

Б. Психогимнастические и психодраматические техники.

С помощью этих упражнений участники группы проявляют свои чувства и отношения друг к другу. К этим техникам в частности относятся:

- пантомимическое чувство к человеку, стоящему в центре круга;
- попытки члена группы проникнуть внутрь или, наоборот, выйти за пределы замкнутого круга;

- наглядное изображение психологической дистанции расстановкой участников группы на различных расстояниях друг от друга;
- разделение участников на доминирующих и подчиненных;
- пантомимическое пародирование ролей отдельных членов группы;
- пантомимическая игра «Жизнь на необитаемом острове».

В. Фантастико-медитативные техники.

Психотерапевт вызывает у членов группы в состоянии релаксации с закрытыми глазами фантастические представления, которые прямо или символически отражают отношения в группе. Потом следует рассказ участников о своих фантазиях и анализ групповых процессов, которые отразились в фантастических представлениях. Предлагаемыми темами могут быть: подъем в гору всей группы; катание всей группы на лодках по озеру; группа на тонущем корабле; группа на необитаемом острове и т.п.

Ряд интеракционных тем можно применять во всех формах: психодраме, фантастической медитации, пантомиме, рисовании.

Г. Арттерапевтические приемы.

Для рисования с последующим обсуждением можно использовать такие темы: наша группа, мои ощущения от сегодняшней группы, мое место в группе, какую бы я хотел иметь группу, лидер группы и т.д. Можно использовать и абстрактные темы: напряжение, сплоченность, агрессия.

Таким образом, рассмотренные нами различные ориентации группового сессанса (биографическая, тематическая, интеракционная), на практике часто комбинируются в одном сессе. Такое деление имеет дидактическое значение, т.к. при этом лучше уяснить себе, о каких, собственно, процессах внутри группы идет речь.

Прогнозирование эффективности психотерапии при неврозах

В качестве важного аспекта проблемы неврозов, позволяющего глубже понять их этиопатогенетические механизмы и механизмы лечебного действия

психотерапевтических методов, выступает аспект прогностического значения при неврозах клинических, психологических и социальных факторов.

1. Прогностическое значение ведущего психопатологического синдрома и стадий невротического расстройства.

На основании клинических, экспериментально-психологических и нейрофизиологических исследований А.А.Александров (1992) сделал вывод о том, что наиболее благоприятными в прогностическом отношении при групповой терапии являются астенический, фобический синдромы и вегето-соматические расстройства, наименее благоприятны обсессивный, депрессивный, ипохондрический расстройства и функциональные сексуальные расстройства, причем ипохондрический синдром следует расценивать как наиболее резистентный к групповой психотерапии. Было установлено также, что острые невротические состояния – невротическая реакция и острый невроз – являются прогностически более благоприятными, а невротические развития – прогностически менее благоприятными для групповой психотерапии. Более с затяжными невротическими состояниями распределились между группами с высокой и низкой эффективностью лечения примерно в равном соотношении. Это вполне соответствует данным о прогностическом значении ведущих психопатологических синдромов. Клиническая картина невротического развития личности синдромологически наиболее часто представлена ипохондрически или депрессивным синдромами, являющимися, прогностически неблагоприятными при групповой психотерапии. Наиболее же прогностически благоприятные астенический, фобический синдромы и вегето-соматические расстройства чаще оформляют клиническую картину острого невроза.

2. Прогностическое значение акцентуаций характера

Ни более часто при неврозах отмечаются акцентуации трех типов: истероидная, сенситивная и психастеническая. Более дифференцированный клинический анализ позволил А.А.Александрову (1997) выделить и описать в рамках

истероидной акцентуации два ее варианта: стеничный и астеничный. Типы акцентуаций характера, включая варианты истероидной, имеют различное значение для прогнозирования эффективности групповой психотерапии у больных неврозами. Клинический опыт показывает, что терапевтически наиболее резистентным является стеничный вариант истероидной акцентуации характера. Личность этих пациентов характеризуется авторитарностью, стремлением доминировать в группе, эгоцентризмом, психической ригидностью, наиболее ярко проявляющейся в аффективной сфере, скрытой и явной агрессивностью, наличием жестких установок и тенденцией вести себя в соответствии с ригидными стереотипами. При крайней выраженности этих черт получается сходство с акцентуацией характера истероидно-эпилептоидного типа (по А.Е.Личко). Перечисленные особенности характера снижают адаптивные возможности этих личностей, нарушают интерперсональные отношения, затрудняют принятие и адекватную когнитивно-эмоциональную переработку обратных связей, предоставляемых участниками психотерапевтической группы.

Более благоприятный прогноз групповой психотерапии отмечается у пациентов с астеническим вариантом истероидной акцентуации, для которого характерно сочетание эмоциональной лабильности, чувствительности с элементами демонстративного поведения, носящего защитный характер. Лишенные брутальности, характерной для стеничного варианта, более пластичные и нередко обнаруживающие высокую потенциалом для ассимиляции опыта, приобретенного в психотерапевтической группе и способствующего перестройке системы отношений.

Обобщая данное исследование, можно сказать, что акцентуация характера, будучи образованием, в котором интегрируются биологические, психологические и социальные аспекты человека, является характеристикой, имеющей важное прогностическое значение для групповой психотерапии неврозов. Проведенными исследованиями показано, что наиболее эффективна групповая психотерапия у больных с сенситивными чертами характера, испытывающих затруднения в межличностных контактах. Сенситивная личность является

«мишенью» для групповой психотерапии, обладающей прежде всего, потенциалом для формирования у таких субъектов адекватной самооценки и, далее, для реконструкции на этой основе нарушенной у них системы отношений. Менее эффективна групповая психотерапия у личностей истероидного склада характера. Наконец, больные с эпилептоидным радикалом личности обнаруживают известную резистентность к методам групповой психотерапии: стеничный вариант истероидной акцентуации характера является прогностически неблагоприятным.

5.6. Поведенческая психотерапия детей с отклоняющимся поведением

Для детей и подростков диапазона пограничной аномальной личности, имеющих гиперактивность, психопатоподобные нарушения поведения используют комплексное воздействие.

Комплексное воздействие включает дегидратацию, витаминотерапию, применение при необходимости, рассасывающих и сосудорасширяющих средств, вегетотропных препаратов, антигипоксантов, ноотропов, улучшающих обмен веществ в мозговой ткани, насыщающих мозг кислородом, повышающих энергетику (Ю.С.Шевченко, 1995).

Первичные поведенческие нарушения, делающие ребенка неприспособленным к общепринятым стандартам социальных требований и воспитательных подходов, служат источником непонимания, неприятия и недовольства со стороны окружающих. Жизнь такого ребенка протекает в обстановке конфликтов, не только не способствующих улучшению поведения, но еще более ухудшающих его за счет вторичных адаптационных реакций протеста, отказа, оппозиции, гиперкомпенсации и др.

При первичных поведенческих нарушениях у детей дошкольного школьного возраста пользуются методикой бихевиоральной (поведенческой) терапии, включающей приемы психологического воздействия, имеющих четкую направленность на изменение форм поведения, вне зависимости от факторов, которые лежат в их основе. Теоретической базой бихевиоральной психотера-

пии являются учение И.П.Павлова об условных рефлексах и теория обучения, в частности, принцип систематического манипулирования внешними воздействиями, подкрепляющими или подавляющими определенные поведенческие реакции. Важнейшие предпосылки успешного воздействия заключаются в совокупности трех условий: анализ факторов, влияющих на отклоняющееся поведение ребенка; формулировка четкой поведенческой –мишени; подбор действенных стимулов, являющихся наградой за желательное поведение, либо порицанием за нежелательное.

Выделяется ряд последовательных этапов воздействия. Вначале психотерапевт предлагает родителям составить список беспокоящих их форм поведения ребенка, подчеркивая, что его интересуют именно конкретные поведенческие феномены, а не их обобщенные названия, типа «капризы», «непослушание», «грубость», «нарушения школьной дисциплины», «плохая учеба» и т.д. Обсуждение представленных списков направлено на выделение четких, простых и понятных поведенческих «мишеней», которые могут быть сформулированы следующим образом: «не собирает свои игрушки», «кричит на бабушку», «не остается один в квартире», «боится темноты», «не всегда чистит зубы по устам», «бьет сестру», «разбрасывает свои вещи», «берет чужое без спроса», «отказывается садиться за уроки» и т.п.

Подобные формулировки не содержат негативной оценки личности, позволяют отделить родительское отношение к ребенку от их отношения к конкретным поступкам. Ребенку легче понять, что от него хотят, что он должен делать и чего не делать, чтобы не переставать чувствовать себя хорошим. Такой язык соответствует свету наглядно-действенному и конкретно-образному уровням мышления детей данного возраста. Конкретная поведенческая мишень может быть проиллюстрирована рисунком и разыграна в сценке на психотерапевтическом приеме.

Первый этап поведенческой психотерапии позволяет провести коррекцию взглядов, установок и требований самих родителей. Строится «лестница проблем», на нижней ступеньке которой располагается самая простая конкрет-

ная и наиболее реально достижимая поведенческая «мишень», а на каждой последующей – по одной мишени, которые отличаются друг от друга возрастающей степенью трудности. Такая лестница графически изображается на бумаге, что облегчает соблюдение принципа данной методики – последовательного решения сформулированных проблем. Не поразив «мишень» на первой ступени (например, не добившись бесконфликтной чистки зубов или самостоятельного одевания по утрам), не следует переходить к работе над «мишенью» на второй ступени (на которой, скажем, находится проблема сквернословия или собирания временного отказа от внимания ко всем остальным девиациям поведения и сосредоточения на одной ее форме, поскольку такой подход («ступенька за ступенькой») экономит силы ребенка, а исключение конфликтов, связанных с обилием требований, приводит к тому, что некоторые проблемы исчезают сами по себе.

Второй этап воздействия заключается в протоколировании ситуаций, связанных с возникновением той или иной поведенческой проблемы. Родителям дается задание в течение недели анализировать каждый случай интересующего поведения ребенка по следующей схеме.

А. Анализ стимулов, направляющих поведение ребенка по определенному пути. Например, если ребенок проявляет непослушание в ответ на команды матери, то она должна искать адекватные формы взаимодействия с ним.

Б. Анализ состояния ребенка в момент предъявления стимула, который может оказаться несвоевременным в связи с тем, что ребенок устал, голоден, расстроен предыдущими событиями или увлечен игрой. Преходящие поведенческие трудности нередко возникают у благополучного ребенка, который находится в кризисной фазе психофизического развития. В этих случаях выдержка и гибкость родителей являются основными психотерапевтическими факторами.

В. Актуальное поведение или ответ на инструкцию, которые могут варьировать по частоте, выраженности и направленности в зависимости от первых двух факторов и последующих событий.

Г. Последствия, которые случаются немедленно вслед за поведенческой реакцией ребенка и также колеблются по частоте, интенсивности и топографии. При этом события, которые усиливают поведение, называются подкрепляющими, а те, что его редуцируют —наказывающими. Подкрепление и наказание — процессы усиления и ослабления желательного или нежелательного поведения ребенка через контролирование типа следующих за ним событий — основная концепция поведенческой терапии. Подкрепление может быть позитивным, либо негативным. Когда введение события усиливает желательное поведение — оно позитивно подкрепляется (похвала или конфета, взгляд в глаза, соответственный тон). Негативное подкрепление играет важную роль при агрессивном и отказном поведении ребенка. Так, повторение матерью команд, которые антипатичны для ребенка, не только не приводит к их выполнению, но вызывают у него вспышку раздражения, служат негативным подкреплением протестного поведения. Отказ от таких форм последствия как повторные инструкции или нотации могут сделать ребенка терпимым к приказам матери.

Уместно вспомнить о такой форме негативного подкрепления, как негативное внимание, которое проявляется в том. Что отказ от конфликтного поведения оказывается порой не выгодным для ребенка, поскольку сохранение проблемного поведения гарантирует ему ощущение значимости в глазах окружающих, тогда как нормативное поведение воспринимается ими как должное и не сопровождается не только одобрением, но и вниманием с их стороны. Создается ситуация, когда ребенок предпочитает, чтобы его ругали и наказывали, чем не замечали вовсе. Другая форма негативного внимания заключается в том, что, желая утешить ребенка, проявившего застенчивость, нерешительность, боязливость, родители обнимают его, гладят по головке и т.п., бессознательно закрепляя у него своим невербальным поведением инфантильные реакции.

По контрасту с вышеописанными, события, которые редуцируют демонстрируемое ребенком поведение, называются наказующими последствиями. Наказанием может служить неприятное событие, следующее за нежелательным поведением, или устранение позитивного события, которым оно до этого под-

креплялось. Шлепанье в ответ на его агрессию или лишение внимания и привилегий, которых прежде он добивался капризами и нытьем, принуждение исправить то, что «натворил», если они снижают вероятность повторения отклоняющегося поведения, являются предметами наказующего подействования.

Д. Составление каталога подкреплений и наказаний в качестве положительных и отрицательных стимулов и последствий, предназначенных для систематического моделирования поведения. Этот заключительный шаг второго этапа поведенческой терапии базируется на анализе недельных протоколов наблюдений, проведенных родителями или педагогами детского учреждения. Результаты наблюдений можно дополнить сведениями из сочинений ребенка: «Что я люблю» и «Чего я не люблю».

Задача психотерапевта заключается в том, чтобы в процессе совместных с родителями (педагогами) обсуждений собранного фактического материала подвести их к мысли, что ребенок не может измениться к лучшему, если подобной динамики не проделает та социальная микросистема (семья, коллектив), в которой возникли и зафиксировались его поведенческие проблемы. Наглядным отражением такой динамики служит прием «домашняя бухгалтерия», заключающийся в том, что родители ежедневно подсчитывают, сколько раз они изложили свою инструкцию в виде приказа, сколько – в виде просьбы и сколько раз сами обратились к ребенку за советом для себя.

В основе детских капризов и упрямства нередко лежит не злая воля и непонимание или несогласие с разумностью родительских требований, а протест против приказной формы их предъявления, что связано с фрустрацией потребности ребенка в проявлениях уважения к его личности. В этом смысле положительной семейной динамике способствует знакомство с основами транзактного анализа.

С другой стороны, любовь и уважение к ребенку не должны проявляться в ущерб авторитету родителей и семейной иерархии. Он должен знать, «кто в доме хозяин», что слова «нельзя» и «надо», сказанные членом семьи старшего, обязательны к выполнению. Конечно, этими словами нельзя злоупотреб-

лять. Ребенок жаждет быть уверенным, что его мама и папа, старшие брат и сестра сильные и смогут всегда защитить его, как могут постоять за себя и настоять на своем. Стремление убедиться в этом служит причиной вызывающего поведения ребенка и не следует в этом случае его разочаровывать. Убедившись, что его окружают сильные члены семьи, ребенок будет спать спокойно и слушать старших.

В основе детской ревности и нежелания взрослеть нередко лежит несоблюдение родителями социальной иерархии в семье, заключающегося в том, что права и значимость старших детей возрастают по мере расширения круга их обязанностей, что делает привлекательными «взрослые» формы поведения в глазах младших. Иными словами, не может быть одинакового отношения родителей к разновозрастным сыновьям и дочерям. Возрастание уважения к личности сопровождается уменьшением числа контактов по схеме «родитель-дети», за счет учащения контактов «взрослый-взрослый». Бечеда, убеждение, дискуссия не всегда оказываются достаточными средствами воспитания детей с патологией, что обуславливает необходимость целенаправленного моделирования их поведения. Матерям же, которые не знают, как заставить ребенка слушаться, полезно предложить вспомнить, что они делают, когда недовольны поведением взрослого мужчины – собственного мужа.

В системе детских ценностей сила и решительность занимают почетное место, а если они сочетаются с любовью и уважением личности, то это именно та власть, авторитет, который признается охотнее всего.

Подкрепления и наказания, список которых оформляется в письменном виде, разделив лист бумаги на две части, должны соответствовать принципиальному требованию – возможности их немедленного предъявления вслед за актуальным поведением ребенка. Подкреплением желательного поведения могут быть похвала, заинтересованность взрослого, ласка, игрушка, лакомство, совместная игра, чтение книги, прогулка, разрешение посмотреть мультфильм, удовлетворить актуальные потребности ребенка и закрепить в его сознании эмоционально положительные последствия поступка. Наказанием за нежела-

тельное поведение служат такие аоследействия, как порицание, реальная угроза, осуждение, строгий взгляд, лишение сладкого, насмешка, штраф, игнорирование, запрещение игры, оставление в одиночестве или раннее отправление в постель.

В литературе и обществе до сих пор дискутируется вопрос о допустимости физического воздействия на ребенка в воспитательных целях. Ряду авторов и нам представляется, что если не отождествлять физическое наказание, имеющее естественно-биологические (этологические) корни с жестокостью и издевательством, то актуальность данной темы в значительной степени поблекнет. Сами дети, со свойственной им непосредственностью, вполне допускают подобный способ воздействия. Чтобы убедиться в этом, достаточно спросить самого агрессивного дошкольника, что он сделает, если увидит, как какой-то чужой мальчишка ударил его бабушку. Шлепанье – не самое сильное наказание для ребенка, По эмоциональному эффекту оно уступает ироничному высмеиванию или отказу матери смотреть на него и разговаривать с ним.

Перечень поощрений и наказаний должен должен быть разнообразным с тем, чтобы моделирующие воздействия были гибкими, соответствующими той или иной поведенческой модели. Ребенок не посчитает взрослого злым и несправедливым, если тяжесть наказания не превышает тяжести проступка.

Наличие списка, в котором количество подкреплений должно превышать количество наказаний, позволяет осуществлять коррекцию используемых стимулов, подчеркивая те, что помогают, и вычеркивая неэффективные. Последнее, в частности, относится к такому последствию, как нотация или чтение морали, которые многие родители помещают в список наказаний. Здесь двойная ошибка. Во-первых, чтение нотаций в ответ на негативное поведение – не достаточно сильный стимул для отказа от него (тем более, что дети чаще всего знают, что надо и чего нельзя делать и нуждаются не в информационных, а в эмоциональных факторах, обеспечивающих их нормативное поведение). Во-вторых, морализирование, предъявляемое как наказание (в роли «словесного

ремня»), способно закрепить в эмоциональной памяти такое же отношение к восприятию нравственных правил, как к восприятию настоящего ремня.

Дж.Добсон рекомендует в случаях, когда речь идет о детской безответственности (а не сознательном непослушании) превратить поучения в игру, основным предметом которой будет именно то, чему никак не удастся научить ребенка. Азарт от желания «подловить» взрослых на нарушении («по рассеянности») общего для всей семьи правила, что касается юмористическим наказанием, заставит ребенка контролировать свое поведение, дабы не «попасться» и не оказаться объектом насмешек.

Успешно используется прием «магнитофон», основанный на обеспечении активного сознания ребенка обратной связью с обычно плохо контролируемым поведением. Суть приема заключается в следующем. Убедившись в недостаточной критичности ребенка (а порой и родителей) к собственному поведению в момент конфликта, сопровождающегося оговорами, угрозами и оскорблениями, терапевт дает следующую инструкцию: «Договоритесь со всеми членами семьи, что теперь во время очередного конфликта каждый его участник имеет право включить магнитофон на запись, чтобы иметь достоверные факты, которые после того, как все успокоятся, можно было бы обсудить на семейном совете. Если в кругу семьи не удастся выяснить, чье вербальное поведение носит наиболее деструктивный характер, можно пригласить в качестве жюри друзей ребенка и знакомых родителей, принести записанную пленку на следующую консультацию у психотерапевта». Чувство стыда служит достаточным стимулом для повышения самоконтроля. С этой же целью можно использовать мгновенный фотоснимок желательного и нежелательного поведения, его видеозапись.

Оптимальным является подбор таких последствий, которые бы логически вытекали из содержания предшествующего поведения ребенка: «Собрал игрушки – можно побороться с папой на ковре», «Быстро улегся в постель – сэкономил время для сказки» и т.д.

Когда подкрепляющее событие следует за каждым проявлением детского поведения, говорят о непрерывном планировании последствий. Вне социального учреждения непрерывное подкрепление осуществляется редко, за исключением ситуаций еды, питья, приема лекарств. В обычных условиях необходимым и достаточным для управления поведением является прерывистое предъявление подкреплений и наказаний. Когда непосредственное («сейчас и здесь») использование каталога последствий затруднено (нет времени, не позволяет обстановка), применяется как подкрепление определенного поведения после нескольких случаев, формирующих его. Для этого служат фишки, звездочки, талоны и т.п. как награды за хорошее поведение, поскольку они могут быть обменены на еду. Игрушки, жетоны для игровых автоматов и другие вещи, которые служат непосредственным подкреплением. Эти стимулы выполняют роль денег, которые удобны тем, что могут быть вызваны в любой момент, тут же и сразу же вслед за желательным поведением, а «цена», стоящая за ним, обуславливает те же эмоции, что и первичное подкрепление в виде сладости, развлечения или игрушки.

Одновременно может существовать список поступков, за которые взимается штраф. Так, «черная метка» становится наказанием. Использование «скамьи штрафников» лишено компонента унижения достоинства личности ребенка, которое присутствует в процедуре стояния в углу. Обычно дети довольно легко соглашаются на введение «скамьи штрафников» в семейные правила игры, особенно если до этого сходят с родителями на стадион и узнают, что даже на взрослых налагается подобное наказание, чтобы они успокоились, подумали о своем поведении и не мешали тем, кто играет по правилам.

В случае полной неподчиняемости ребенка тайм-аут может быть первой поведенческой мишенью, с которой начинается третий этап работы по данной методике. Чтобы добиться от ребенка выполнения инструкции отправляться на «скамью штрафников» в качестве наказания, следует проявить весь имеющийся у родителей арсенал средств воздействия.

Выполнение инструкции должно означать, что инцидент исчерпан и вина искуплена. Родителям вслед за этим желательным поведением следует обеспечить подкрепляющее последствие в виде сочувствия, поглаживания, доверительного рассказа о собственном детском опыте и т.п.

Порой подкрепление перестает действовать и поведение ребенка, до того неуклонно улучшавшееся, неожиданно взрывается. Родители должны быть подготовлены к такому срыву и игнорировать его, поскольку он может быть продиктован стремлением привлечь их внимание. Одновременно проводится ревизия того, куда стало расходоваться время, которое раньше тратилось на перепалки, конфликты с ребенком или помощь в тех делах, с которыми он стал справляться самостоятельно. Если это время присвоено родителями для собственных дел, то следует рекомендовать посвятить его продуктивному общению с ребенком.

Третий этап работы представляет собой практическое осуществление программы коррекции поведения ребенка, проводимой родителями (или педагогами) под руководством психотерапевта, с которым они регулярно консультируются, знакомя сос воими письменными отчетами и протоколами проводимых мероприятий. На ведении последних следует настаивать во избежании и ревизии лечебной программы на основании успеха или неуспеха инициальных видоизменений в детском поведении.

5.7. Психобиологическая коррекция различных вариантов патологического девиантного поведения у подростков

Изучение проблемы девиантного поведения у подростков, определяющейся его социальной значимостью, возможно на уровне личностного подхода с учетом структуры и динамических изменений личности. Англо-американские психиатрические школы в большинстве своем рассматривают нарушение поведения и расстройства личности раздельно (Rutter M.).

В целом поведение определяется как "внешне наблюдаемая система действий (поступков) людей, в которой реализуется внутреннее побуждение человека" (Г.П. Предвечный, Ю.А. Шерковина, 1975), т.е. подчеркивается детерми-

нированность поведения личной мотивации. В структуре поведения различают вербальное поведение (система высказываний, суждений и доказательств) и реальное поведение (система практических действий).

Девиантное поведение оценивается с социально-психологических позиций, обозначая "отклонения от норм межличностных взаимоотношений, принятом в данном конкретно-историческом обществе, т.е. главным образом, отклонение от нравственных норм", причем это нежелательные или опасные для общества отклонения поведения от принятых социальных норм. Существуют различные классификации девиантного поведения, строящиеся на феноменологических и психологических, или личностных критериях.

Девиантное поведение представляет собой отклоняющееся поведение от социально-приемлемых норм, принятых в данном обществе. Основываясь на социально-психологических критериях А.Г. Абрумова и Л.Я. Жезлова (1973), выделили 4 основных типа девиантного поведения у детей и подростков: 1 - антидисциплинарное; 2 - антисоциальное (антиобщественное); 3 - делинквентное (противоправное); 4 - аутоагрессивное.

В то же время клинико-психопатологические критерии подразумевают дифференциацию девиантного поведения на патологические и непатологические формы. В практической внебольничной работе психиатра или психолога и воспитателя в школе подобное деление особенно важно.

Патологическое девиантное поведение рассматривается как проявление различных клинических форм пограничной патологии личности: ситуационные патохарактерологические реакции, психогенные патологические формирования личности, формирующиеся психопатии, непроектные психопатоподобные состояния.

В отличие от патологического стереотипа поведения, непатологические формы девиантного поведения могут наблюдаться и в норме. Эти поведенческие реакции названы характерологическими: преходящие, ситуационные (характерологические) реакции; состояния микросоциально-педагогической запущенности. При непатологическом девиантном поведении, когда наблюдается

делинквентное поведение, включая криминальное, не удается обнаружить признаков пограничной аномальной личности. Кроме этого, при непатологических девиациях не обнаруживаются аффективные и сомато-вегетативные нарушения, не наблюдается формирование стереотипа поведения в динамике.

Девиантное поведение в структуре пограничной патологии личности (психопатии, непроцессуальные психопатоподобные состояния) обнаруживает четкую зависимость от особенностей патологической личности, включая аномалии темперамента, характера, влечения и инстинкты, например, при таком преимущественно конституциональном типе психопатий, как эпилептоидный, а так же выраженную зависимость от дефекта личности при резидуально-органических психопатоподобных состояний. Именно этим объясняется поведение садистического характера, грубая гетероагрессивность, сексуальные насилия, гомипидные действия. Так, М.Т. Haslam (1975) среди обследуемых подростков с нарушением поведения 14-19 лет выявил от 10 до 55 %. А.Е. Личко (1972) в 40 % случаев установил делинквентное поведение среди подростков с непсихотическими психическими расстройствами.

Рассмотрение делинквентного поведения как промежуточного этапа между нормой и криминальным поведением позволяет учесть личностно-динамическую ось типологии патологического девиантного поведения.

Таким образом, патологическое девиантное поведение, по данным отечественной и зарубежной литературы, обусловлено действием как биологических (наследственная, врожденная, приобретенная патология ЦНС), так и социально-средовых (конфликтная ситуация, педагогическая и социальная запущенность, неправильное воспитание и т.д.) факторов. Формирование делинквентного поведения можно себе представить как нарастание незначительных отступлений от социально приемлемого стереотипа поведения с постепенной их трансформацией в делинквентный стереотип и с возможностью возврата при благоприятных условиях к социально приемлемому стереотипу поведения.

Многочисленные авторы отмечают, что психические аномалии снижают толерантность к психическим воздействиям, создают препятствия для развития

социально полезных черт личности, ослабляют механизмы психологического контроля, сужают возможности выбора решений и вариантов поведения, облегчают реализацию импульсивных, случайных, непродуманных делинквентных и криминальных поступков.

Если психические аномалии можно расценивать в качестве катализирующего фактора формирования девиантного поведения, то его взаимодействие с социально-психологическими факторами (средовыми) определяет содержание, направленность поведения.

Следовательно, биологическое в человеке выступает в качестве предпосылки для развития его социального содержания. В большинстве своем биологические предпосылки отражают лишь динамическую сторону человеческих поступков. В частности, темперамент по существу является врожденным качеством человека, характеризующим динамические особенности психической деятельности.

Морально-нравственный мировоззренческий аспект личности имеет социальное происхождение.

Исходя из этого, правомерно утверждение, что подростки с делинквентным и криминальным стереотипом поведения (несовершеннолетние преступники) обладают качественно иным взаимосочетанием и взаимозависимостью биологического и социального начал.

Другой антиобщественный вариант девиантного поведения - это токсиманический стереотип поведения и ранняя алкоголизация. Употребление токсических, наркотических веществ и алкоголя способствует совершению различных преступлений. Другими словами, общественная опасность употребления названных веществ и алкоголя способствует совершению различных преступлений. Общественная опасность употребления названных веществ представляет собой криминальный фактор. Эпизодическая, а тем более систематическая интоксикация перечисленными веществами детерминирует морфофункциональные изменения в мозге, следствием чего является изменение поведенческого стереотипа. Если к этому прибавить, что большинство таких под-

ростков находится в неблагоприятных социально-биологических условиях, то становится понятным, что уже на этапе формирования токсиманического стереотипа поведения, когда рано говорить о наркомании как болезни, наблюдается качественное изменение установок и ценностных ориентации подростков. Подростки игнорируют системы социальных ценностей, запреты и ограничения общества, образуя свою "субкультуру". Структурная организация подобной "субкультуры" имеет как внешние проявления в виде сленга, особой жестикюляции, татуировок, так и содержательную сторону в виде обычаев; подчиненности отношений вполне определенным законам, имеющим в регионарных группах свои особенности и в то же время признаки, что позволяет объединяться токсикоманам и наркоманам из различных территориальных, национальных и этнических групп. Типичными являются места общения, где закрепляется социально неприемлемые стереотипы поведения (видео-бары, дискотеки, кафе, парки, вокзалы).

Из авторских методов, разрабатываемых нами с 1985 года (приоритетная справка МКИ А61 В 5/00 от 4.05.1987 г. "Способ купирования влечения к наркотическим и токсическим веществам у подростков." (И.В. Боев, О.А. Ахвердова.1987), наиболее адекватен пограничным психологическим и психическим переживаниям подростков, относящихся к диапазону пограничной аномальной личности метод "Психобиологической коррекции патологических стереотипов поведения у подростков", относящийся к трансперсональной психотерапии (С. Гроф, 1991). Курс коррекции не превышает трех сеансов, но его эффективность часто не уступает шести-восми месяцам систематически проводимой патогенетической личностно-ориентированной психотерапии.

Сущность метода заключается в том, что с помощью фармакологического препарата "F" функционально изменяется содержание сознания и самосознания подростка. Поставленная цель осуществляется путем дробного внутривенного струйного очень медленного введения микродоз препарата "F" в течение 20-30 мин. Техника введения препарата разъясняется на факультете постдипломного образования СГМА только для врачей. По мере введения лекар-

ственного состава наступает частичное видоизменение функционирования сознания, изменяющее содержательный психотерапевтический раппорт с пациентом. При более медленном введении препарата (за 40-45 минут) может не наступить должного функционального изменения сознания больного, которое необходимо для эффективного восприятия психотерапевтических формул.

Во время введения препарата необходимо следить за актом дыхания и моторно-мимическими реакциями больного, которые отчетливо отражают отрицательное или положительное отношение больного к смысловой нагрузке психотерапевтических формул. Моторно-мимические реакции, возникающие в ответ на введение препарата и психотерапевтические формулы отражают уровень функционирования сознания, позволяющий сохранить содержательный раппорт между врачом и больным. Наличие раппорта указывает оптимальный функциональный уровень в деятельности сознания для осознания, управления и регулирования формирующимися положительными социально-приемлемыми образами и стереотипами поведения, соответствующему образу желаемого "Я".

Сохранение раппорта между психотерапевтом и пациентом представляет собой необходимое условие, предотвращающее не полное отключение сознания пациента, а лишь функциональное изменение сознания с помощью введения микродоз препарата. В процессе предлагаемого проведения сеанса психобиологической коррекции отмечаются не феномены эхоталии, эхопраксии, на что указывал В.И. Сухоруков (1984), добиваясь полного отключения сознания через 30 секунд после начала введения препарата "F", а наблюдался процесс сопереживания психотерапевтическому формированию новой общности "Мы" и нового, желаемого образа "Я" пациента.

Больной находится в положении лежа, и перед началом введения препарата закрывает глаза по просьбе врача. По мере введения препарата и наступающего функционального изменения сознания, больной непроизвольно открывает глаза, что является сигналом к началу внушения специфических терапевтических формул.

В этот период производится суггестия, направленная на изменение психологического и поведенческого образа "Я". Параллельно формируется представление социально-психологического образа "Мы", который может противостоять жизненным трудностям и социально-негативному обобщенному образу "Они" (семья, сверстники, старшие), которые не понимают и не принимают переживаний подростка, наконец, просто боятся непредсказуемости подростка-радикала. Смысловое и эмоциональное содержание суггестивных блок-формул соответствует принципам общечеловеческого альтруизма, духовности и вселенской гармонии. Каждый блок-формул повторяется по 2-3 раза, прежде, чем перейти к последующему блоку. В целом, весь суггестивный блок-формул также повторяется не менее 2-3 раз в течение 1 сеанса. Модуляции голоса психотерапевта должны быть эмоционально насыщенными, экспрессивными, но не директивными, за исключением блок-формул, в которых происходит смысловое, эмоциональное и мировоззренческое отрицание, обесценивание патопсихологических и психопатологических переживаний, связанных с патологическим девиантным поведением конкретного психотипа подростка. Модуляции голоса психотерапевта должны меняться и соответствовать эмоционально-смысловой нагрузке произносимой формулы.

Апогеем психобиологического воздействия, утверждающим формирование нового социально-приемлемого стереотипа поведения, образа "Я", является заключительный этап, во время которого больной от имени собственного эмоционально ярко повторяет социально-приемлемые формулы, соответствующие желаемому образу "Я", с учетом физической, эмоциональной, морально-нравственной, интеллектуальной и духовной составляющих образ "Я".

Представляем блок-формулы для психотерапевтической и психологической коррекции личностных и поведенческих нарушений у подростков:

1 Блок

Я и Ты, Ты и Я. МЫ с ТОБОЙ - Одно Целое!

У нас одно сознание, одно мышление, одни цели.

Ты всегда, в любое время дня и ночи выполняешь мои инструкции.

Я – выполняю твои инструкции.

Мы с Тобой – Одно Целое!

2 Блок.

Тебе легко и приятно подчиняться мне.

Всегда выполнять все мои инструкции.

Мне приятно подчиняться Тебе.

Мы с Тобой - Одно Целое!

В любое время дня и ночи Ты всегда подчиняешься Мне и

Всегда выполняешь все мои инструкции.

Я подчиняюсь Тебе и выполняю твои инструкции.

Я и ТЫ, Ты и Я

Мы с Тобой - Одно Целое!

3 Блок.

Незаметно для себя Ты стал другим Человеком! Ты стал другим Человеком! ! !

Ты стал Сильным и Мужественным, Уравновешенным и Добрым,

Уверенным в себе и Решительным, Принципиальным.

Ты решительно порвал со своими прежними друзьями, которые пьют спиртное, курят анашу, "сидят на игле", употребляют "колеса".

Ты навсегда порвал с ними!!!

Ты больше **Никогда !!** (2р) не будешь пить спиртное, курить анашу, "сидеть на игле", употреблять "колеса".

Никогда!!!

Ты больше **Никогда** не будешь этого делать!

Ты стал другим Человеком:

Сильным и Мужественным,

Уверенным в себе и Решительным,

Доброжелательным и Независимым.

Ты стал Свободным и Жизнелюбивым,

Гармоничным и Целеустремленным.

Ты охотно и с интересом учишься,
охотно и с интересом занимаешься спортом,
общаешься с родителями, сверстниками.

Ты больше **никогда** не будешь употреблять спиртное, "сидеть на игле",
глотать "колеса", курить анашу.

Тебе противно смотреть на тех, кто курит, пьет, нюхает, употребляет
наркотики.

Тебе **противно** смотреть на их мерзкие лица.

Ты больше **Никогда!** не будешь с ними в одной компании.

Никогда! Никогда! (категорично-утвердительный тон).

Ты стал другим человеком: сильным и мужественным, уравновешенным
и независимым, доброжелательным и целеустремленным, уверенным в себе и
решительным, жизнелюбивым и целеустремленным.

4 Блок.

Ты стал другим Человеком!

Твоя Душа наполняется солнечным божественным

Светом, Радостью и Счастьем!

Ты стал Свободным, Жизнелюбивым, Целеустремленным, Жизнерадост-
ным и Счастливым Человеком!

Твоя Душа - поет и ликует от Счастья!

Ты **навсегда** стал другим Человеком !

Тебе легко и приятно учиться, работать, общаться с близкими, с родите-
лями и учителями !

Твоя Душа наполнилась **Жизнелюбием, Радостью, Счастьем !**

Твое тело зарядилось **Силой, Энергией и Здоровьем !**

Ты - **навсегда** стал другим Человеком!

Ты и Я. Я и Ты. Мы с тобой - Одно Целое.

У нас одно Сознание, одно мышление, одни желания.

Ты всегда, в любое время дня и ночи, подчиняешься мне и выполняешь
все мои инструкции.

Я - подчиняюсь тебе.

У Нас - одно Сознание, у Нас - одно мышление, у Нас - одни цели!

Ты и Я. Я и Ты. **Мы с Тобой - Одно Целое.**

5 Блок.

Повторяй за мной (добиться, чтобы больной повторял каждую фразу от имени собственного, следить за мимическими реакциями).

Я - стал другим Человеком!

Я - стал Сильным, Мужественным. Я стал Уравновешенным,
Жизнелюбивым, Целеустремленным и Счастливым Человеком!

Я стал уверенным в себе, в своих силах !

Я стал жизнелюбивым, гармоничным и свободным Человеком!

Я охотно учусь и работаю. Я охотно занимаюсь спортом.

Мне приятно и интересно общаться с Родителями. Учителями. Сверстниками.

Я больше **никогда** не буду пить спиртное, курить анашу, глотать "колеса", "сидеть на игле".

Я никогда больше не буду употреблять наркотики. **Никогда!**

Я больше никогда не вернусь в прежнюю компанию. **Никогда!**

Я стал другим **Человеком!**

Мне противно смотреть на тех, кто пьет спиртное, курит анашу, глотает "колеса" "сидит на игле".

Мне противно видеть их мерзкие лица.

Я не могу быть с ними вместе!

Я не могу быть в их компании!

Я больше **никогда** не смогу быть в компании наркоманов.

Я полностью и всегда подчиняюсь только тебе.

Я всегда выполняю все твои инструкции.

Ты выполняешь мои инструкции.

6 Блок.

Ты стал другим **Человеком!**

Я и Ты. Ты и Я.

Мы с тобой - Одно Целое.

Я стал другим Человеком!

Я стал оптимистичным и уверенным в себе Человеком!

Я стал Жизнерадостным, Доброжелательным, Гармоничным и Свободным Человеком!

Я охотно учусь, Я с интересом занимаюсь спортом.

Я стал другим Человеком!

Я - Счастлив и Свободен! Моя Душа поет и ликует от Счастья!

Во время сеанса трансперсональной психотерапии необходимо следить за актом дыхания и моторно-мимическими реакциями больного, последние совершенно четко отражают отрицательное или положительное отношение больного к смысловой нагрузке психотерапевтических формул.

Необходимо произносить формулы экспрессивно, эмоционально ярко, меняя модуляции голоса в зависимости от смысловой нагрузки произносимой формулы и от реакции пациента.

Моторно-мимические реакции на психотерапевтические формулы отражают уровень функционирования сознания, позволяющий сохранить содержательный рапорт между врачом и больным.

Наличие рапорта отражает оптимальный функциональный уровень в деятельности сознания для управления и регулирования формирующимися положительными социально-приемлемыми образами и стереотипами поведения.

Апогеем психобиологического воздействия, утверждающим формирование нового социально-приемлемого стереотипа поведения, является заключительный этап, во время которого пациент от имени собственного эмоционально ярко повторяет антинаркоманические, социально-приемлемые формулы нового образа жизни.

Предлагаемые психотерапевтические формулы направлены на создание новой общности "МЫ" в сознании больного и нового образа "Я" в самосозна-

нии, вытекающего из новой общности "МЫ", что противопоставляется прежней антисоциальной общности "МЫ".

Данный способ предполагает сохранение рапорта между врачом и больным, путем не полного отключения сознания больного, а лишь функционального изменения сознания. Приведенный пример блок-формул характерен для подростков с патологическим токсикоманическим стереотипом поведения, т.е. для подростков с определенным конституциональным личностным радикалом (шизоиды, эпилептоиды, циклоиды, истероиды). Определение конституционального личностного радикала возможно с помощью взаимосочетания психологических методик, клинических опросников и клинико-психопатологического обследования. Определение личностной структуры наиболее удачно проводить с помощью патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко, методики К.Леонгарда; наличие психопатических и психопатоподобных, невротических и невротоподобных расстройств лучше определять с помощью методики "уровень невротизации и психопатизации" (Е.В. Бажин и др. 1976), клинического опросника по выявлению и оценки невротических состояний (К. К. Яхин, Д.М. Менделевич, 1978); выраженность наркотизма и/или политоксикоманий и наркомании определялась с помощью многовекторного клинического анализа токсикоманий, наркомании и наркотизма у подростков (И.В. Боев, О.А. Ахвердова, 1992).

Смысловое содержание блок-формул меняется в зависимости от того или иного патологического стереотипа поведения у конкретной личности. При невротическом, психопатическом, делинквентном и парасексуальном стереотипах поведения используются формулы с другой смысловой нагрузкой. Так, при патологическом делинквентном стереотипе поведения вместо блок-формул, отрицающих употребление токсических и наркотических веществ, вводились формулы, являющиеся антитезой собственно деликту. Формирование желаемого образа "Я" может строиться на литературном образе Робин Гуда, пиратов-флибустьеров и других подобных героев, которые отличаются от основной

массы сверстников, привлекая к себе эмоционально, мировоззренчески, идеологически.

Пример формул-блоков, применяемых при патологическом делинквентном стереотипе поведения.

1 блок (дополнительный)

Ты и Я, Я и Ты - Мы с тобой Одно Целое!

Мы можем защитить и защищаем!

В нас нуждаются и Мы приходим на помощь!

Нас понимают и Мы понимаем!

Мы всегда рядом с теми, кто слабее, чувствительнее, ранимее!

Мы рядом с близкими людьми и Они благодарны Нам за помощь!

Они - стали Нас понимать, стали Тебя понимать. Меня - понимать!

Они - стали Нас ценить, стали Тебя ценить. Меня - ценить!

Они - благодарны Нам, Тебе - благодарны. Мне - благодарны!

Ты и Я, Я и Ты - Мы с тобой - Одно Целое!

2 блок (дополнительный)

Ты стал другим **Человеком**, Ты - стал **Другом!**

Ты любишь и любим! Ты ценишь и ценим!

Свет Твоей Души согревает и оберегает!

Твоя Душа значит больше, чем твои мускулы!

Они пасуют перед силой **Твоего Духа!**

Только честность и справедливость – тогда Все и Вся отступают!

Ты - справедлив и принципиален,

Ты - честен и целеустремлен,

Ты - силен и жизнелюбив,

Ты - уверен в себе и стоек!

Ты - любишь и любим !

Сила Твоего Духа - защищает и оберегает!

Возможны иные формулировки с иным смысловым и эмоциональным, мировоззренческим и идеологическим содержанием, зависящим не только от

стереотипа поведения, но и от особенностей конституционального личностного радикала. Важно сохранить принципы альтруизма, вселенской гармонии и духовности при составлении блок-формул.

Примеры коррекции патологических стереотипов поведения

Пример №1. Дмитрий С., 17 лет, учащийся ГПТУ. С первого класса (8 лет) употребляет спиртные напитки. Вначале выпивал по 0,5 стакана вина 1-2 раза в неделю. С 5-6 класса стал употреблять по 1-2 стакана. Исчезновение рвотного рефлекса наблюдалось с 5 класса, явления перфорационной амнезии наблюдались с 6 класса. В этот же период наблюдается значительное повышение толерантности к спиртным напиткам. По описаниям подростка абстинентный синдром в виде сомато-вегетативных, неврологических реакций и незначительных психических нарушений наблюдается с 7 класса. В этот же период практически мог употреблять любые спиртные напитки, отдавая предпочтение крепким. В течение вечера мог выпить 2-3 стакана вина или 1 стакан водки, достигая состояния глубокого опьянения.

С 6-7 класса стал употреблять анашу, выкуривая сначала по 1 папиросе за вечер (примерно 1г анаши), в 8 классе мог выкуривать 2-3 папиросы (примерно 2-3г анаши). Наблюдалось отчетливое повышение толерантности, утрата защитных реакций в виде тошноты, слезотечения, слюнотечения, рези в глазах. В 8 классе при отсутствии анаши в течении 2-3 дней нарастала злобность, раздражительность, придирчивость к окружающим. С трудом контролировал свое поведение, что являлось причиной частых конфликтных ситуаций со сверстниками и, особенно, с учителями, со старшими. По субъективным описаниям подростка признаки абстинентного синдрома на фоне приема анаши сформировались примерно через 2 года от начала употребления анаши. Неоднократно самостоятельно выезжал на поля, где произрастает конопля, для сбора ее. С 6 класса состоит на учете в ИДН. С 7 класса - на учете в наркологическом диспансере. В 8 классе впервые стал употреблять транквилизаторы, не смешивая их с приемом других наркотических или токсикоманических препаратов. Вна-

чале выпивал одномоментно 3-4 таблетки элениума или реланиума, через 1,5-2 месяца выпивал по 10 таблеток. В настоящее время употребляет транквилизаторы, выпивает по 10 таблеток реланиума, элениума или радедорма. Если таблеток мало, то дробит их, распределяя в течении дня, принимая таким образом через день или два дня указанные транквилизаторы. Последнее время принимает транквилизаторы вместе со спиртными напитками, выпивая упаковку элениума, реланиума или радедорма и 1 стакан вина. В состоянии наркотического или токсиманического опьянения особенно не грубит, не конфликтует, часто пропускает занятия или присутствует в ГПТУ, но добиться от него продуктивной работы нельзя.

Диагноз: наркомании и токсикомании вследствие сочетанного злоупотребления комбинаций веществ различных групп.

Краевым наркологическим диспансером направлен на курс пограничных нервно-психических заболеваний и психотерапии кафедры неврологии ФУВ для проведения психобиологической коррекции.

Проведено 4 сеанса психобиологической коррекции поведения. После первого же сеанса наблюдалось купирование обсессивного влечения. Со слов подростка бывал в прежних компаниях, но на предложения выпить или принять транквилизаторы отвечал отрицательно. На сеансы приходил со своим наставником, после второго сеанса наставник отмечал нормализацию поведения, отсутствие грубости, отказов от работы. Значительно смягчились проявления раздражительности, конфликтности, вспыльчивости.

Спустя 3 месяца, наставник из ПТУ не отмечал поведения, характерного для периода интоксикации наркоманическими и токсикоманическими препаратами. Контрольные проверки со стороны наркологического диспансера также отмечали положительные катamnестические данные о поведении подростка.

Результаты динамического психологического обследования подростка в процессе лечения также выявили позитивные изменения в психологии обследуемого.

Пример № 2. Елена К., 17 лет, не работает, не учится. Употребляет спиртные напитки с 14 лет, выпивая 350-500 мл. Шампанского, после чего в первые 6 месяцев наблюдалась рвота, головная боль, слабость. Спустя 6 месяцев симптомы интоксикации исчезли. К приему шампанского - 300-400 мл стала добавлять 50-70 г водки. В 15 лет могла выпить до 1 стакана водки, испытывая приятное чувство опьянения. Шампанское и водку употребляла 2-3 раза в неделю. С 16 лет употребляет пиво, шампанское, вино, водку. Периодически курила ананас. Часто напивалась до глубокого опьянения, наблюдались алкогольные палимпсесты, когда по утрам не могла вспомнить вечерних событий.

Неоднократно в состоянии выраженного опьянения нарушала общественный порядок. 20.10.1986 года после употребления водки и шампанского (количество их не помнит - потеря контроля над количеством выпиваемого), была задержана сотрудниками РОВД и направлена в мед вытрезвитель.

Последние 3 года постоянно пропускала школьные занятия: вначале отдельные уроки, затем дни и даже недели. Постоянно находилась в асоциальной компании, из членов которой никто не работал, в ГПТУ или школе числились формально. Работать и учиться категорически отказывались. Состоит на учете в ИДН, в Краевом наркологическом диспансере с 15 лет.

Диагноз: наркомания в следствии злоупотребления препаратами индийской конопли, хр. Алкоголизм, 1 ст.

Краевым наркологическим диспансером направлена на кафедру для проведения коррекции. Проведено 7 сеансов психобиологической коррекции поведения. Проведение 1 сеанса (14.11.1986г.) сопровождалось негативной реакцией на императивную суггестию. Эмоционально-мимические реакции свидетельствовали о смысловом непринятии внушаемых формул. Отказывалась приходить на 2 сеанс. Во время второго сеанса (20.11.1986г.) сохранялось более мягкое негативное отношение к формулам внушения. Следует отметить, что при введении препарата "F" не отмечалось характерных переживаний, свойственных большинству больных.

После 3 сеанса комбинированной психобиологической коррекции (24.11.1986г.), со слов матери, стала заметна уравновешенность в поведении, отсутствие признаков опьянения, стала возвращаться домой не позднее 19-21 часов. Начала с интересом относиться к бытовым семейным проблемам. На 4 сеанс (1.12.1986г.), когда доза препарата "F" была увеличена, то впервые испытала отчетливые переживания, свойственные большинству больных. Эмоционально-мимические реакции выражали и подтверждали позитивное отношение к смысловой нагрузке проводимых словесных внушений. Испытала ощущение "нового образа Я". После этого сеанса стала проявлять активность в поисках подходящего места работы. Все последующие сеансы сопровождались позитивным отношением к формулам внушения, сопереживаниями по поводу формирования "нового собственного Я", беспрекословным выполнением инструкций.

В социально-психологическом аспекте наблюдалась стабилизация поведенческих реакций на социально-приемлемом уровне. За весь период проводимого лечения с 14.11.1986 по 3.01.1987г. и в последующие 3 месяца не наблюдалось влечения к употреблению спиртного. В январе 1987 г. устроилась на завод лаборантом.

Пример № 3. Елена Д., учащаяся СШ. Наследственность отягощена: отец страдает хр. алкоголизмом, а бабушка по линии отца страдает психическим расстройством, неоднократно лечилась в психиатрической больнице. До июня 1986 г. хорошо училась, поведение отличалось адекватностью. В июне 1986 г. познакомилась с девочкой, с которой вместе начали курить анашу, от 1 до 3 папирос в теченбии дня, испытывая при этом чувство удовлетворения, которое приходило на смену головной боли.

В состоянии наркотического опьянения часто уходила с уроков или вообще не посещала школу. Была поставлена на учет в наркологический диспансер. С августа-сентября 1986 года стала употреблять димедрол по 3-6 таблеток одновременно или элениума по 34-7 таблеток. Мать неоднократно наблюдала дочь в состоянии опьянения с грубо неадекватным поведением, но без запаха

алкоголя. В это же время стала употреблять спиртное, выпивая до 0,5 л вина или до 250 г водки. Часто не ночевала дома. С сентября по декабрь 1986 г. преимущественно употребляла таблетки, практически ежедневно, которые часто сочетала с приемом спиртного. Наблюдалась потеря контроля над количеством выпиваемого, исчезновение рвотного рефлекса. Была отмечена компульсивность влечения при добывании снотворных или транквилизаторов с повышением толерантности. На фоне развития приступов гнева и агрессии неоднократно вступала в драки, была поставлена на учет в ИДН. С октября месяца 1986 г. ежедневно принимала таблетки и лишь по субботам и воскресеньям выпивала до 14 л. вина или браги и 200-300 г. водки. В то же время заметно изменилась картина наркотического опьянения: больная могла упорядоченно совершать автоматические действия, но во время диалога была неадекватна. Начинали формироваться признаки абстинентного синдрома на прием транквилизаторов, снотворных и анаши. В декабре 1986 г. была направлена Краевым наркологическим диспансером на курс пограничных состояний и психотерапии кафедры неврологии ФУВ.

Диагноз: наркомания и токсикомания в следствии сочетанного злоупотребления комбинаций веществ различных групп.

17.12.1986г. был проведен 1 сеанс комбинированной психобиологической коррекции. Внутривенно введен препарат "F". Отмечалось быстрое погружение в состояние оглушения, появились хоботковые, сосательные реакции. 26.12.1986 г. был проведен 2 сеанс. Наблюдались отчетливые эмоционально-мимические реакции, свидетельствующие то о положительном, то об отрицательном отношении к формулам внушения. 6.01.1987 г. проведен 3 сеанс. Доза осталась прежней. Эмоционально-мимические реакции прежние, в конце сеанса отказывалась повторять формулы внушения. 19.01.1987 г. был проведен 6 сеанс, во время которого отмечались положительные эмоционально-мимические реакции на формулы внушения, пыталась повторять рекомендуемые формулы. В течении всего времени ни учителя, ни мать не замечали состояния опьянения, не было пропусков занятий.

24.01.1987г. проведен 7 сеанс с выраженными эмоционально-мимическими реакциями на формулы внушения. 3.02.1987 г. проведен 8 сеанс, протекавший аналогично. В этом промежутке попыталась по настоянию подруги выпить 3 таблетки радедорма, однако развилась выраженная тошнота, рвота, головокружение и чувство отвращения к таблеткам и к подруге, что сопровождалось конфликтом. 3-х месячный катамнез подтвердил отказ больной от употребления наркотических и токсических препаратов.

Метод психобиологической коррекции поведения возможно применять лишь в тандеме с психотерапевтом или психиатром. Для клинического психолога существует содержательное информационное пространство трансперсональных переживаний пациента после завершения сеанса.

Таким образом, разработанный метод психобиологической коррекции патологического девиантного поведения позволяет не только эффективно купировать психологическое влечение к наркотику, токсическим веществам, алкоголю, аналогичным способом блокировать влечение к совершению делинквентных поступков, но и осуществлять коррекцию личностных отношений, используя феномен видоизменения сознания и самосознания, когда пациенты вне рамок внушения способны к трансперсональным переживаниям.

5.8. Музыкально-оформленный аутотренинг в комплексном лечении функциональных расстройств (на модели заикания)

Трудности освоения приемов релаксации подростками, и в особенности младшего подросткового возраста, объясняются функциональной незрелостью психофизиологических механизмов саморегуляции: активного торможения, удержания в сознании воображаемых образов, сосредоточения на конкретных проприоцептивных ощущениях, устойчивой мотивации собственной деятельности и т.д., что характерно для детей и подростков, часто имеющих органическую недостаточность мозга. Данное обстоятельство заставляет искать пути преодоления указанных артефактов в самой методике проведения аутогенной тренировки (АТ) за счет дополнительного воздействия, позволяющего избе-

жать усиления гипнозогенного воздействия психотерапевта на высоко гипнабельных пациентов, улучшить способность к саморегуляции невербальными факторами.

Источником этих факторов является музыкальный фон, сопровождающий сеанс психотерапии. Ниже приводится схема сеанса, предложенного Ю.С.Шевченко (1995).

Использование приемов музыкотерапии в комплексе с другими методами психотерапии заикающихся подростков возможно на всех этапах лечения (от освоения элементов релаксации до функциональной тренировки) и представляет дополнительные возможности для оптимизации лечебного процесса за счет усиления психотерапевтического воздействия на различные психофизиологические уровни пациентов.

Первый этап.

Задачи этапа. Концентрация внимания и начало расслабления.

Содержание аутотренинга. «Все посторонние мысли остались за дверями. Я сосредоточен на музыке... Все внимание на расслаблении.

Музыкальный фрагмент и его длительность. С.Рахманинов. Соч. 45. Симфонические танцы. Часть первая. 7 минут.

Характер музыкально-терапевтического воздействия. Неожиданно резкое вступление, звуки литавр, отрывистое звучание смычковых захватывают внимание, концентрируют его на музыке, не дают отвлечься, удерживают активное сознание в узком русле. Критическое разрешение снимает предшествующее напряжение. Новые чувства подготавливают к расслаблению.

Второй этап.

Задачи этапа. Релаксация (расслабление).

Содержание аутотренинга. Маска релаксации, вызывание тяжести и тепла в конечностях, регуляция дыхания... «Я совершенно спокоен».

Музыкальный фрагмент и его длительность. В.С.Калинников. 1 Симфония соль минор. Вторая часть. 10 минут.

Характер музыкально-терапевтического воздействия. Музыка спокойная, плавная, свободная, напевная, лиричная. Способствует успокоению и вызыванию мимико-соматических эффектов: «Дышится легко и свободно», «Сердце бьется ровно и спокойно» и т.д.

Примечания. Организующее действие музыки проявляется в эффектах преодоления и овладения поведением реципиента по Г.Б.Ананьеву. В начале курса лечения роль психотерапевта более значительна, вся методика ближе к гетеротренингу. По мере освоения приемов релаксации помощь психотерапевта все более индивидуализируется. В дальнейшем гетеротренинг исключается, кроме специальных лечебных внушений. Усложняются и условия проведения АТ (от положения лежа к положению сидя).

Третий этап.

Задачи этапа. Речевые упражнения. Демонстрация речевых возможностей пациентов на примере отраженной и сопряженной речи, а также самостоятельной «искусственно» речи на фоне релаксации и снятия «мышечных зажимов».

Содержание аутотренинга. А) Монотонным индифферентным голосом, медленно и протяжно, без напряжения осуществляется счет пятерками с паузами после каждой 5-ой цифры. Вначале хором, затем по очереди по 50, затем по кругу по одной цифре.

Б) Чтение стихов с паузой после каждой строки и счетом про себя «раз, два, три».

В) Короткие фразы, ответы на вопросы, диалоги с заданными темпом и паузами (рассказ о себе, пересказ книги, кинофильма, выученных отрывков и т.п.).

Музыкальный фрагмент и его длительность. А) И.С.Бах. Концерт № 5 для ф-но с оркестром фа-минор. Вторая часть. 7 минут.

Б) И.С.Бах. Концерт № 1 для ф-но с оркестром ре-минор. Вторая часть. 7 минут.

В) И.С.Бах. Бранденбургский концерт № 4. Вторая часть. 5 минут.

Характер музыкально-терапевтического воздействия. А) Музыка задается ритм, четырехдольный размер способствует счету в размеренном темпе. Спокойный, меланхолический характер музыки позволяет сохранять расслабленное состояние.

Б) Трехдольный размер задает и удерживает ритм декламации. Меланхолический, индифферентный, расслабленный характер музыки сохраняется на всем протяжении этой части тренинга.

В) Характер музыки такой же, но более просветленный, мелодия спокойная, изящная. Неторопливый трехдольный ритм. Музыка настраивает на приятные воспоминания, представления, ассоциации.

По мере прохождения курса психотерапии и улучшения в речи задания индивидуально усложняются. У кого улучшения незначительные, выполняют более простые упражнения, те, у кого улучшения значительные, вступают после. Монотонный счет и другие приемы «искусственной речи» используются преимущественно в группах с неврозоподобным заиканием для концентрации внимания на речевой технике. В группах с невротическим заиканием через 2-3 занятия речевые упражнения начинаются с фразовой речи и направлены на преодоление неуверенности в собственных речевых возможностях. На технике речи внимание не фиксируется. В случаях неврозоподобного заикания, осложненного страхом речи, мы стараемся на первых сеансах настаивать на невыразительной, монотонной речи, в дальнейшем, если это не вызывает мышечного напряжения, не препятствовать естественному стремлению к выразительности.

Все элементы этого этапа усваиваются постепенно на протяжении всего курса лечения.

Работа планируется совместно с логопедом для правильного распределения речевой нагрузки соответственно возможностям каждого участника группы, чтобы не допустить запинок во время речи.

Четвертый этап.

Задачи этапа. Отдых, лечебное внушение и самовнушение.

Содержание аутотренинга. Возвращение внимания на расслабление. Поиск и снятие «мышечных зажимов», маска релаксации, глубокое и полное расслабление... «Я спокоен...». Констатация успешности речевых упражнений, эффективности расслабления, определение терапевтической перспективы, внушение веры в собственные возможности... Внушение покоя, лечебного отдыха, хорошего самочувствия, укрепления нервной системы, ликвидации невротических симптомов (страхов, головной боли, нарушений сна, раздражительности и т.п.).

Музыкальный фрагмент и его длительность. Ц.Франк. Пастораль ля-мажор. 7 минут.

Характер музыкально-терапевтического воздействия. Музыка проникновенная, интимная, спокойная, но эмоционально заряженная. Тема без четко выраженного ритма, не мешающая индивидуальному характеру внушений. Мажорные интонации закрепляют в сознании ликвидацию невротических симптомов.

Этот этап может быть увеличен, а в некоторых случаях переходить в гипноз-отдых, в особенности, если данная методика проводится в стационарных условиях. Формулы внушения, произносимые вслух психотерапевтом, носят общий для всей группы характер (при неврозоподобном заикании, не сопровождающимся логофобией, они касаются внимания, самоконтроля; тщательности освоения логопедических навыков, при невротическом заикании внушения направлены на преодоление страха речи). Особое значение имеют формулы самовнушения, выражающие индивидуальные желания и стремления пациентов. Психотерапевт контролирует формулу их построения: краткость, четкость, утвердительность.

Пятый этап.

Задачи этапа. Использование элементов функциональной тренировки по типу реципрокного торможения и регулятивной музыкотерапии (по Швабе).

Содержание аутотренинга. А) Сохранение расслабленного состояния на фоне контрастной по характеру музыки... «Я спокоен...».

Б) Представление на фоне расслабления трудной ситуации, провоцирующей логофобию и внушение себе формул спокойствия «Я совершенно спокоен...».

В) Речевое обыгрывание воображаемой ситуации с усвоением репертуара способов соответствующего поведения в них.

Музыкальный фрагмент и его длительность. А) Дебюсси. «Облака». 6 минут.

Б) Равель. «Павана». 6 минут.

В) Дебюсси. «Сирены». 9 минут.

Характер музыкально-терапевтического воздействия. А) Постепенно музыка становится более разнообразной по характеру, возбуждающей. Повышение эмоциональности мелодико-гармонических элементов сдерживается устойчивым ритмическим фоном.

Б) Просветленный, задумчивый характер музыки прерывается ритмическими вставками, придающими мелодии неустойчивый, тревожный оттенок.

В) Лирический характер музыки уступает место драматической насыщенности. Женские голоса проникнуты тревожным чувством, заполняющим первоначально просветленную мелодию. Музыка без ярко выраженного ритма.

В начале курса этот этап существует только в музыке, по содержанию ауто-тренинга он входит в предыдущие в форме А). Формы Б) и В) включаются на более отдаленных стадиях комплексного воздействия.

Трудные ситуации заимствуются из анамнеза пациентов и вводятся в сеанс последовательно от наименее к наиболее трудным. Критерий возможности перехода к представлению следующей ситуации – спокойное представление предыдущей, подтвержденное наблюдением и самоотчетом.

В форме В) усложнение ситуаций осуществляется за счет того, что вначале психотерапевт, а затем сам заикающийся выступают в роли инициатора создаваемых речевых контактов. Этот этап можно рассматривать как начальную стадию функциональной тренировки (ФТ). Последующие стадии предпо-

лагают осуществление речевой деятельности во все более активном состоянии и в возрастающих по сложности реальных условиях (класс, улица, магазин, рынок, сцена и т.д.).

Шестой этап.

Задачи этапа. Выход из аутогенного погружения.

Содержание аутотренинга. Внушение свежести, бодрости, силы, энергии, активности в речевой работе, уверенности, настойчивости в усвоении логопедических приемов, смелости, решимости победить расстройство, отличного настроения.

Музыкальный фрагмент и его длительность. Равель. «Болеро». 3 минуты.

Характер музыкально-терапевтического воздействия. Ритмичное нарастание жизнеутверждающей темы способствует переходу в активное состояние. Призывное, волевое звучание повторяющихся фраз создает канву, на которую ложатся общие и индивидуальные формулы самовнушения. Длительность последнего музыкального фрагмента позволяет обеспечить выход из аутогенного погружения всех участников сеанса независимо от его глубины.

После общих формул, предлагаемых психотерапевтом, остается время для индивидуальных формул выхода из АТ.

На фоне звучащей музыки сеанс заканчивается не одновременно, а каждым из пациентов самостоятельно.

Чистое звучание музыки без учета пауз – 68 минут.

Средняя продолжительность занятия с группой из 6-8 человек – 1 час 30 минут.

5.9. Психологический практикум

Ниже мы приводим психологический практикум А.И. Захарова, который наиболее приемлем для психологов, учителей и даже для врачей. Практикум позволяет в реальном времени убедиться в наличии или отсутствии симптомов невротических нарушений, как для родителей, так и для специалистов.

БОЛЬНЫ ЛИ МЫ НЕВРОЗОМ?

Поскольку мы часто слышим «больное общество», то не будет лишним спросить: а не больны ли мы сами, скажем, неврозом – самым распространенным видом нервно-психических расстройств у современного человека. На подобный вопрос можно утвердительно ответить, если на большинство нижеследующих пунктов мы даем положительные ответы:

1. Легко расстраиваемся, раздражаемся по пустякам, долго не можем прийти в себя.
2. Становимся все более чувствительными, ранимыми и обидчивыми.
3. Все труднее контролируем свои чувства и эмоции, хотя потом и переживаем с чувством вины.
4. Все больше беспокоимся, волнуемся без особых причин, не можем ждать, как обычно, нетерпеливы и непоследовательны в действиях и поступках.
5. Начинаем видеть опасность там, где ее нет, и более чем часто сомневаться в правильности своих решений.
6. Все менее жизнерадостны и активны в новых контактах, воспринимаем уже многое в мрачном свете, часто ворчим и злимся, как потом нередко оказывается, совсем не потому поводу.
7. Возникает разлад с самим собой, внутренний конфликт, борьба противоречивых чувств и желаний. В итоге нет привычного внутреннего единства, естественности и уверенности, прежнего самочувствия и работоспособности.

Теперь оценим каждый пункт в два балла, если он относится к Вам полностью; в один балл, если частично; в ноль баллов, если не касается. Сумма в 5-10 баллов говорит о наличии эмоционального стресса, о том, что вы болели неврозом или заболете им в ближайшее время. 10-14 баллов – это с Вами уже происходит, ничего хорошего ждать не нужно, и чем скорее Вы обратитесь за квалифицированной помощью к психологу или психотерапевту, тем меньше будет дальнейших затруднений для Вас, Ваших детей и близких.

Причины невроза разнообразны. Здесь и неблагоприятное стечение жизненных обстоятельств, и внезапно навалившееся на Вас заботы и тревоги; дли-

тельное напряжение нервно-психических сил, не давшее желаемого результата; несбывшиеся мечты; горечь утрат и разочарований; другие, значимые для Вас психические травмы и стрессы. Несомненно и то, что Вы обладаете повышенной эмоциональной восприимчивостью, а также определенными чертами характера, препятствующими своевременной нейтрализации психического стресса и появлению адекватной психологической защиты. А невозможность выразить себя, реализовать творческий, созидательный потенциал, даже быть просто собой под влиянием невротического расстройства – очевидно и для Вас самих.

ВАШ РЕБЕНОК БОЛЕН НЕВРОЗОМ ИЛИ ЗАБОЛЕЕТ ИМ, ЕСЛИ:

1. Легко расстраивается, много переживает, все слишком близко принимает к сердцу.
2. Чуть что – в слезы, плачет навзрыд или ноет, ворчит. Не может успокоиться.
3. Капризничает ни с того ни сего, раздражается по пустякам, не может ждать, терпеть.
4. Более чем часто обижается, «дуется», не переносит никаких замечаний.
5. Крайне неустойчив в настроении, вплоть до того, что может смеяться и плакать одновременно.
6. Все больше грустит и печалиться без видимой причины.
7. Как и в первые годы, снова сосет соску, палец, все вертит в руках.
8. Долго не засыпает без света и присутствия рядом близких; беспокойно спит, просыпается; не может сразу придти в себя утром.
9. Становится повышенно возбудимым, когда нужно сдерживать себя, или заторможенным и вялым при выполнении заданий.
10. Появляются выраженные страхи, опасения, боязливость в любых новых, неизвестных или ответственных ситуациях.
11. Нарастает неуверенность в себе, нерешительность в действиях и поступках.

12. Все быстрее устает, отвлекается, не может концентрировать внимание продолжительное время.
13. Все труднее найти с ним общий язык, договориться, становится сам н собой, без конца меняет решения или уходит в себя.
14. Начинает жаловаться на головные боли вечером или боли в области живота утром; нередко бледнеет, краснеет, потеет; беспокоит зуд без видимой причины, аллергия, раздражение кожи.
15. Снижается аппетит, часто и подолгу болеет, повышается без причин температура, часто пропускает детский сад или школу.

Каждый пункт оценивается в 2 балла, если выражен и тем более, возрастает в своей интенсивности в последние годы. Если указанные проявления встречаются периодически, то оцениваются в один балл. При их отсутствии ставится 0.

От 20 до 30 баллов – невроз у вашего ребенка несомненен. От 15 до 20 – от был или будет в ближайшее время. 10-15 баллов говорят о нервном расстройстве, не обязательно достигающего стадии заболевания. 5-0 баллов заставляют нас быть более внимательными к нервной системе ребенка, ниже 5 баллов – отклонения несущественны или являются выражением возрастных, преходящих особенностей Вашего чада.

А теперь вернитесь к предшествующему тесту, который касался Вас самих. Существует неприятная, но жизненно очевидная взаимосвязь между Вашей нервностью и нервностью вашего ребенка. Чем больше Вы не можете владеть собой, эмоционально расстроены, напряжены и обеспокоены, тем больше ребенок, находясь в непосредственном общении с Вами, непроизвольно усваивает эти нежелательные модели поведения. Более того, может даже подражать им, имитировать, если он по возрасту – еще не подросток. А если он стал таковым, то наоборот, вырабатывает негативное отношение не только к этим моделям, но и к Вам самим. Возникает конфликт, отчуждение, непонимание. А тут еще одна опасность возникает – активизация в подростковом, пубер-

татном возрасте неблагоприятных генетических влияний родителей. Скажем, папа или мам сами были «не сахар» в свое время, а тут в отпрыске они видят подобные черты, что вызывает резкое неприятие, «разборки» и потерю с ним эмоционального и психологического контакта. Потерянный для родителей подросток становится повышенно уязвимым в отношении отрицательных влияний, идущих вначале от сверстников, а затем – и других взрослых.

Не менее, а иной раз и более драматична ситуация когда родители не обращают внимания на свое поведение, позволяют все то, что и раньше, так же возбудимы, агрессивны, курят в присутствии детей, устраивают шумные и обильные застолья, да еще постоянно выясняют методом ссор, физически активных действий, а то молчания и ухода отношения друг с другом. Подросток тогда получает двойной удар – как никогда действуют неблагоприятные гены родителей и негативный пример их поведения. Но это еще не все. Семейная ситуация наиболее неблагоприятна для психического развития подростка, если нет доверительного контакта с родителем того же пола. Здесь отрицательная роль принадлежит повышенной принципиальности родителей, отсутствию компромиссов, негибкости мышления со склонностью к стереотипам, азбучным, прописным истинам, наличию собственных личностных и психических проблем, истерическим чертам характера с самовлюбленностью – нарциссизмом, эгоизмом и т.д.

И уж совсем плохо, когда подросток не принимается эмоционально, не становится близким только потому, что походит на нелюбимого супруга или супругу, с которым нет явного конфликта. Тогда всю порцию раздражения и недовольства получает именно он – без вины виноватый подросток, с которым, конечно же, нет никакого контакта. Вот почему дочь, похожая на отца, которым недовольна мать, не будет откровенна с матерью, поскольку она эмоционально не принимает дочь и не может служить ей опорой в трудные минуты жизни. Сын, похожий на мать, может также отторгаться отцом, которого раздражают общие с женой эмоциональная чувствительность, ранимость и обидчивость.

Итак, нам нужно, как никогда, быть внимательными друг к другу в семье, где подрастает сын или дочь, заодно устранить амбиции и недовольство, беспочвенную критику и нигилизм, нетерпимость, непримиримость и предвзятость в отношениях, равно как и чрезмерную мягкотелость, беспринципность и попустительство, отсутствие какого-либо контроля. Главное – вести себя так, чтобы быть примером не на словах, а на деле, избегать негативных образцов поведения, лучше контролировать свои чувства и эмоции, улучшать, а не ухудшать отношения в семье и всячески способствовать сохранению, повышению ее надежности и стабильности. И задуматься нужно еще раз – все ли благополучно у Вас с характером и нервной системой. Если нет, - то как это отразится на детях, и что следует предпринять, что бы со всем этим справится еще до того, как Ваш ребенок станет подростком.

**Что нужно преодолеть родителям,
чтобы помочь ребенку избавиться от невроза**

«Да ничего», - скажут одни. Виноваты испуг, обстоятельства, детский сад, школа, но только не мы сами. Однако давно подмечено, что эмоциональные и нервные расстройства формируются, развиваются как раз в семье в условиях неправильного воспитания и конфликтов, а внешние стрессы выступают в качестве «последней капли» или толчка. Поэтому и не помогают при неврозах экстрасенсы или подобные им целители. Помимо специальных, научно разработанных методов психотерапии и самим родителям нужно провести определенную психологическую работу. То, что это не так легко, как может показаться с первого взгляда, говорит следующий текст. Итак, чтобы Ваш ребенок вылечился от невроза, Вам самим нужно преодолеть:

1. Недостаточную (несвоевременную) эмоциональную отзывчивость и откликаемость.
2. Чрезмерную фиксацию на себе и своих интересах, равно как и недоверие к возможностям детей.
3. Неспособность пойти на жертвы во имя ребенка, в том числе - экономического характера.

4. Собственные недостатки характера и поведения, являющиеся отрицательным примером для детей.

5. Ригидные, изжившие себя стереотипы воспитания, в том числе чрезмерную принципиальность, формализм и диктат в общении с детьми.

6. Непримиимые, неприязненные, конфликтные отношения с другим родителем.

7. Нервные расстройства, если они имеют место, а также неадекватно повышенную чувствительность к стрессу и отсутствие психологической защиты.

Только с учетом всех этих изменений можно обеспечить 100% эффект освобождения Вашего ребенка от невротического заболевания и недостатков характера.

КАКИЕ КАЧЕСТВА НУЖНЫ РОДИТЕЛЯМ ЧТОБЫ ВЫЛЕЧИТЬ РЕБЕНКА ОТ НЕВРОЗА.

1. Понимание серьезности создавшегося положения, насколько адекватно и серьезно Вы воспринимаете беды Вашего ребенка, любите его и цените его здоровье.

2. Доброта и искреннее желание помочь ребенку.

3. Способность во имя ребенка идти на уступки и жертвы.

4. Способность встать на сторону ребенка, посмотреть на себя его глазами.

5. Готовность к переменам.

6. Контроль за своими чувствами и поступками.

7. Терпение и последовательность.

8. Согласие в семье и участие обоих родителей в воспитании и лечении ребенка.

9. Вера в положительные результаты лечения.

ЧТО НУЖНО ДЕЛАТЬ ЗАРАНЕЕ, ЧТОБЫ У НАШИХ ДЕТЕЙ НЕ БЫЛО НЕВРОЗА

Родить его в нужное время и в нужный час, без сопутствующей учебы, экзаменов, сомнений в необходимости иметь детей в данное время. Тогда Ваш ребенок не будет препятствием на Вашем жизненном пути и вызывать лишний раз раздражение, досаду и недовольство.

2. Предпринять необходимые меры безопасности до рождения ребенка: проконсультироваться у психолога или психотерапевта, избегать ненужных психических стрессов, своевременно устранять неблагоприятные воздействия со стороны работы, знакомых и близких, настроиться на успешные роды и пройти предварительное обучение.

3. Принять ребенка как судьбу, таким, какой он есть по полу, отложить все дела в сторону, полностью заняться уходом и воспитанием, не отдавать в ясли и помнить о высокой потребности в любви к Вам в первые годы жизни, когда наиболее активно развиваются эмоции и способность к человеческим контактам.

4. Не оставлять одного в первые годы жизни и не передавать на попечение кому бы то ни было, равно как и не совершать дальних поездок в первые три года жизни.

5. Не забывать о муже, помнить, что ему тоже не легко, постараться как можно раньше вовлечь его в заботу и уход за ребенком, подчеркивать его роль в семье и способность помочь как в психологическом, так и в экономическом плане.

6. Как можно чаще играть с детьми, становиться на их место, сочувствовать переживаниями, одновременно стараясь обходиться без чрезмерной опеки и беспокойства.

7. Быть достаточно гибкими и непосредственными в общении с детьми, вовремя признавать свои ошибки, доверять и «поступаться принципами», если это необходимо.

8. Учитывать индивидуальность, своеобразие темперамента, характера и личности Ваших детей, направляя развитие без искусственного опережения или замедления природного темпа.

9. Проанализировать проблемы в отношениях со своими родителями в детстве, чтобы непроизвольно не повторять в своем семейном опыте (если в детстве были проблемы в отношениях с родителем другого пола, то это может осложнять отношения в браке; если с родителем того же пола, то – в воспитании детей).

10. Своевременно замечать психологический дискомфорт и нервность детей, в том числе нарастающие страхи и беспокойство, плохое настроение, повышенную обидчивость и капризность, утомляемость, расстройства сна и аппетита. Совместно с мужем (женой) разобраться в причинах и внести коррективы в отношения с детьми.

Каждый пункт оценивается в 0 баллов, если с тем, что написано, у Вас нет никаких проблем; 1 балл – если есть сомнения; 2 балла – когда это практически осуществить. Соответственно, шкала содержит от 0 до 20 баллов. До 7 баллов, предположительно, Вы можете справиться с предстоящими проблемами собственными силами, если не будет дополнительных неблагоприятных воздействий. От 7 и больше баллов, возможно, Вам потребуется психологическая или психотерапевтическая помощь или серьезная работа над собой, и лучше не откладывать это в долгий ящик, чтобы избежать возникновения невроза у ребенка.

Резюме

Человеческая индивидуальность представляет собой продукт конкретных социальных и биологических влияний. Кардинальное отличие между этими влияниями (С.Л. Рубинштейн, Б.Н. Теплов, К.К. Платонов, А.Г. Ананьев, А.В. Брушлинский, Б.С. Братусь, Б.А. Сосновский) в том, что социальные факторы обуславливают содержательный аспект человеческой психики (интересы, убеждения, знания). Доминирующая роль среди биологических факторов в определении признаков человеческой индивидуальности принадлежит типологии. Согласно Е.В. Шороховой, социальное действует на биологическое через психическое, при этом связующим звеном между социальной средой и биологической основой выступает личность. Именно через личность человеческий организм испытывает влияние истории, общественного, социального.

Согласно системному подходу, мы попытались найти структуру изучаемого явления с позиций конституции, представляющей собой совокупность устойчивых, врожденных или приобретенных признаков. Если генотип - это сумма полученного наследственного материала предков, где один ген может обуславливать много признаков, а один признак может быть обусловлен множеством генов, то фенотип - это сумма морфологических, физиологических, поведенческих признаков человека, взаимодействие среды с генотипом. Поэтому в зависимости от социальных условий генотип может развиваться различными путями и формировать разные фенотипы - направления конституционально обусловленной аномальной личностной изменчивости регистров пограничной аномальной личности и психопатии. В этом случае конституцию следует понимать как совокупность наиболее существенных индивидуальных особенностей и свойств, закрепленных в наследственном аппарате и определяющих специфичность реакций всего организма на воздействие среды, то есть функциональное единство всех физических и физиологических свойств человеческого индивида. Если в основе общей конституции лежит весь генотип, а основу частных конституций составляют наборы определенных генов, то общая конституция - это генотип в действии (В.М. Русалов, 1979), что наглядно

продемонстрировано в экспериментально-психологических результатах исследований подростков, располагающихся в различных регистрах конституционно-типологического личностного континуума: норма – акцентуации, пограничная аномальная личность, психопатии.

В то же время каждый конкретный фенотип представляет собой частный случай генотипов, то есть любой признак является результатом взаимодействия наследственности и среды, только одни признаки определяются генами с более широкой “нормой реакции“, а другие - с более узкой “нормой реакции“. Именно поэтому пределы фенотипической изменчивости организма называют нормой реакции. Как мы видим представители регистра психологической нормы - акцентуации отличаются более широким диапазоном «нормы-реакции» и большей устойчивостью, толерантностью в отношении деструктивных средовых факторов, способствующих негативному дрейфу личностно-характерологических особенностей с последующим формированием признаков аномальной личностной изменчивости. Представители регистров пограничной аномальной личности, и в особенности психопатии, отличаются убыванием диапазона «нормы-реакции», обусловленной конституциональной неполноценностью звеньев, лежащих в основе аномальной личностной изменчивости.

Нашими клинико-психологическими исследованиями показано, каково соотношение в каждом поведенческом стереотипе, в каждом личностно-характерологическом признаке конституционально-типологического или средового, каково их реальное взаимовлияние.

Конституциональный личностный континуум на протяжении от акцентуаций характера до конституционально-типологического регистра пограничной аномальной личности демонстрирует, как личностные черты и поведенческие стереотипы выступают и в виде продукта предшествующих стадий процесса и в виде тех внутренних условий, без которых невозможно дальнейшее личностно-характерологическое деструктивное или позитивное формирование субъекта.

Список литературы.

1. Александров А.А. Современная психотерапия. Курс лекций. – Сп-б., 1997.
2. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. - Л.: изд-во МГУ, 1969.
3. Аршавский И.А. Основы возрастной периодизации. Возрастная физиология. - Л.: Наука. 1975.
4. Ахвердова О.А. Психологическая диагностика девиантного поведения подростков. – Ставрополь, 1994.
5. Ахвердова О.А. Расстройства психомоторики у детей. – Ставрополь, 1994.
6. Ахвердова О.А. Клинико-психологические варианты формирования патологического девиантного поведения у подростков. Автореф. Дис..канд.мед.наук. – Ленинград, 1989.
7. Ахвердова О.А. Личностно-характерологический континуум современного подростка. Дис...д-ра психол.наук. – М., 1998.
8. Ахвердова О.А. Экспериментально-психологическая диагностика личностно-характерологического континуума подростков //Монография. – М., 1998.
9. Ахвердова О.А., Боев И.В. Психобиологическая коррекция патологических стереотипов поведения у подростков. – Ставрополь, 1993.
10. Ахвердова О.А., Боев И.В., Коваленко А.П. Дифференциальная психология акцентуаций и конституциональных личностных радикалов у подростков: учебно-методическое пособие. – Ставрополь, 1997.
11. Белоус В.В. Опыт экспериментальной психофизиологической характеристики некоторых типов темперамента // Типологические исследования по психологии личности. – Пятигорск, 2000.
12. Белякова Л.И. Клинико-физиологический анализ центральных патогенетических механизмов заикания: Дис...д.м.н. – Л., 1981.
13. Бирман Б.Н. Опыт клинико-физиологического определения типов высшей нервной деятельности. - ЖВНД, 1951, т.1, вып. 6.
14. Боев И.В. Пограничная аномальная личность. – Ставрополь, 1999.
15. Боев И.В., Ахвердова О.А. Многовекторный клинический анализ токсикоманий, наркоманий и наркотизма у подростков. – Ставрополь, 1992.

16. Боев И.В., Золотарев С.В. Психофизиологическая диагностика и дифференциальная диагностика конституционально-типологического личностного континуума подростков. – Ставрополь, 1999.
17. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – М., Просвещение, 1968.
18. Веселовская Н.В., Коваленко А.Е. Наркотики. – М., 2000.
19. Волоскова Н.Н. Интеллектуальная деятельность детей с речевой патологией. Учебно-методическое пособие. – Ставрополь, 1999.
20. Волоскова Н.Н. Трудности формирования навыка письма у учащихся начальных классов. Автореф. Дис..канд.пед.наук. – М., 1996.
21. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. – М., Изд-во АПН, 1960.
22. Ганнушкин П.Б. Избранные труды по психиатрии. – М.: Медицина, 1964.
23. Гиндикин В.Я. Неврозы //Ранняя диагностика психических заболеваний. – Киев, 1989.
24. Гурьва В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. – Томск, 1994.
25. Головина В.П. Сравнение выработки дифференцировок у собак различного типа нервной системы // Труды физиологических лабораторий И. П. Павлова.- Л., 1938, т. 8.
26. Горьковая И.А. Медико – и социально-психологические корреляты устойчивого противоправного поведения подростков. Дис...док.психол. наук. – СПб, 1998.
27. Давиденков С. Н. Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии. - Л., 1947.
28. Дмитриева Т.Б. Патобиологические основы психопатий. – М., 1998.
29. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания. – М., 2001.
30. Жизненный путь личности: вопросы теории и методологии социально-психологического исследования. Л. В. Сохань (отв. ред.). - Киев: Наукова думка, 1987.

31. Запорожец А.В. Психология. - М., 1953.
32. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. – Л., Медицина, 1988.
33. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. – М., Медицина, 1982.
34. Ересь Е.П. Исследование темпераментов школьников. // Учен. зап. кафедры психологии МГПИ, 1939, вып. 1.
35. Ермолаева-Томина Л. Б. Индивидуальные различия в концентрированности внимания и сила нервной системы.// Вопр. психологии, 1960, № 2.
36. Ермолаева-Томина Л. Б. Некоторые особенности внимания в связи с силой нервных процессов.// Доклады АПН РСФСР, 1957, №
37. Ильина А. И. Некоторые особенности проявления общительности у школьников в зависимости от подвижности нервных процессов.// Доклады на совещании по вопросам психологии личности.- М., 1956.
38. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – М.: Медицина, 1990.
39. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М., Медицина, 1985.
40. Кербиков О.В. Избранные труды. – М.: Медицина, 1971.
41. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М., 1985.
42. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М., 1995.
43. Колупаев Г.Н., Лакосина Н.Д. О закономерности формирования психогенных нарушений на экзогенно-органической «почве» //Психогенные (реактивные) заболевания на измененной «почве». – Воронеж, 1982.
44. Корнилов К. Н. Психология. - М., 1946.
45. Корнилов К. Н., Смирнов А. А., Теплов Б. М. Психология. - М., 1948.
46. Красногорский Н.И. О типовых особенностях высшей нервной деятельности у детей. - ЖВНД, 1953, т. 3, вып.2.
47. Крушинский Л.В. Корреляция между конституциональным строением тела и поведением собак // Доклады АН СССР, 1946, т 52, № 7.
48. Купалов П.С. Периодические колебания скорости условного слюноотделения // Архив биологических наук. - М., 1925, т. XXV, вып. 4 - 5.

49. Лазурский А.Ф. Очерк науки о характере. - 3-е изд. - Пг., 1917.
50. Левитов Н.Д. Вопросы психологии характера. - 2-е изд. - М., 1956.
51. Лейтес Н.С. Опыт психологической характеристики темпераментов // Типологические особенности высшей нервной деятельности человека. - М., 1956.
52. Леонтьев А.Н. О формировании способностей // Вопросы психологии, 1960, № 1.
53. Леонтьев А.Н. Психологические вопросы сознательности учения // Изв. АПН РСФСР, 1947, № 7.
54. Лурия А.Р. Язык и сознание. – Ростов-на-Дону, 1998.
55. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. – М., 1962, 1969.
56. Макогонова А.А. Распределение внимания у радистов в связи с типологическими различиями высшей нервной деятельности // Материалы совещания по психологии (1 - 6 июля 1955 г.). - М., 1957.
57. Мерлин В.С. Роль темперамента в эмоциональной реакции на оценку // Вопр. психологии, 1955, № 6.
58. Мясищев В.Н. Проблема психологического типа в свете учения И.П. Павлова // Учен. записки. ЛГУ, 1954, № 185.
59. Небылицын В.Д. Исследование взаимосвязи между чувствительностью и силой нервной системы // Типологические особенности высшей нервной деятельности человека. - М., 1959, т. 2.
60. Небылицын В.Д. О соотношении между чувствительностью и силой нервной системы // Типологические особенности высшей нервной деятельности человека. - М., 1956.
61. Никитюк Б.А., Корнетов Н.А. Интегративная биомедицинская антропология. – Томск, 1998.
62. Норакидзе В.Г. Типы характеров и фиксированная установка. Тбилиси. 1966.
63. Павлов И.П. Полн. собр. соч., т. 3, кн. Вторая.

64. Палей И.М. Индивидуальные особенности сдерживания в связи с типологическими различиями по уравновешенности нервных процессов // Вопр. психологии, 1958, № 5.
65. Палей И.М., Пшеничников В.В. Учение И.П.Павлова о типах высшей нервной деятельности и проблема темперамента // Вопр. психологии, 1955, № 5.
66. Пиаже Ж. Избранные психологические труды. - М., "Просвещение". 1969.
67. Пивень Б.Н. Сочетанные формы психической патологии. – Новосибирск: «Наука». Сибирское предприятие РАН. 1998.
68. К. К. Платонов. Теория и методы.// В кн.: "Личность и труд". - М., "Мысль", 1965.
69. Попеску-Невяну П.Г. Опыт исследования типовых особенностей высшей нервной деятельности человека // Учен. зап. ЛГУ, 1954, № 185.
70. Равич-Щербо И.В. Исследование типологических различий по подвижности нервных процессов в зрительном анализаторе // Типологические особенности высшей нервной деятельности человека. - М., 1956.
71. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. - М., 1957.
72. Самарин Ю.А. Опыт экспериментально-психологического изучения типологических особенностей нервной системы у детей // Изв. АПН РСФСР, 1954, вып. 52.
73. Семке В.Я. К проблеме систематики пограничных состояний //Журн. Невропатологии и психиатрии. 1987. Вып. 11.
74. Семке В.Я. Истерические состояния. – М.: Медицина, 1988
75. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медицина, 1974.
76. Теплов Б.М. проблемы индивидуальных различий. - М., 1961.
77. Теплов Б.М., Лейтес Н.С. К проблеме индивидуально-психологических различий // Доклады на совещании по вопросам психологии личности. - М., 1956.
78. Усанова О.Н. Специальная психология. – М., 1989.
79. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М., 1987.

80. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. – Сп-б., 2000.
81. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. – М., 1997.
82. Шевченко Ю.С. Музыкально-оформленный аутотренинг в комплексном лечении функциональных расстройств (на модели заикания) //Психокоррекция: теория и практика. – М., 1995.
83. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Онтогенетически-ориентированная психотерапия. – М., 1998.
84. Шпрангер Э. Психология юношеского возраста. – М., 1924.
85. Эйдимиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. – Л., Медицина, 1990.
86. Эльконин Д.Б.. Детская психология. - М., 1960.