А. И. Захаров

Происхождение детских неврозов и психотерапия

В книгу вошли две основополагающие монографии видного отечественного психолога-практика, ведущего специалиста в области детских и подростковых неврозов Александра Ивановича Захарова.

В работе «Неврозы у детей и подростков» рассматривается взаимосвязь невротических расстройств с особенностями психического развития, с условиями воспитания и семейными отношениями, приводятся всевозможные формы их проявлений, раскрываются личные качества и характеристики родителей, приводящие к осложнениям внутрисемейной ситуации и невротическому развитию детей.

Монография «Психотерапия неврозов у детей и подростков» — это подробное описание психотерапевтических методов лечения неврозов, работы с детьми и подростками, снабженное теоретическим обзором и иллюстративными примерами из практики автора.

Для психологов, психиатров, невропатологов, студентов указанных специальностей и всех интересующихся данной проблематикой.

СОДЕРЖАНИЕ

НЕВРОЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. АНАМНЕЗ, ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

ВВЕДЕНИЕ
Глава 1. ИСХОДНЫЕ ПОНЯТИЯ
Дефиниция
Эпидемиология неврозов
Источники психогений
Конституционально-генетический фактор
Дата рождения, количество детей в семье и порядок рождения
Глава 2. СВОЕОБРАЗИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ
Антенатальные патогенные факторы
Перинатальные патогенные факторы
Постнатальные патогенные факторы
Невропатия
Резидуальная церебральная органическая недостаточность
Дизонтогенез
Темперамент
Эмоциональный контакт родителей и детей
Проблемы адаптации
Упрямство
Своеобразие детей до заболевания неврозом
Глава 3. СТРАХ И ТРЕВОГА В ГЕНЕЗЕ НЕВРОЗОВ
Определение страха и его разграничение
Значение страха
Диагностика
Распространенность страхов
Семейная обусловленность страхов
Возрастные особенности
Страхи при неврозах
Глава 4. ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ
Методика семейного приема
Игра в кегли
Интервью

Рисование как способ диагностики
Использование вопросников
Внушаемость
Глава 5. ЛИЧНОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ И ОТНОШЕНИЯ В СЕМЬЕ
Состав семьи и образование родителей
Личность родителей
Социально-психологическая структура семьи
Конфликт в семье
Глава 6. ОСОБЕННОСТИ ВОСПИТАНИЯ
Неполная семья
Глава 7. ПАТОГЕНЕЗ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Конституциональный фактор
Нервно-соматическая ослабленность
Преморбидные особенности детей
Возрастной фактор
Понятие «жизненной ситуации»
Психическая травма
Внутренний конфликт
Нервно-психическое напряжение
Патофизиология неврозов
Изменения личности
ЗАКЛЮЧЕНИЕ
Приложение. ШКАЛА НЕВРОТИЗАЦИИ
ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ МЕТОДИКИ
ЛИТЕРАТУРА

ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Глава 1. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОЗОВ
Глава 2. СЕМЬЯ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЙ ФАКТОР НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Обследование семьи детей с неврозами
Прародительская семья и ее влияние на родительскую семью
Развитие детей до заболевания неврозом
Личность родителей
Отношения в семье
Особенности воспитания
Патогенез неврозов у детей
Глава 3. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОЗОВ
Обзор отечественной литературы
Обзор зарубежной литературы
Глава 4. СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
Глава 5. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
Разъясняющая психотерапия
Применение психотерапии изобразительного творчества
Игровая терапия
Глава 6. ВНУШЕНИЕ И ГИПНОЗ
Внушение наяву
Гипнотерапия
Глава 7. ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ
ЛИТЕРАТУРА

НЕВРОЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. АНАМНЕЗ, ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

ВВЕДЕНИЕ

Неврозы у детей и подростков — самый распространенный вид нервно-психической патологии. Как психогенные заболевания формирующейся личности, неврозы в аффективно-заостренной форме отражают многие проблемы человеческих отношений, прежде всего понимания и общения между людьми, поиска своего «я», оптимальных путей самовыражения, самоутверждения, признания и любви. Первоначально неврозы представляют эмоциональное расстройство, возникающее преимущественно в условиях нарушенных отношений в семье, прежде всего с матерью, которая обычно является наиболее близким для ребенка лицом в первые годы его жизни. Не меньшую патогенную роль в последующие годы играют отношения с отцом, если он не способен своевременно разрешить личностные проблемы развития своих детей. Оба родителя испытывают много личных проблем, нередко сами больны неврозом и придерживаются догматически воспринятых или исходящих из прошлого травмирующего опыта взглядов на воспитание без учета индивидуального своеобразия и возрастных потребностей детей. Все это дает основание рассматривать невротическое, психогенное по своему происхождению заболевание ребенка как своего рода клинико-психологическое отражение личностных проблем родителей, начинающихся нередко еще в прародительской семье. Неврозы — это своеобразный клинико-психологический феномен, формирующийся на протяжении жизни трех поколений — прародителей, родителей и детей.

Невроз является психогенным заболеванием формирующейся личности, поэтому на него оказывает влияние все то, что может осложнить процесс формирования личности у детей и способствовать общему нарастанию нервно-психического напряжения у родителей. К этим факторам относятся причины социально-психологического, социально-культурного и социально-экономического характера.

Из социально-психологических факторов заслуживают внимание наличие единственного ребенка в семье или эмоциональная изоляция одного из детей, если их несколько, недостаточная психологическая совместимость родителей и детей; конфликты; одностороннее преобладание (доминирование) одного из взрослых (как правило, матери или бабушки по материнской линии, если она проживает в семье); перестановка или инверсия традиционных семейных ролей; низкая продуктивность совместной деятельности членов семьи и, наконец, известная изолированность семьи в сфере внешних контактов.

К социально-культурным факторам относятся проблемы, связанные с проживанием в большом городе; ускорением темпа современной жизни; недостатком времени; скученностью; некоторой обезличенностью и все более сложным характером межличностных отношений; недостаточными условиями для полноценного отдыха и разрядки эмоционального напряжения.

Социально-экономические факторы включают в себя неудовлетворительные жилищно-бытовые условия молодой семьи; занятость родителей; ранний выход матери на работу и помещение ребенка в ясли или привлечение других лиц для ухода за ним.

Следует подчеркнуть неблагоприятное влияние на воспитание детей тех матерей, которые стремятся освободиться от своих семейных обязанностей, считая их обременительными и не отвечающими, в их представлении, современному «эмансипированному» положению женщины. Эти чрезмерно категоричные, принципиальные и деловые женщины не придают значения нежным и теплым чувствам в отношениях с детьми, считают семью помехой для достижения честолюбивых замыслов и легко решаются на разрыв семейных отношений. В чем-то данный переходный этап оборачивается увеличением психопатических черт в характере таких женщин, часто бывших единственными детьми в семье. Вместе с тем нарастание нервно-психической нагрузки у работающих и занятых семьей женщин сопровождается их большей невротизацией, что также отрицательно влияет на воспитание детей и формирование их личности. Увеличение числа неврозов у взрослых, прежде всего у родителей, сказывается на увеличении числа неврозов у детей, порождая своеобразный замкнутый круг, разорвать который можно только одновременным оказанием эффективной и доступной психотерапевтической и психопрофилактической помощи всем его участникам.

Мы видим широкий спектр причинно-следственных факторов, влияющих на возникновение неврозов у детей. Цель написания книги состоит в освещении главным образом малоизученных или

нераскрытых сторон проблемы неврозов у детей с использованием клинико-психологического подхода. Представленные в книге данные получены на материалах обследования и лечения 356 детей и подростков с неврозами в возрасте до 15 лет за период 1968—1985 гг. Распределение больных на приеме по диагнозам было следующим: неврастения — 50%; невроз страха — 23%; невроз навязчивых состояний (в тексте для краткости — обсессивный невроз) — 15%; истерический невроз — 12%.

Глава 1. ИСХОДНЫЕ ПОНЯТИЯ

Дефиниция

Существуют различные определения неврозов, в которых оттеняется та или иная сторона заболевания. Патогенетически обоснованное определение невроза принадлежит В. Н. Мясищеву. Еще в 1934 г. он отмечал, что невроз представляет болезнь личности, в первую очередь болезнь развития личности. Под болезнью личности В. Н. Мясищев понимал ту категорию нервно-психических расстройств, которая вызывается тем, как личность перерабатывает или переживает свою действительность, свое место и свою судьбу в этой действительности. В 1939 г. он уточнил, что невроз — это психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально, непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между ней и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно-тягостные переживания: неудач в жизненной борьбе, неудовлетворения потребностей, недостигнутой цели, невосполнимой потери. Неумение найти рациональный и продуктивный выход из переживаний влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности (Мясищев В. П., 1960). В настоящее время общепризнанной является точка зрения на неврозы как на психогенные заболевания личности (Карвасарский Б. Д., 1980).

В зарубежной литературе невроз рассматривается по-разному: в ортодоксальном психоанализе — как неизбежный и необходимый момент развития в связи с образованием и разрешением детской тревоги (Klein M. et al., 1966). В индивидуальной психологии невроз считается патологической формой компенсации чувства внутренней недостаточности или нереализованного чувства превосходства (Adler A., 1928). В поведенческой терапии невроз определяется как зафиксированный навык неприспособленного поведения, приобретенный путем научения (Wolpe J., 1958). Крупнейший зарубежный специалист по проблеме неврозов К. Horney определяет невроз как психическое расстройство, вызванное страхом и защитой от этого страха, а также попытками отыскать компромисс в конфликте противоположных тенденций. Невротические расстройства как отклонения от общепринятого в данной культуре интерперсонального поведения — это проявление заторможенного процесса самореализации (Horney К., 1950).

Психогенный характер заболевания неврозом означает, что оно обусловлено действием психических (психологических) факторов, значимых для человека и выражаемых в виде тех или иных существенных для него переживаний (Мясищев В. Н., 1955). Они могут обозначаться как внутренний или невротический конфликт (Horney К., 1945). Связь невроза с психотравмирующей ситуацией позволяет считать его принципиально обратимым состоянием (Мясищев В. Н., 1960).

Эпидемиология неврозов

По официальным данным ВОЗ, число неврозов за последние 65 лет выросло в 24 раза, в то время как число психических заболеваний — в 1,6 раза. Невысоким, очевидно, будет и рост числа психопатий, что, как и относительно небольшое увеличение психозов, подчеркивает ведущую роль в их происхождении биологической дефицитарности. Нарастание неврозов, помимо известных причин, является также следствием их лучшей клинико-психологической диагностики и более частой обращаемости за помощью. Высокий процент (35,3%) лиц с нервными заболеваниями выявлен в 1986 г. в Великобритании. В Италии эта цифра составляет 24,8%, в Испании — 12,7%, т. е. заметна зависимость числа нервных нарушений от социально-экономического и культурного уровня этих стран. Увеличение нервных заболеваний в развитых странах идет, на наш взгляд, преимущественно за счет неврозов — наиболее весомой и динамичной социально-психологической и клинической переменной в

общей нервно-психической патологии. Известно, что в структуре нервно-психической заболеваемости неврозы наиболее распространены у взрослых и детей (Колегова В. А., 1971; Лебедев С. В., 1979; Карвасарский Б. Д., 1980; Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф., 1985). К ведущим невротическим нарушениям, выявляемым у детей на неврологическом приеме, относятся астеноневротический синдром и невротические реакции (Горюнов А. В. и др., 1980).

Данные врачебных приемов не дают полную картину заболеваемости неврозами. Среди детей с расстройствами психики, выявленных при сплошном обследовании, лишь 20% детей состояли на учете у психоневролога (Лебедев С. В., 1979). Необходимо помнить и то, что эпидемиологическое исследование неврозов затруднено по причине необходимости проведения направленной и достаточно продолжительной беседы с каждым из детей и по крайней мере — с одним из родителей. Легче поддаются учету явные формы нарушенного, делинквентного или психотического поведения, а также видимые признаки нервности, включая заикание и тики.

По данным Л. В. Соколова (1985), отклонения в нервно-психическом развитии обнаружены у 33% детей, посещающих детский сад. Ориентировочные данные о количестве неврозов можно получить, если учесть их удельный вес в структуре нервно-психической заболеваемости на приеме. По одним данным, неврозы выявляются у 27% (Колегова В. А., 1971), по другим — у 45% больных от общего числа детей с нервно-психическими нарушениями (Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф., 1985). В среднем эта цифра составляет 36%, т. е. условно можно считать по крайней мере каждого третьего из детей с нервно-психической патологией больным неврозом. По-видимому, это соотношение будет увеличиваться в сторону неврозов при массовом обследовании в школе и выявлении психогенных форм школьной дезадаптации у 15—20% учащихся (Каган В. Е., 1984). Отмечается и 12% минимальная распространенность у всех детей выраженных клинических форм нарушений адаптации в школе (Schwartz G. M. et al., 1981).

Наибольшее число неврозов, по данным обращаемости, наблюдается в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте (Колегова В. А., 1971). По данным сплошного обследования, наибольшее число неврозов выявляется у детей школьного возраста (Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф., 1985). Частота неврозов у школьников возрастает по мере увеличения времени обучения (Манова-Томова В. С. и др., 1981). В возрасте 12—18 лет имеется постоянный уровень невротизма (Bamber J. H., 1979).

Расстройства невротического уровня преобладают у мальчиков (Захаров А. И., 1977; Лебедев С. В., Козловская Г. В., 1980). Больше неврозов в периоды возрастных кризов (Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф., 1985). Школьная дезадаптация также способствует неврозам (Каган В. Е., 1984). В подростковом возрасте, по данным анкетного обследования J. Bamber (1979), более невротичны девочки. У девушек по сравнению с юношами заметно преобладание невротических расстройств, включая тревогу и депрессию (Almqnist F., 1986). Больных неврозами женщин на приеме в 2 раза больше, чем мужчин (Мягер В. К., 1976). Следовательно, в детском возрасте заметно преобладание лиц мужского пола, больных неврозами, а у взрослых — женского пола. Причем у женщин ведущей реакцией на стресс будут нарушения психических, а у мужчин — соматических функций организма (Немчин Т. А., 1983).

Соотношение мальчиков и девочек в исследуемой нами клинической выборке — 205 и 151. Мальчиков, больных неврозами, следовательно, в 1,4 раза больше. При неврастении это соотношение достигает 2,2. При истерическом неврозе, наоборот, девочек в 3,3 раза больше.

При неврозах на фоне невропатии мальчиков значительно больше, чем девочек: без невропатии подобные различия минимальны. В отличие от невропатии, при которой число мальчиков достоверно выше, резидуальная церебральная органическая недостаточность не оказывает влияния на соотношение мальчиков и девочек при неврозах.

Достоверные различия будут отмечаться при клинической дифференциации невроза по степени тяжести. В группе с тяжелым, обычно психомоторно осложненным, течением невроза мальчиков больше.

Если разделить всех больных неврозами по наличию или отсутствию психомоторных нарушений, то соотношение мальчиков и девочек существенно изменится. В группе без психомоторных нарушений (тиков, заикания, энуреза) мальчики встречаются только в 1,1 раза чаще, чем девочки. В группе с психомоторными нарушениями мальчиков в 1,9 раза больше. В свою очередь, значительная часть психомоторных нарушений — это проявление невропатии, а она в большей степени характерна для мальчиков. Следовательно, невропатию у мальчиков можно воспринимать как один из факторов биологического риска. С 12 лет соотношение мальчиков и девочек, больных неврозами, практически одинаково, так как именно к началу пубертатного периода сглаживаются проявления невропатии.

Изменение рассматриваемого соотношения в сторону более частых невротических расстройств у лиц женского пола заметно уже в юношеском возрасте и, как уже отмечалось, характеризуется обратным детству соотношением у взрослых (Мягер К., 1976). Статистически достоверно и мы подтверждаем преобладание неврозов у женщин (матерей детей, больных неврозами).

Проведенная нами серия эпидемиологических исследований направлена главным образом на изучение общей нервности у детей и подростков от 3 до 16 лет посредством использования специально разработанных анкет.

Первое из таких исследований охватило 800 детей дошкольного возраста, посещающих детский сад (400 мальчиков и 400 девочек). Заметные отклонения у детей со стороны нервной системы квалифицировались воспитателями у 25% детей; у мальчиков достоверно чаще (28%), чем у девочек (21%). В старшем дошкольном возрасте (5—7 лет) частота нервных проявлений достоверно выше, чем в младшем (3—5 лет), как у мальчиков, так и у девочек. В 5 лет у тех и других максимальная частота нервных нарушений составила соответственно 37 и 29%. При начале обучения в 6 лет этот возраст предшествует школе, что заслуживает особого внимания.

Нарушения поведения возбудимого круга (повышенная возбудимость, неуправляемость, расторможенность вместе с агрессивностью (драчливостью), конфликтностью и неуживчивостью) несколько чаще встречаются у мальчиков (15%), чем у девочек (11%). У тех и других в старшем дошкольном возрасте они статистически достоверно более выражены, чем в младшем.

Нарушения поведения тормозимого круга (боязливость, пугливость, робость и нерешительность, неумение постоять за себя, беззащитность совместно с повышенной эмоциональной чувствительностью, склонностью «все близко принимать к сердцу», легко обижаться, плакать и расстраиваться) более свойственны девочкам (22%), чем мальчикам (17%). Максимальной выраженности эти проявления достигают в 4 года (35% у девочек и 26% у мальчиков), оттеняя проблемы эмоционального развития в данном возрасте.

По данным корреляционного анализа на ЭВМ (здесь и дальше — коэффициенты парных корреляций Q и Ф) у мальчиков 3—5 лет нарушения поведения тормозимого круга противостоят (обратная связь) бесцеремонности, отсутствию сдерживающих начал, чувства вины и переживания случившегося, т. е. нарушениям поведения главным образом возбудимого круга. Тормозимость отрицательно коррелирует также с неискренностью, лживостью и хвастовством. Последние проявления, в свою очередь, несовместимы с повышенной эмоциональной чувствительностью, склонностью легко обижаться, плакать и расстраиваться. Всем этим доказывается противоположная направленность поведения тормозимого круга, а вместе с тем и большинства из невротических расстройств, приведенным выше характеристикам, нередко встречающимся в клинике в виде нарушений поведения психопатоподобного, преимущественно возбудимого, круга. У девочек подобные различия менее выражены, что указывает на относительно меньшую полярность их поведенческих и нервных нарушений.

Исследование распространенности нервности у школьников проведено на базе нескольких общеобразовательных школ. Учителя оценивали различные проявления нервности по анкете, ряд утверждений которой формулировался как «повышенно возбудимый, нервный», «робкий, нерешительный, боязливый, нервный». Соответственно, в первом варианте школьник условно относился к группе возбудимых; во втором варианте — к группе тормозимых; возможен и смешанный вариант. Из 1146 школьников 7—16 лет нервными по оценке педагогов признаны 43% мальчиков и 18% девочек (различия достоверны). У дошкольников, как отмечалось выше, нервными будут 28% мальчиков и 21% девочек. В целом, нервных школьников (31%) будет больше, чем дошкольников (25%). Весь прирост нервности в школьном возрасте происходит за счет мальчиков (28% — у дошкольников и 43% — у школьников; различия достоверны). Причем если соотношение количества нервных мальчиков и девочек достоверно различается уже в дошкольном возрасте ($p<0,05$), то в школьном оно увеличивается в большей степени ($p<0,001$). Однако непрерывное увеличение нервности у мальчиков происходит только до 11 лет, достигая 56% в 10 лет. В 11 лет наблюдается достоверно подтверждаемый спад нервных проявлений (38%); затем, в 12 лет, они несколько нарастают и постепенно снижаются в последующие годы (24% в 15 лет). В возрасте 7—11 лет нервных мальчиков в среднем 50%; 11—16 лет — 37,5% (различия статистически достоверны) [начало подросткового возраста лучше всего считать у девочек с 10, у мальчиков — с 11 лет; в дальнейшем для облегчения статистических подсчетов мы будем пользоваться отправной точкой в 10 лет, - прим.].

Заметное снижение нервных проявлений в 11 лет по сравнению с возрастом 10 лет указывает

большей частью на уменьшение влияния невропатии как распространенного вида нервности. Поскольку они более характерна для мальчиков, то этим и объясняется в немалой степени снижение нервности прежде всего у них, а не у девочек.

Достоверно выявленное повышение нервных реакций возбудимого круга в 12 лет у мальчиков мы склонны объяснять началом пубертатного периода и обусловленной им гормональной перестройкой организма. Противоположная повышенной возбудимости тормозимость имеет наибольший удельный вес в структуре нервности в 9 и 14 лет. У девочек соотношение повышенной возбудимости, тормозимости и смешанных вариантов нервности не имеет значимых отличий по возрасту.

Дополнительно использовались анкеты для оценки нервного состояния детей родителями на собраниях в школе (683 человека). Подобно мнению педагогов, родители выше оценивают нервность мальчиков, чем девочек, особенно в возрасте 7—11 лет (46%). В подростковом возрасте снижение нервности, по мнению родителей, наблюдается и у мальчиков, и у девочек, причем у мальчиков — в большей степени. В каждой второй опрошенной семье родители обращались или хотели бы обратиться за консультацией и помощью к невропатологу или психоневрологу. Кроме этого, у каждого второго школьника родители испытывают много проблем в воспитании и хотели бы воспользоваться квалифицированной консультацией специально подготовленного психолога или педагога.

Источники психогений

Среди разнообразных патогенных ситуаций, являющихся причиной психической травматизации при неврозах, выделяются семейно-бытовые, прежде всего конфликтные, отношения в семье (Мясищев В. Н., Карвасарский Б. Д., 1967; Мягер В. К., 1971). В более широком аспекте причиной невроза может быть дисгармоничное функционирование семьи в целом, приводящее к заболеванию одного из ее членов (Семичов С. Б., 1978). Подчеркивается хронический характер основополагающего для невроза эмоционального стресса (Губачев К. М. и др., 1976). Патогенность внешних обстоятельств жизни проявляется лишь в сочетании с соответствующим значимым отношением личности. В свою очередь, особенности личности, системы ее свойств и отношений могут быть поняты лишь из истории ее развития в определенной социально-бытовой среде, прежде всего в семье (Мясищев В. Н., 1960). Указывается на характерное для психогенных состояний сочетание психической травмы и особого склада личности детей и подростков (Гиляровский В. А., 1934; Блей Е. А., 1940; Сухарева Г. Е., 1959). Считается, что чем острее и внезапнее действует психическая травма, тем меньшую роль играют личностные особенности, и, наоборот, при уменьшении массивности и остроты психической травмы индивидуальный склад личности приобретает большую роль в формировании клинической картины невроза (Сухарева Г. Е., 1959). Прежде всего, патогенность психической травмы возрастает в условиях новизны, внезапности воздействия, быстрой смены динамического стереотипа (Сухарева Г. Е., 1959), сниженного функционального состояния коры головного мозга, биотонуса в целом (Осипова Е. А., 1932; Сканави Е. Е., 1934), резидуальной органической (Пивоварова Г. Н., 1960) или невропатической (Симеон Т. П., 1958) недостаточности. Особое значение придается месту наименьшего сопротивления организма (Блей Е. А., 1940) и возрасту больных (Симеон Т. П. и др., 1935).

Выделяя патогенную роль хронической психотравмирующей ситуации, отечественные авторы связывают ее в большинстве случаев с наличием конфликтов, неправильным воспитанием в семье и потерей близких. Подобная точка зрения отличается от зарубежных исследований 30-х годов, построенных главным образом на концепциях психоанализа. Основное патогенное значение придается Эдипову комплексу и ранней психической травматизации (Freud S., 1912). Семья же воспринимается только в качестве экрана, отражающего переживания пациента. Внимание сосредоточивается на односторонне понимаемых проблемах развития и противоречиях в психике, мастурбационных фантазиях и чувстве вины, несовершенстве защитных механизмов (Freud S., 1923; Klein M., 1932; Freud A., 1936). Однако уже в 20-х годах начинает появляться более разносторонний, с учетом реального семейного окружения и типов воспитания, взгляд на проблему неврозов (Hug-Helmuth H., 1926). В последующем все большее значение придается невротическим особенностям личности родителей и их влиянию на отношения с детьми (Horney K., 1937). Чрезмерная строгость и изнеживание считаются причиной невротической заторможенности (Schultz-Hencke H., 1947). Подчеркивается неблагоприятное влияние психической депривации и отрыва от матери, равно как и недостатка любви и заботы (Spitz R., 1946; Bowlby J., 1961). Уделяется внимание ролевым конфликтам, в том числе несоответствию

семейной роли ребенка и требований школы (Richter H., 1983).

Неправильное воспитание в семье и конфликты как ведущие источники психогений у детей и подростков с неврозами признаются и большинством современных исследователей (Захаров А. И., 1972, 1982; Лебедев С. В, 1979; Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф., 1985). При изучении структуры пограничных расстройств среди городского детского населения выявлена этиологическая корреляционная связь с неврозами, прежде всего, хронической психотравмирующей ситуации в семье и дефектов воспитания, затем школьных конфликтов, острой психической травмы и на последнем месте — алкоголизма родителей (Козловская Г. В., Лебедев С. В., 1981). Установлена следующая последовательность этиологических семейных факторов при неврозах у детей: развод родителей; ссоры в семье; грубое и строгое отношение родителей; ситуация депривации; воспитание вне семьи; баловство; неодинаковое и противоречивое отношение; симбиотическая связь с одним из родителей; чрезмерные амбиции родителей; ссоры с братьями и сестрами; узнавание об усыновлении (Христозов Х., 1983).

Конституционально-генетический фактор

По мере углубления знаний о неврозах значение генетических факторов в их происхождении неоднократно подвергалось пересмотру. В настоящее время отягощенность нервно-психическими заболеваниями при неврозах считается незначительной, без различий при неврастении, истерии и неврозе навязчивых состояний (Федоров А. П., 1978). Противоречивые данные получены у близнецов — от отрицания значительного влияния наследственности на неврозы (Хамаганова Т. Г. и др., 1977) до ее выделения в качестве важной переменной (Schepank H., 1974). Имеется точка зрения, что наследственность при неврозах — это один из аспектов более широкой проблемы генетики индивидуальных реакций на психический стресс (Кочубей Б. И., 1978).

Нам представляется неправомочной постановка вопроса о наследуемости неврозов как психогенных заболеваний личности, поскольку это подразумевало бы отсутствие соответствующих изменений личности под влиянием социальной среды. Даже если речь идет о некоторых общих в семье особенностях нервно-психического реагирования, то и тогда правильно говорить об определенном сочетании наследуемых и приобретенных свойств или о конституционально-общем типе нервно-психического (и соматического) реагирования. Действительно, при неврозах отмечается немало общих особенностей у детей, родителей и прародителей, способствующих невротическим отклонениям под влиянием психотравмирующих условий жизни. К тому же, если родители не преодолели свои проблемы в детстве, то они могут неадекватно реагировать на аналогичные проблемы у детей. Тогда вместо ослабления возможно усиление возрастных проблем, достигающих степени невроза именно из-за аффективного отношения родителей. Главная патогенная роль в данном случае принадлежит не столько возрастным проблемам детей, сколько неадекватному отношению к ним родителей, не сформировавших в течение своей жизни навыка их конструктивного разрешения.

Обращают внимание встречающиеся случаи идентичных возрастных невротических расстройств у сестер, реже — у братьев. Большей частью это относится к неврозу навязчивых состояний в виде фобий — навязчивых страхов с основополагающим для них страхом смерти. Так, одна из сестер в возрасте 7 лет навязчиво мыла руки, опасаясь заражения и последующей смерти; то же было в 7 лет у другой сестры. Общность возрастных в своей основе страхов смерти у сестер подразумевает и общность эмоционально-когнитивного типа реагирования. Повышенной тревожностью обладает мать девочек, обнаруживая к тому же выраженный страх смерти в соответствующем возрасте. В результате она излишне эмоционально реагировала на появление подобного страха у дочерей, пытаясь бороться с ним призывами и ограничениями. Тем самым она еще в большей степени способствовала фиксации страхов, поскольку девочки боялись выразить внешне беспокоящие их чувства. Отец же вследствие своей мнительности и отстраненности от непосредственного общения с дочерьми не смог помочь им разрешить возрастные в своей основе переживания. Влияние тревожно-мнительного реагирования родителей, особенностей их мышления сказалось на самом характере переработки детьми переживаний как навязчивых страхов и опасений.

Таким образом, правильнее будет говорить не о наследственной предрасположенности к неврозам, а о наличии общих, в том числе и генетически обусловленных, способов или типов нервно-психического реагирования, опосредованных конкретным характером отношений в семье.

Иллюстрирует данное положение статистический анализ общности нервно-психического реагирования в трех поколениях семьи детей с неврозами: детей, их родителей и прародителей. Опрос в виде стандартизованного интервью проводился раздельно у матери и отца при условии наличия полных прародительских семей. Всего изучено 94 семьи по линии матери и 80 — по линии отца. В качестве ограничительных использовались 17 признаков: сензитивность; лабильность настроения; возбудимость; тревожность; мнительность; тормозимость; необщительность; фиксация переживаний; эпилептоидные черты характера; ананкастический радикал; гиперсоциальность; ригидность; паранойяльно-подобные черты; неустойчивость; несамостоятельность; доминантность (властность); истерические черты характера.

Сензитивность (при интервью положительный ответ на утверждения типа: «очень ранимый, чувствительный, легко расстраивается») встречается у подавляющего числа детей, матерей; большинства отцов и бабушек (родителей матери и отца). Достоверно чаще сензитивность выражена у матерей и бабушек, чем у отцов и дедушек.

Эмоциональная лабильность (повышенно эмоциональный, легко меняется настроение) имеет место у подавляющего числа детей, у большинства матерей. По женской линии лабильность настроения достоверно выше только в семьях девочек, больных неврозами.

Возбудимость (несдержан, легко выходит из себя, вспыльчив, повышенно-возбудим) присутствует у большинства детей и незначительного большинства матерей. Различия по женской и мужской линии отсутствуют.

Тревожность (часто беспокоится, тревожится, плохо переносит ожидание) свойственна подавляющему числу детей, большинству матерей и бабушек. По женской линии тревожность выражена достоверно чаще, чем по мужской.

Мнительность (часто волнуется по поводу того, что может произойти, во всем сомневается, мнительный) наблюдается в большинстве случаев у мальчиков и их матерей. Как у мальчиков, так и у девочек мнительность достоверно чаще представлена по женской линии.

Гиперсоциальность (заостренное чувство долга, обязанности, ответственности, трудность компромиссов) преобладает у девочек, а также родителей (матерей и отцов) и прародителей (бабушек и дедушек) как девочек, так и мальчиков. Различия по женской и мужской линиям отсутствуют.

Ригидность (трудность изменения своей точки зрения, неуступчивость, упрямство) незначительно преобладает у мальчиков по оценке матери и девочек — по оценке отцов, а также у дедушек по обоим линиям, кроме дедушки у матери девочек. У отцов девочек ригидность встречается относительно чаще (50%), чем у отцов мальчиков (32%). В целом по мужской линии ригидность встречается чаще, чем по женской.

Остальные характеристики из приведенного списка не имеют существенного распространения в семьях детей с неврозами, поэтому мы на них не останавливаемся.

Из рассмотренных характеристик выделяются те, которые встречаются у большинства детей и по крайней мере у одного взрослого: родителя или прародителя. Это сензитивность, эмоциональная лабильность, возбудимость, тревожность, мнительность, гиперсоциальность и ригидность. Вместе они образуют невротический контур личности в трех поколениях семьи детей с неврозами.

В свою очередь, статистически предопределяющими среди данных характеристик будут сензитивность, гиперсоциальность и тревожность. Их можно определить как базисную триаду невротического типа реагирования: на эмоциональном уровне — сензитивность; на уровне характера — тревожность; направленности личности — гиперсоциальность.

Наиболее часто отмечаются сензитивность и гиперсоциальность. Эти характеристики создают известное противоречие между чувственными и рассудочными, эмоциональными и рациональными аспектами психики. Наличие двух одинаково выраженных сторон психического реагирования доказывает, что, в целом, в семье детей с неврозами нет одностороннего преобладания эмоционального или сугубо рационального типа реагирования, и речь, таким образом, идет именно об их сочетании.

Представляет интерес сочетание некоторых изученных характеристик в семье. Сензитивность, лабильность настроения и возбудимость рассматриваются как эмотивность, в то время как мнительность, ананкастический радикал (подчеркнутое стремление к порядку и чистоте, наряду со склонностью к навязчивым мыслям и повторениям) и гиперсоциальность образуют комплекс подчеркнутой рациональности. Наибольшие баллы по эмотивности и рациональности получают матери, достоверно отличаясь этим от остальных взрослых членов семьи. Тем самым психика матерей детей с неврозами является наиболее противоречивой в плане выраженности ее эмоциональных и

рациональных сторон.

При подсчете суммарных величин всех 17 приведенных характеристик можно получить своего рода индекс характерологического своеобразия. Достоверно чаще он выражен среди взрослых у матерей, в первую очередь у матерей мальчиков, что подчеркивает большую вероятность заболевания неврозами у мальчиков, матери которых характерологически более изменены.

У бабушек в сравнении с дедушками был выявлен достоверно больший индекс характерологического своеобразия. В большей степени это своеобразие присуще бабушкам по линии матерей и достигает максимального выражения в семьях девочек. Этих бабушек следует считать наиболее патогенным прародительским звеном в характерологической структуре семьи детей с неврозами.

Заслуживает внимания достоверно большая выраженность характерологических изменений по взрослой женской линии (мать, обе бабушки) в сравнении с мужской (отец, оба дедушки). В большей степени они представлены в семьях девочек.

Приведем данные дополнительного интервью со 117 матерями и 106 отцами, согласно которому у большинства матерей (61 %) выявлены признаки нервности в детстве в отличие от их достоверно меньшего распространения в этом возрасте у отцов (36%). На момент проведения интервью частота диагностируемого невроза у матерей соответствует частоте нервности в детстве, в то время как у отцов невроз диагностируется значительно реже проявлений нервности в детстве. Следовательно, нервность по женской линии обладает относительно большей устойчивостью, чем нервность по мужской линии, отличающаяся большей вариативностью и возрастной изменчивостью (динамикой).

В связи с рассматриваемой проблемой изучена похожесть в семье по признакам общих черт лица (внешности) и характера. Для решения этой задачи у детей наиболее подходит возраст 7—11 лет, когда изучаемые признаки достаточно развиты и нет пубертатных возрастных изменений. В исследуемой группе — 129 детей (76 мальчиков и 53 девочки) с неврозами и такое же количество — в норме [несмотря на всю относительность термина «норма», мы пользуемся им, а не термином «контрольная группа», поскольку для сравнения брались дети без нервно-психических нарушений, - прим.]; всего 258 детей. Установлено, что мальчики 7—11 лет при неврозах достоверно чаще, чем в норме, походят внешне на отцов.

У девочек с неврозами достоверно более идентичный характер с отцами, чем в норме ($p<0,01$), т. е. чаще заболевают неврозами девочки, похожие характером на отцов. Подчеркнем, что для семей мальчиков и девочек с неврозами в большей степени, чем для семей детей, здоровых в нервно-психическом отношении, характерно преобладание материнского влияния. Подобная диспозиция создает несоответствие между общностью с отцами у детей с неврозами и односторонним влиянием матери в семье.

В свою очередь, матери мальчиков достоверно чаще походят характером на своих отцов, а матери девочек достоверно чаще походят на них внешним видом (лицом) и характером. Можно сказать, что у матерей детей с неврозами более доминантными признаками по внешности и характеру будут признаки отца, в отличие от матерей детей без нервно-психических отклонений, не обнаруживающих значительного преобладания признаков общности с одним из родителей.

Большая похожесть детей и матерей на своих отцов в родительских и прародительских семьях вступает в противоречие с недостаточной ролью отца в обеих семьях, дефицитом общения с ним или его фактическим отсутствием. Подобной диспозиции в семейных отношениях способствует и односторонне преобладающий характер женского влияния в семье, обусловленный доминированием матери и бабушки в родительских и прародительских семьях, прежде всего в воспитании детей. Таким образом, мы имеем дело с базисным, или исходным, конституционально-средовым конфликтом при неврозах у детей.

Дата рождения, количество детей в семье и порядок рождения

В литературе имеются указания на выделяющиеся месяцы рождения детей, впоследствии заболевающих психическими заболеваниями. В отношении неврозов нами проанализированы даты рождения у 356 детей и подростков. Не обнаружено существенного преобладания дат рождения по месяцам или временам года.

Дети с неврозами — часто единственные дети в семье, и в их воспитании наблюдается больше

отклонений, чем при наличии нескольких детей (Гарбузов В. И., 1978; Антонов А. И., 1980; Манова-Томова В. С., 1981). Относительно больше единственных детей у взрослых с истерическим неврозом (Федоров А. П., 1978).

Единственных детей в наших наблюдениях — 62%, мальчиков — 61%, девочек — 64%. Для сравнения с контрольной группой, в которую входили и нервные дети и которая состояла из 762 детей и подростков 8—15 лет [это исследование проведено отдельно от предыдущего исследования с выборкой из 1146 учащихся 7—16 лет, - прим.], использовалась аналогичная возрасту выборка детей, больных неврозами. Единственных детей при неврозах и в контроле будет соответственно 62 и 40%, мальчиков — 61 и 42%, девочек — 64 и 39%. Все различия достоверны. Практически различия будут еще большими, если учесть определенный процент детей с неврозами в контрольной группе. Таким образом, количество единственных детей достоверно больше в семьях, где они больны неврозом. В свою очередь, единственных детей достоверно больше в семьях больных неврастенией, истерическим неврозом и неврозом страха. Максимальные различия в этом отношении наблюдаются у мальчиков, больных неврастенией и истерическим неврозом, что объясняет характерный для них завышенный уровень притязаний и эгоцентризм.

Если в семье несколько детей и один из них болен неврозом, то представляет интерес порядок их рождения. По данным литературы, большая опасность невротизации отводится первенцу — старшему ребенку в семье, у которого более низкая адаптация, чем у последующих детей (Христозов Х. и др., 1976). Первенцы более зависимы и внушаемы, подвержены боязни утраты родительского внимания, склонны к чувству вины и враждебности; у них больше проблем, связанных со страхами и колебаниями настроения (Thurstone L., Jenkins R., 1931).

Разработанный нами *вопросник невротического типа реагирования* из 36 пунктов предназначен для использования в школьном, главным образом подростковом, возрасте. Ответы получены у 762 школьников 8—15 лет (1-й класс исключен из-за трудностей письменного ответа на анкету). Нас интересовали различия по среднему баллу между группами опрошенных, которые были единственными в семье, первенцами (старшими) или вторыми (младшими) детьми. Достоверно больший балл невротизации набрали девочки-первенцы, т. е. старшие в семье по сравнению с младшими детьми. У мальчиков подобные различия представлены тенденцией. Степень невротизации единственных детей приближается к невротизации первенцев; у мальчиков единственные дети более невротичны, чем младшие (вторые) дети в семье. На основании изучения общей выборки детей и подростков 8—15 лет можно утверждать о преобладании невротического типа реагирования у первенцев — старших и единственных детей в семье.

Группа детей с неврозами состояла из 100 семей с двумя детьми, один из которых болен неврозом (53 семьи мальчиков и 47 семей девочек). Другой ребенок, как правило, относительно здоров в нервно-психическом отношении. Среди мальчиков, больных неврозом, первенцев, т. е. старших детей в семье, — 55%, среди девочек — 53%. При наличии двух мальчиков в семье больных первенцев будет больше — 64%, т. е. если в семье рождаются мальчики, то первый из них более уязвим в нервно-психическом отношении. Мы видим, что риск невротического заболевания существует как у первенцев, так и у вторых детей.

Значимым для изучаемой проблемы будет желанность или нежеланность одного из детей, отсутствие или избыток любви к нему, а также неприятие каких-то черт его темперамента и характера.

Нежеланными чаще оказываются вторые (младшие) дети в семье. Из них большинство составляют мальчики. Наибольшая вероятность неприятия существует у вторых мальчиков в семье. Поскольку родители хотят девочку, их отношение к младшему сыну, как к девочке, фрустрирует его, создавая невротическую проблему личностного развития.

Заметим, что невроз может возникнуть как у старших, желанных мальчиков в семье при требовательно-принципиальном отношении родителей, так и у младших, нежеланных мальчиков в условиях их чрезмерной опеки.

Проблемная ситуация возникает также, когда в семье рождается вторая девочка. Переживая менее травматично это событие, чем появление второго мальчика, родители тем не менее относятся к младшей дочери подчеркнуто требовательно, как следовало бы в их представлении относиться к мальчику.

Не составляют исключения и ситуации, когда озабоченные своим здоровьем и уставшие от стрессов родители опасаются иметь еще детей из-за риска дальнейшего повышения нервно-психического напряжения. Тогда случайное появление второго ребенка воспринимается как обуза, как

нечто осложняющее жизнь. Одна из матерей охарактеризовала подобное состояние в следующих словах: «Самое худшее, что мне случилось совершить, это... родить на старости лет второго ребенка». Другая мать при разговоре на эту тему сказала: «Я — максималист. Все силы отдаю мужу, дочери и боюсь, что у меня не хватит сил еще на одного ребенка».

Наиболее патогенной оказывается ситуация, когда доминирующая в семье мать, полностью удовлетворенная похожей на нее дочерью, не стремится больше иметь детей. Случайная беременность не заканчивается абортом только потому, что на рождении ребенка настаивает отец. Появляющийся мальчик походит на отца и встречает еще большее эмоциональное неприятие матери в виде недостатка чуткости, внимания и любви. Обладая неблагоприятными чертами характера, она излишне формально и строго, если не деспотично, относится к сыну, являющемуся для нее чем-то вроде изгоя или «козла отпущения» для вытеснения неприязненных чувств к мужу. Последний чрезмерно занят, часто отсутствует в семье (командировки, работа по найму, длительные рейсы) и не может уделять сыну необходимого внимания, своевременно стабилизировать его проблемы психического и полового развития. Обычно этим пониженного питания мальчикам, производящим впечатление «заморыша», свойственны страхи, энурез и психосоматические расстройства, нередко в виде бронхиальной астмы.

Нежеланность рождения ребенка, а точнее — преждевременность его появления, возможна и в отношении старшего (первенца) в семье, особенно когда он мешает реализации профессиональной карьеры у честолюбивых, эгоцентричных родителей. В целом, у первенцев больше риск быть нежеланным в семье, в то время как у младших (вторых) больше риск быть непринятым по полу.

Таким образом, чтобы ответить на вопрос о причинах более частой невротизации первых или вторых детей в семье, следует учесть разнообразные, каждый раз индивидуально значимые патогенные факторы, обусловленные прежде всего отношением родителей к детям.

Глава 2. СВОЕОБРАЗИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

В. Н. Мясищев отмечал, что правильное понимание невроза как болезни развития личности требует понимания личности человека и закономерностей ее развития (Мясищев В. Н., 1960). В данном разделе раскрывается своеобразие раннего психического развития детей, впоследствии заболевающих неврозами. В общепринятом значении это — анамнез их жизни, раскрываемый посредством стандартизованного интервью с родителями. Помимо этого, характеристики раннего развития детей и самочувствия матери фиксировались вопросником из 500 пунктов.

Антенатальные патогенные факторы

Проанализируем данные, полученные у 218 родителей детей с неврозами и 56 родителей детей, здоровых в нервно-психическом отношении [в дальнейшем обозначаемые как "здоровые", - прим.]. До наступления беременности семейная обстановка у первой группы родителей в силу разных причин была более неблагоприятной, в основном из-за неуверенности в прочности брака. Более часто, чем в норме ($p<0,001$), встречаются заболевания половой сферы, в основном у тех женщин, чьи дети впоследствии заболевают истерическим неврозом. Несмотря на отсутствие предохранения, беременность не возникала в течение нескольких лет у 36% женщин, в норме — у 14% ($p<0,001$). Задержка объясняется главным образом нервным состоянием женщины и ее невротическим состоянием. Сопутствующие функциональные нарушения в диэнцефальной области мозга оказывают тормозящее влияние на центры гипоталамуса, регулирующие циклическую продукцию лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов.

В большинстве случаев беременность — первая по счету. Во время беременности большинство женщин (59%) испытывают состояние эмоционального стресса. Он проявляется плохой переносимостью ожидания, тревожностью, внутренней напряженностью в условиях продолжающихся семейных проблем, общей неустроенности, волнений при сдаче экзаменов и зачетов во время учебы в институте. Фактически частота стресса при беременности будет выше, если учитывать и отрицательное отношение к ней у некоторых, еще не подготовленных к рождению ребенка и ориентированных на исполнение профессиональных обязанностей, женщин. По сравнению с другими неврозами стресс достоверно более выражен у матерей, чьи дети заболеют неврозом страха.

Во всех случаях стресс у матерей встречается достоверно более часто, чем в норме.

Вероятность самопроизвольного аборта составляет 20%, в норме — 18%. При неврозе страха у детей она отмечается достоверно чаще, чем при остальных неврозах. Нет значимых различий и по сравнению с нормой токсикозов первой и второй половины беременности. Следовательно, ведущими патогенными факторами беременности у матерей детей, заболевающих неврозами, являются как ее задержка под влиянием стресса, так и наличие самого стресса при беременности. В большей степени антенатальные патогенные факторы выражены в семьях мальчиков.

Перинатальные патогенные факторы

Роды в большинстве случаев наступают в срок. Преждевременные и поздние (на 2 нед. и больше) роды встречаются в 32%; преждевременные — в 19%, поздние — в 13%. Преждевременные роды достоверно чаще наблюдаются среди нежеланных детей. У каждой второй женщины при родах отмечается выраженная слабость родовой деятельности и возникает необходимость в ее искусственной стимуляции.

Отсутствие крика при рождении фиксируется у 21% мальчиков и 9% девочек. Как правило, это связано с общей слабостью, «усталостью» новорожденного, являющейся откликом на патологию родовой деятельности у матери.

Различное по продолжительности отсутствие крика у новорожденного, как и патология родов в целом, наблюдается чаще у матерей, находящихся во время беременности в состоянии эмоционального стресса (соответственно $p<0,001$ и 0,05). Если у мальчиков отсутствие крика чаще всего встречается при сангвиническом и холерическом темпераменте, то у девочек — при флегматическом темпераменте. Патология родов у матерей достоверно более выражена при неврастении у детей.

Перенесенная внутриутробно и в родах гипоксия, по нашим наблюдениям, нередко обостряет в дальнейшем механическую память у детей. Это дает основание честолюбивым родителям помещать их в языковые и музыкальные школы. Однако церебрастенически обусловленные общая невыносливость и повышенная возбудимость мешают усвоению материала, создавая перенапряжение нервно-психических сил по неврастеническому типу.

Возраст матери при рождении детей — в среднем 28 лет, отца — 31 год, что превышает норму. Наиболее молодые матери и отцы — при последующем развитии у детей неврастении, наиболее «пожилые» отцы — при неврозе страха у детей. Молодые родители обычно более резки и нетерпеливы в своих требованиях, чаще физически наказывают детей, чем старшие по возрасту, но более беспокойные и опекающие родители.

Масса тела детей при рождении составляет в среднем 3260 г, не отличаясь от нормы.

Постнатальные патогенные факторы

Грудное вскармливание достаточно продолжительное и составляет в среднем 6 мес. Проблемы грудного вскармливания, если они есть, чаще представлены при неврозе страха.

Эмоциональный стресс у матери в первый год жизни ребенка не уменьшается, а возрастает, выявляясь у 82% матерей. В норме он достоверно менее выражен. В ряде случаев стресс возникает после родов, явившихся сверхсильным психогенным раздражителем, и проявляется заторможенностью матери, что препятствует своевременным эмоциональным и речевым контактам с ребенком. Ведущая причина стресса в каждой второй семье — конфликтные отношения с мужем. Если он не хотел ребенка, то пока еще неофициальный разрыв супружеских отношений особенно тяжело сказывается на нервном состоянии матери. Грудной ребенок легко перенимает беспокойство матери, отвечая срыгиваниями, криком, беспокойным сном и сниженным аппетитом. В максимальной мере стресс представлен у матерей детей с неврозом страха.

Достаточно часто встречается и беспокойство матери в отношениях с детьми. При неврозах у детей оно достоверно чаще, чем в норме, особенно в отношении дочерей ($p<0,001$) [беспокойство матери, как и другие стороны ее отношения, включает в себя ряд признаков одной из шкал упомянутого вопросника из 500 пунктов, - прим.]. Последнее объясняется аффективно заостренным уровнем материнского инстинкта к ребенку того же пола. Подтверждает это и меньший уровень ранней заботы о

мальчиках по сравнению с нормой ($p<0,01$) при отсутствии различий заботы о девочках.

Закономерным следствием стресса матери и ее беспокойства будет появление у детей в первые годы жизни ответного беспокойства, даже при кратковременном отсутствии матери.

Невропатия

В настоящем она квалифицируется как аномалия нервно-психического развития, этиологически связанная либо с генетическим фактором, либо с экзогенными воздействиями во внутриутробном периоде (Ковалев В. В., 1979). В основе невропатии лежит функциональная недостаточность вегетативной регуляции (Кириченко Е. И., Журба Л. Т., 1976; Гарбузов В. И. и др., 1977), и в последующем она имеет корреляцию с неврозами (Лебедев С. В., 1979).

В генезе невропатии определенную роль играют переживания матери во время беременности.

Невропатия в наших наблюдениях расценивается как общая нервная ослабленность конституционально-антенатального плана. Можно выделить следующие ее признаки:

— *повышенная нервная чувствительность* в виде склонности к проявлению аффекта, эмоциональных расстройств и беспокойства;

— *нервная ослабленность* в виде общей невыносливости, легкой утомляемости в условиях повышенной нервно-психической нагрузки, а также при шуме, духоте, ярком свете;

— *нарушения сна:* поверхностный, чуткий, беспокойный или чрезмерно глубокий; затрудненное засыпание, уменьшенная потребность в дневном сне (отказ от него в 2—3 года);

— *вегетососудистая дистония* в результате дисфункции высших вегетативных центров. Проявляется артериальной гипотензией, плохим самочувствием при колебаниях барометрического давления, сосудистыми спазмами (головными болями), спазмами слизистых (ложным крупом, бронхиальной астмой, рвотами), а также повышенной потливостью, ознобами, сердцебиениями и неустойчивостью пульса;

— *соматическая ослабленность* вследствие снижения реактивности организма и его защитных иммунных сил. Проявляется частыми заболеваниями типа ОРВИ, хроническими тонзиллитами, трахеитами и бронхитами с астматическим компонентом, замедленным выздоровлением и длительным субфебрилитетом. Здесь же следует отметить частое появление грыж (особенно пупочной и паховой) и аденоидов;

— *диатезы* (экссудативно-катаральный, лимфатический и нервно-артритический) как проявления нарушенного обмена веществ и аллергии. У этих детей наблюдаются пониженное питание, бледность или повышенная масса тела, пастозность. В грудном возрасте типичны опрелости и зуд, в дальнейшем — аллергические реакции типа крапивницы и ангионевротического отека Квинке. Возможен переход экссудативно-катарального диатеза в нейродермит в условиях повышенной нервной нагрузки. Типична ферментативная недостаточность как следствие общего нарушения обмена веществ. Ввиду ограниченного выделения пищеварительных соков и пониженной массы тела количество физиологически усваиваемой пищи невелико и аппетит, в целом, снижен. Только в подростковом возрасте аппетит постепенно выравнивается, но сохраняется лабильная реакция желудочно-кишечного тракта (легкость возникновения тошноты и рвоты);

— *психомоторные, конституционально обусловленные нарушения* типа энуреза, тиков и заикания. Они часто сменяют друг друга, что лишний раз заостряет внимание на лежащей в их основе невропатии.

На рентгенограмме черепа выявляется подчеркнутый сосудистый рисунок; на ЭЭГ — общие, нерезко выраженные диффузные изменения.

Невропатия встречается у 56% детей, больных неврозами (у мальчиков — 60%, у девочек — 50%); достоверно чаще, чем в норме ($p<0,001$).

У девочек невропатия достоверно часто преобладает при неврозе страха, у мальчиков — при истерическом неврозе. Отдельные симптомы невропатии могут не иметь столь очевидных различий при неврозах, например вегетососудистая дистония, несмотря на ее достоверно высокий уровень по сравнению с нормой.

Вопреки мнению о распространенности страхов при невропатии, их индекс (среднее число) не различается у детей при невропатии и без нее. То же самое можно сказать и в отношении тревожности, тормозимости и возбудимости.

Вероятность появления невропатии достоверно повышается при наличии эмоционального стресса матери во время беременности ($p<0,01$).

Изложенное дает основания квалифицировать невропатию не как причину неврозов, а как предрасполагающий фактор, наряду со своеобразием характера детей. Основная патогенная роль невропатии заключается в болезненном изменении реактивности организма, ослаблении его защитных сил и адаптивных возможностей. В результате воздействие стресса становится более патогенным и, главное, соматотропным.

Нерезко выраженные признаки невропатии уменьшаются в течение первых лет жизни, иногда проявляясь в виде психомоторных нарушений типа диуреза, заикания и тиков. В эти же годы «камнем преткновения» в отношениях между родителями и детьми являются невропатически обусловленные проблемы сна, еды и частых заболеваний. В отношении сна это проявляется неустанной борьбой с ребенком из-за отсутствия у него дневного сна с 1,5—2 лет. Фактически же потребность в дневном сне уменьшается за счет его измененного биоритма, нарастающей физической и познавательной активности и повышения возбудимости.

Проблема еды выражается в постоянных уговорах и принуждениях со стороны родителей; отказах и рвотах у детей. Действительно, любая кашицеобразная, мучнистая пища, как и грубая, жесткая, затрудняет глотание из-за мышечной слабости, нежности и ранимости слизистых. Быстро наступает и чувство насыщения ввиду небольшого объема желудка и повышенной чувствительности нервных окончаний. Вместе с недостаточным количеством пищеварительных соков это объясняет непереваривание повышенного для ребенка объема пищи и дискинезии желчевыводящих путей в дальнейшем.

Проблема соматической ослабленности выражается в бесконечных, по словам родителей, ОРВИ, вызванных измененной общей реактивностью детей. При прочих условиях они заболевают первыми и болеют дольше других, что ослабляет их и так невысокую иммунную активность. Это создаст характерную ситуацию часто болеющего и не посещающего детский сад ребенка.

Ослабление признаков невропатии наблюдается к 10 годам, когда укрепляется биоритм сна и заметно возрастают защитные силы организма. Это отражается в уменьшении интенсивности некоторых психомоторных нарушений, в первую очередь энуреза. Однако постоянное перенапряжение нервно-психических сил и невроз как психогенное заболевание могут сохранить проявления невропатии на более длительный срок. В подростковом возрасте она обычно выражается вегетососудистой дистонией, бронхитами с астматическим компонентом, нейродермитом.

Резидуальная церебральная органическая недостаточность

Данный термин используется для обозначения патологии, имевшей место антенатально, перинатально и в первые 2 года жизни: антенатально и перинатально — как последствия частичной отслойки плаценты, выраженной недоношенности, асфиксии в родах и внутричерепной травмы; постнатально — это сепсис, церебральные осложнения инфекций, тяжелые ушибы и сотрясения головного мозга. Для определения органически обусловленной нервности, возникающей позже, употребляется конкретный термин вроде «остаточные явления менингита». В целом, резидуальная патология встречается у 8,5% детей с неврозами, без заметных различий по полу. Резидуальная патология и невропатия не связаны между собой и, скорее, представляют взаимоисключающие понятия. Однако они могут сочетаться, обычно на фоне недоношенности и наличия нескольких психомоторных расстройств одновременно.

Значение резидуальной церебральной патологии при неврозах состоит в дополнении их клинической картины церебрастеническим синдромом и более выраженным спектром поведенческих нарушений, главным образом повышенной возбудимостью и гиперактивностью. Вместе с тем отсутствуют расторможенность и агрессивность, которые наряду с отсутствием чувства вины представили бы клиническую картину психопатоподобно измененного поведения.

В отличие от невропатии, на которую оказывает существенное влияние стресс матери во время беременности, при резидуальной органической патологии достоверно значимой оказывается нежеланность появления ребенка. О беременности узнают случайно, не следят за ней и нередко пытаются прервать ее. Риск органических повреждений также более высокий у позднородящих женщин.

Дизонтогенез

Общие закономерности психического дизонтогенеза раскрыты В. В. Ковалевым в рамках разрабатываемой им эволюционно-динамической концепции детской психиатрии (Ковалев В. В., 1981). Дизонтогенез может затрагивать разнообразные стороны развития, в том числе половое созревание (Лебединская К. С., 1973). Моделями дисгармонического психического развития являются невропатии и патологические развития личности — аномалии психического развития, в основе которых лежит дизонтогенез эмоционально-волевой сферы (Лебединский В. В., 1985). Проявления психического дизонтогенеза по типу дисгармонии формирования личности и парциальной задержки развития относятся к факторам психического риска первого порядка и встречаются у 30% городской популяции детей (Ковалев В. В., Козловская Г. В., 1980).

Дизонтогенез при неврозах — это прежде всего проявление неравномерности развития, темпа созревания психических и физических функций. Встречаясь главным образом в первые годы жизни, неравномерность развития зависит от совместного действия многих факторов. Конституциональный фактор — это общность темпа развития с кем-либо из родителей или прародителей, которые, к примеру, также несколько позднее или раньше стали говорить или ходить. Неравномерность развития зависит и от темпа развития психических процессов и особенностей становления темперамента детей. Неравномерным будет становление темперамента у детей при наличии разных, особенно контрастных, темпераментов родителей. Вначале, как показывают наблюдения, может преобладать влияние холерического (или флегматического) темперамента одного из них, вызывая некоторое ускорение (или замедление) психического развития ребенка. В дальнейшем флегматический (или холерический) темперамент другого родителя способен несколько замедлить (или ускорить) темп развития, т. е. восстановить его до обычного, свойственного большинству детей. Темп развития может снова меняться в подростковом возрасте, когда у одних подростков нарастают подвижность, энергичность, стремительность и возбудимость, а у других усиливаются медлительность и заторможенность. Обычно только с окончанием подросткового возраста можно говорить об индивидуально стабильном типе темперамента.

По разработанной нами шкале — «опережение психического развития в первые годы жизни» — наблюдается тенденция к более высоким показателям, чем в норме, у детей, впоследствии заболевающих неврозами. В большей степени это заметно у детей с неврастенией. Другая шкала — «латентность — замедление раннего развития» — показывает меньшую выраженность по сравнению с нормой. Таким образом, обе шкалы независимо друг от друга подтверждают наличие некоторого опережения раннего развития у детей с неврозами. «Латентность развития» более свойственна детям, заболевающим неврозом страха.

Отдельно изучены такие показатели, как развитие речи, время начала ходьбы, рост. Раннее развитие речи отмечается у 28% мальчиков и 34% девочек; соответственно возрасту — у 57 и 56%; некоторое отставание — у 15 и 10%.

Опережение времени начала ходьбы выявлено у 38% мальчиков и 48% девочек; начало ходьбы в год — у 49 и 43%; некоторое отставание — у 13% мальчиков и 9% девочек.

Рост выше среднего имеют 27% мальчиков и 29% девочек: средний — 64 и 56%; ниже среднего — 9 и 15%. Таким образом, по приведенным показателям, опережение развития также преобладает над его задержкой.

При опережении речевого и общего психического развития относительно большее число мальчиков имеют холерический темперамент. При адекватном возрасту психическом развитии на первое место выходит сангвинический темперамент. При замедлении психического развития возрастает удельный вес флегматического темперамента, который, однако, не выражен чаще сангвинического. У девочек подобные соотношения не заметны. Таким образом, у мальчиков более выражена связь между темпом психического развития и темпераментом.

Темперамент

В классическом варианте темперамент — проявление темпа психических процессов (Стреляу Я.,

1982). Свойства темперамента можно определить также, как энергетическую характеристику психических свойств (Мерлин В. С., 1973). Темперамент подвержен возрастным изменениям, прежде всего связанным с процессом созревания (Стреляу Я., 1982).

Известна точка зрения И. П. Павлова на преобладание крайних типов темперамента при неврозах (Павлов И. П., 1938). По мнению В. Н. Мясищева, состояние тревоги и страха, тревожной мнительности, обидчивости и взрывчатости, реализуясь в зависимости от темперамента, вызывают реакции эмотивного характера, переходящие в состояние невроза при непонимании со стороны окружающих (Мясищев В. Н., 1973). В концепции В. И. Гарбузова основное патогенное противоречие при неврозах заключается в несоответствии средового влияния врожденному типу реагирования — темпераменту (Гарбузов В. И., 1977). Последний В. И. Гарбузовым рассматривается в измерениях холерического, сангвинического и флегматического темперамента. Меланхолический темперамент объединен с флегматическим, поскольку встречается редко в детском возрасте и представляет, скорее, клинический вариант, чем вариант нормы. Подобного мнения придерживаемся и мы, так как это позволяет к тому же более равномерно распределить темперамент по полярной шкале «холерик — сангвиник — флегматик». В качестве ведущего критерия темперамента нами используется темп протекания психических и моторных реакций. Соответственно, холерик при интервью определяется как «быстрый, стремительный, быстро говорит, думает, делает»; флегматик — как «медлительный, неторопливый, медленно говорит, думает, делает»; сангвиник — как среднее двух характеристик.

Данные о темпераменте 119 детей и подростков с неврозами получены при интервью с родителями и наблюдениях за спонтанной деятельностью детей в совместных играх. Получено следующее распределение холерического, сангвинического и флегматического темперамента: у мальчиков он встречается соответственно в 29—39 — 32%; у девочек — 17,5—50 — 32,5%. Обращает внимание отсутствие существенных отличий в типах темперамента у мальчиков. У девочек более заметно преобладает сангвинический темперамент, затем идет флегматический: наименее выражен холерический темперамент.

Оценка родителями темперамента 90 детей и подростков с неврозами в возрасте 7—15 лет сравнивалась с аналогичной оценкой у 282 школьников того же возраста в норме. Выраженность холерического темперамента одинакова при неврозах и в норме; сангвинический темперамент относительно чаще, а флегматический — реже встречается в норме. Уменьшение числа детей с сангвиническим темпераментом и увеличение с флегматическим темпераментом может быть известным отражением болезненной заторможенности у детей с неврозами.

Оценка родителями своего темперамента не показывает преобладания его крайних типов у матерей и отцов детей с неврозами.

Рассмотрим контраст темпераментов у родителей и детей (холерического, с одной, и флегматического — с другой стороны). Матери чаще находят свой темперамент и темперамент мальчиков контрастным, чем отцы, соответственно в 35 и 20%. У девочек, наоборот, отцы чаще считают свой темперамент с ними контрастным (44%), чем матери (21%). Следовательно, родитель противоположного с ребенком пола склонен чаще обнаруживать контраст в темпераментах, чем родитель того же пола.

При холерическом темпераменте наибольшим патогенным действием обладают чрезмерные ограничения со стороны родителей и других взрослых в семье. Происходит заострение возбудимости, активности и непоседливости этих детей, напоминающее гиперактивность. «Отсутствие тормозов», возбудимость и непоседливость проявляются в основном дома, в травмирующей обстановке. Постоянная стимуляция детей с флегматическим темпераментом оказывает тормозящий эффект. Они становятся инертными и вялыми, замедленными и «копушами». Холерический и флегматический темпераменты, таким образом, оказываются более чувствительными к издержкам отношения родителей. Но и сангвинический темперамент уязвим, если он представляет, как это нередко бывает у детей с неврозами, неустойчивое возрастное сочетание крайних типов темперамента родителей. Например, темперамент ребенка может напоминать в чем-то холерический темперамент одного и флегматический темперамент другого родителя. В этом случае патогенно значимыми будут как чрезмерные ограничения, так и избыточная стимуляция активности детей со стороны родителей.

Общей в рассмотренных ситуациях будет безуспешность попыток родителей «исправить» природный темперамент детей — попыток, оборачивающихся перенапряжением их психофизиологических возможностей и неврозом.

Эмоциональный контакт родителей и детей

Эмоциональный контакт родителей и детей — одно из условий нормального психического развития, формирования характера и личности. Проблемы эмоционального контакта с родителями у детей, которые впоследствии заболевают неврозами, обусловлены прежде всего гиперсоциальной направленностью личности матерей в виде гипертрофированного чувства долга, обязанности, повышенной принципиальности, трудности компромиссов. С одной стороны, эти матери много опекают и тревожатся, а с другой — поступают излишне правильно, но, что называется, без души. Часто не идут вовремя навстречу, стремятся излишне пунктуально выдерживать режим дня, без конца читают мораль и считают детскую возню, смех и веселье пустым времяпрепровождением.

Эмоциональный контакт нарушается и при помещении детей в ясли или замене матери другим воспитывающим лицом (няней, родственниками). Больше всего этих матерей в группе ИТР, прежде всего при гиперсоциальной направленности личности и незрелости чувства материнства. Эмоциональный контакт осложняется и при нежеланности детей, чаще — несвоевременности их появления или несоответствия пола ожидаемому родителями. Типичны затруднения и в эмоциональном контакте с отцом ввиду его занятости, недостаточной включенности в воспитание и конфликтной изоляции в семье.

В сумме показатели шкалы «проблемы эмоционального контакта с детьми» превышают аналогичные показатели в норме. Существенно, что мать не может обеспечить приемлемого и, главное, устойчивого эмоционального контакта, в то время, когда ребенок наиболее нуждается в нем. В этой связи типичной будет ситуация, когда нежность и любовь матери заменяются строгостью, отзывчивость — недоверием, терпение — раздражительностью, а последовательность — переходами из одной крайности в другую.

Рассмотрим более подробно такую сторону эмоционального контакта, как *привязанность детей к родителям* (прежде всего, к матери) в дошкольный период жизни. Привязанность формируется в условиях достаточно теплого, продолжительного и тесного контакта матери с ребенком. Осознанные проявления привязанности у эмоционально чувствительных детей при неврозах и в норме заметны с 7-месячного возраста, когда выражено беспокойство даже при непродолжительном отсутствии матери. Это указывает как на возникновение лежащего в основе привязанности чувства общности, единства с матерью (категория «мы»), так и на развитие первичных групповых или социальных отношений. Вместе с тем факт реагирования на отсутствие матери показывает, что ребенок ощущает себя в чем-то отличным от нее, когда остается один, не чувствуя поддержки и заботы. Подобная дифференциация указывает на зарождение чувства «я» как осознанного восприятия себя. Выраженное беспокойство в отсутствие матери может отчетливо проявляться с 7 мес. до 2,5 лет у девочек (в норме до 2 лет) и 3 лет у мальчиков (в норме до 2,5 лет) и быть максимально представленным при помещении в больницу (без матери) и ясли.

В возрасте 8 мес. при неврозах и в норме возможен выраженный страх при появлении незнакомых взрослых. Ребенок при этом прижимается к матери. Создается впечатление, что он как бы подчеркивает привязанность к матери, будучи неспособным поделить ее с другими, особенно пожилыми и незнакомыми женщинами, отличными от сформировавшегося у него эмоционального образа матери. У девочек подобная, во многом инстинктивная, реакция может распространиться на мужчин. Появление категории «другого» или «они» в групповом контексте указывает на дальнейшую дифференциацию «я» в структуре межличностных отношений. Боязливо-аффективное восприятие другого продолжается сравнительно недолго, и уже в 1 год 2 мес. ребенок менее беспокоен в присутствии посторонних. С 1 года 2 мес. до 1 года 6 мес. он уже не столько боится, сколько настороженно воспринимает действия чужих взрослых (к сверстникам подобная реакция, как и страх раньше, отсутствует). Некоторая смущаемость (застенчивость) остается до 2,5 лет, после чего дети могут первыми вступать в контакт. Беспокойство в присутствии незнакомых взрослых нередко фиксируется в психотравмирующих условиях пребывания в яслях и больнице (особенно в возрасте 8 мес. — 1 года 6 мес., когда дети не способны привязаться к кому-либо, кроме матери, и воспринимают чужих взрослых с чувством страха). В итоге, возрастает беспокойство, повышается потребность в безопасности и невротически заостряется привязанность к матери. Следует обратить внимание и на то, что мальчики более чувствительны к разлуке с матерью, девочки более беспокойно воспринимают появление чужих взрослых.

При неврозах и в норме чувство привязанности достигает своего выраженного развития к 2 годам. В это же время активно представлено формирование «я». Не случайно, что развитие привязанности к матери и чувства «я» идет параллельно. Мать в это время нужна ребенку как опора, как образ уже сложившегося «я», как источник удовлетворения эмоциональных потребностей. Поэтому спокойное, без лишней суеты, уверенное, последовательное и в то же время заботливое, любящее отношение матери вместе с нарастающей потребностью в подражании отцу (у мальчиков) способствует стабилизации чувства «я» и постепенному уменьшению чрезмерной зависимости от родителей. Этого не происходит при неврозах, поскольку мать часто находится в состоянии эмоционального стресса и не может являться опорой или источником безопасности для ребенка. Скорее, она представляет источник повышенного беспокойства, особенно когда испытывает невротически обусловленную тревогу одиночества или навязчивый страх возможного несчастья с ребенком. Тогда, чрезмерно опекая ребенка, она в буквальном смысле слова «привязывает» его к себе, делая рабом собственного настроения, не отпуская от себя ни на шаг и тревожно предохраняя от воображаемых, несуществующих опасностей. В результате ребенок испытывает каждый раз все большее беспокойство, когда остается без матери, легко теряется, беспокоится и боится. Вместо активности и самостоятельности развиваются пассивность, зависимость, «цепляние» за мать, «приставучесть» и подобные им черты поведения в первые годы жизни детей. Потребность в привязанности нарастает при наличии невропатии и травмирующего опыта разлук с матерью. В итоге, можно говорить о формировании так называемой невротической привязанности, основанной на тревожности матери и аффективно заостренной потребности детей в безопасности.

Более выраженная, чем в норме, привязанность отмечается у детей, испытывающих много страхов, неуверенных в себе, часто болеющих и лишенных поддержки отца.

При недостаточно включенной позиции отца в жизнь семьи дети в большей степени привязаны к матери и легче перенимают ее беспокойство. Последнее выражено и тогда, когда ребенок боится отца из-за его грубости, вспыльчивости или излишней строгости. Тогда он стремится получить недостающие тепло и внимание от матери, невротически привязываясь к ней. Подобная ситуация оказывает наиболее неблагоприятное воздействие на мальчиков, поскольку односторонний опыт общения с матерью привносит проблемы в их последующие отношения со сверстниками того же пола.

К 3 годам жизни привязанность при неврозах и в норме приобретает качественно новые черты, проявляясь выраженной потребностью в признании и любви со стороны родителей, скорее, чем в зависимости от них. Интенсивно развиваясь, потребность в любви достигает, как и все эмоциональное развитие в целом, выраженного уровня в 4 года. Причем любовь направлена главным образом на родителя противоположного с ребенком пола (у мальчиков — на мать; у девочек — на отца). В условиях удовлетворения родителями чувства любви к ним эмоциональное развитие детей протекает более благоприятно. На этом пути у детей с неврозами существуют определенные препятствия. Любовь родителей имеет условный или принципиальный характер, ребенок любим только тогда, когда оправдывает повышенные и субъективно односторонние требования к нему. Чувство любви нередко осложнено неприятием детей по полу, нежеланностью (преждевременностью) их появления или наличием в семье более благополучного сибса (брата или сестры). Это чувство, как и привязанность, «созревает» у родителей детей с неврозами несколько позже, чем в норме, приходя в противоречие с максимально выраженной потребностью в нежности и ласке у детей младшего дошкольного возраста. К тому же оно часто заменяется аффективно заостренным беспокойством о ребенке, чрезмерной опекой и постоянными предохранениями, избыточной регламентацией его деятельности. Чувства матери обычно «растворяются» в борьбе с упрямством детей, не отвечающих односторонним представлениям о должном поведении. Наконец, в любви много нереализованных, невосполненных чувств к мужу или же она отсутствует ввиду похожести ребенка на отца, с которым мать находится в конфликте.

Отмеченные особенности материнской любви затрудняют эмоциональный контакт с детьми, препятствуют формированию полноценного чувства привязанности и создают характерный эффект эмоциональной депривации в первые годы их жизни.

В старшем дошкольном возрасте заметна *возрастная потребность в отождествлении (идентификации) детей с родителем того же пола* (у мальчиков — с отцом; у девочек — с матерью). Выражена в этом возрасте и потребность в общении со сверстниками как значимыми другими, что совпадает с развитием ролевых структур личности, умением принимать и играть роли. В этой связи родитель того же пола приобретает значение эталона — модели для формирования идентичных полу навыков поведения при достаточно выраженном чувстве любви к родителю другого пола. С целью

уточнения этих положений проведен опрос 960 здоровых в нервно-психическом отношении детей и подростков 3—16 лет из полных семей /1/. Задавался вопрос о том, кем бы стал опрашиваемый в воображаемой игре «Семья»: мамой, папой или собой (порядок этих слов все время менялся для устранения суггестивного влияния). У мальчиков 5—8 лет и девочек 3—9 лет преобладает выбор родителя того же пола, максимально представленный в старшем дошкольном возрасте. Отождествление с мужской или женской ролью, воплощенной в лице родителя того же пола, дает возможность более уверенно чувствовать себя среди сверстников того же пола, быть принятым ими. Полоролевая идентификация в большей степени выражена у девочек, у которых она имеет и больший возрастной диапазон своего выражения, чем у мальчиков. Как у мальчиков, так и у девочек имеется корреляция между идентификацией с ролью родителя того же пола, его авторитетом в семье, предпочтением его профессии и отсутствием страха перед ним (последнее только у девочек). Таким образом, факторы авторитета, компетентности и безопасности — необходимые условия полоролевой идентификации с родителями.

Выбор роли родителя другого пола, несмотря на наличие привязанности (т. е. действие эмоционального фактора), незначителен. Выбор себя в игре «Семья» начинает преобладать у мальчиков с 10 лет, а у девочек — с 9 лет, являясь показателем роста самосознания личности. В 9 лет у мальчиков и 8 лет у девочек наблюдается перекрест между уменьшающимся выбором родителя того же пола и возрастающим выбором себя. С учетом доминирующих ответов можно считать старший дошкольный возраст адекватным для выбора роли родителя того же пола, подростковый — выбора себя, а младший школьный — смешанным (переходным) для обоих выборов.

При неврозах выборы в воображаемой игре «Семья» рассматривались у 335 детей из полных семей в возрасте 3—15 лет. Как и в норме, дети старшего дошкольного возраста чаще всего выбирают роль родителя идентичного с ним пола, особенно в 6 лет. Вместе с тем мальчики при неврозах чаще, чем в норме, выбирают роль матери, что заметно до 9 лет, и раньше начинают быть собой в игре «Семья» (с 8 лет, в норме — с 10 лет). Подобные тенденции указывают как на большую зависимость мальчиков с неврозами от матерей (феномен невротической привязанности), так и на развитие компенсаторного стремления к независимости (автономии) мнений и оценок. Говорит это также о недостаточной роли отца в жизни семьи.

При наличии конфликта между родителями девочки достоверно чаще, чем при его отсутствии, становятся собой в игре «Семья», отказываясь таким образом от выбора роли матери. У мальчиков конфликт родителей не сказывается на характере их выборов, т. е. девочки более чувствительны к отношениям в семье.

В старшем дошкольном возрасте мальчики с неврозами находятся в более сложной семейной ситуации, чем девочки. Вызвано это недостаточной ролью отца в семье и уходом в случае развода. Последствия этого будут рассмотрены в разделах «Страхи» и «Неполная семья». Пока же отметим, что мальчики, лишенные общения с отцом, обнаруживают большее количество страхов, неуверенность в себе и трудности в общении со сверстниками. Подобные отклонения в немалой степени обусловлены и компенсаторно-замещающим, односторонним влиянием матери, нередко уже больной неврозом.

Последнее, на чем мы остановимся в данном разделе, — это психологическая структура семейных отношений, известная под названием *«комплекса Эдипа»* у мальчиков и *«комплекса Электры»* — у девочек. По мнению 3. Фрейда, «самый глубокий и постоянный мотив отчуждения, особенно между лицами одного пола, проявляется уже в раннем детском возрасте. Я имею в виду любовную конкуренцию явно подчеркнутого полового характера. Сын еще маленьким ребенком проявляет особую нежность к матери, которую считает своей собственностью, и видит в отце конкурента, который оспаривает у него это исключительное обладание. Точно так же маленькая дочь видит в матери человека, мешающего ее нежным отношениям с отцом и занимающего место, которое с радостью заняла бы сама девочка» (Фрейд 3., 1922). Помещая комплекс Эдипа в центр конфликтного существования человека, 3. Фрейд видит в нем и главный источник чувства вины при неврозах. Как известный этап формирования личности эти отношения могут иметь место в младшем дошкольном возрасте на фоне развития чувства тела. Причем речь идет не о половом чувстве, а о выраженном чувстве любви, направленном на родителя другого пола. Следует учесть и стремление к подражанию родителю того же пола, когда мальчик, так же как и отец, хочет быть женатым на матери, лежать утром с ней в одной постели, а девочка, как и мать, хочет быть замужем за отцом, по-детски повторяя в игре ее образ действий. На рубеже младшего и старшего дошкольного возраста эмоциональное влечение к родителю другого пола, мотивированное чувством любви (более выраженным при внешнем сходстве с

ним), дополняется потребностью в идентификации с родителем того же пола, который, таким образом, как и раньше, не является объектом враждебности. От того, насколько отмеченные возрастные тенденции будут конкурировать, а не гармонично дополнять друг друга, зависит характер семейных отношений. Попытки одного из родителей односторонне приблизить к себе ребенка, настроить его против другого родителя, способны привнести проблемный ракурс в естественную для возраста динамику личностных отношений, тем более, что ревность (в 3—5 лет) и агрессивные фантазии (в 2—4 года) являются нормальным проявлением эмоционально насыщенных отношений в этом возрасте. Эти отрицательные чувства могут быть направлены на родителя того же пола, «монополизировавшего» эмоциональный контакт с ребенком, в то время как он любит родителя другого пола. Например, мать доминирует в воспитании, оттеснив на задний план отца, которого любит дочь, или отец не воспитывает, а «дрессирует» сына, считая его излишне мягким и эмоциональным, в то время как мальчик любит мать, уступающую ему и более отзывчивую. Неприязненные чувства в этом случае будут направлены на отца, отнявшего любовь матери. Мы видим, что агрессивные чувства в этих случаях обусловлены конкретной социально-психологической динамикой семейных отношений. При всем этом ребенок не может реализовать свои чувства и потребности, испытывая к родителям противоречивые чувства любви, восхищения, обиды, ревности и неприязни.

Неразрешимый внутренний конфликт является источником постоянного психического напряжения, играющего роль одного из невротически декомпенсирующих факторов. Чувство вины, испытываемое детьми при наличии противоречивых чувств к родителям, может иметь место, но главным образом в старшем дошкольном возрасте, когда происходит развитие социально опосредованных или высших эмоций. Рассмотренные семейные ситуации типичны для детей с неврозами и представляют не что иное, как патогенно значимые модели межличностных конфликтов. Лучше всего и рассматривать их таковыми, в социально-психологическом ключе, не прибегая к искусственно созданной терминологии.

Проблемы адаптации

Посещают ясли 53% мальчиков и 55% девочек. Из них состояние аффекта возникает первое время у 92% детей без различий по полу. Пребывание в яслях представляет для них психотравмирующую ситуацию в результате разлуки с матерью как объектом эмоционального предпочтения и безопасности, появления новых, незнакомых взрослых, которых еще боится ребенок, и ломки жизненного уклада в целом. Под воздействием этих факторов не смогли адаптироваться в яслях 73% мальчиков и 52% девочек. Большая трудность приспособления к яслям у мальчиков обусловлена их более интенсивной привязанностью к матери, чем у девочек, в связи с чем более травмирующим становится отделение от нее и прекращение эмоционального контакта. В свою очередь, более выраженный стресс является одной из причин достоверно более высокой ($p<0,01$) заболеваемости (большей частью ОРВИ) у мальчиков, посещающих ясли (у 84%), по сравнению с девочками (у 44%). Посещение яслей в этих условиях становится невозможным и ребенок остается дома, но в более худшем состоянии, чем до их посещения.

Выраженным психотравмирующим воздействием обладает также госпитализация в первые годы жизни по поводу заболеваний, обследования и операции (60% из обследуемого контингента детей, бывших свыше недели в больнице). Госпитализация без матери имеет место у каждого второго ребенка. В этом случае почти всегда отмечается различной длительности и выраженности реактивное состояние. После выписки некоторые дети из-за пережитого эмоционального шока первое время не узнают родителей, затем болезненно реагируют на замечания, становятся более обидчивыми, требовательными и капризными. У них часто расстраивается сон, увеличиваются количество страхов и «прилипчивость» к родителям. Нарастают эмоциональная и вегетативная неустойчивость, вероятность появления психомоторных нарушений в виде тиков, заикания, энуреза. Определенную роль в происхождении невротического состояния может иметь отношение обслуживающего персонала, недостаточно учитывающее психологические особенности детей. Причиной невротического состояния при госпитализации являются в большинстве случаев те же факторы, что и при помещении детей в ясли (отрыв от матери, ломка стереотипа, страх незнакомых взрослых, как и чрезвычайно остро воспринимаемое чувство боли в раннем возрасте). Безусловно, не все реагируют подобным образом. Так, большинство из консультированных нами детей из детского дома не обнаруживают ярких реакций

при госпитализации из-за отсутствия возрастных страхов, привязанности или недостаточного понимания происходящего, доходящего временами до степени безразличия. Но даже на детей, заболевающих неврозами, госпитализация действует неодинаково. Наиболее травматична она у детей с последующим развитием невроза страха и истерического невроза, особенно при госпитализации без матери. Это не случайно, поскольку дети с истерическим неврозом эмоционально более тяжело переживают разрыв привычных связей, лишение любви, признания и поддержки. Для детей, заболевающих неврозом страха, более характерно беспокойство в ответ на появление в больнице незнакомых взрослых, контрастирующих своим поведением с привычным отношением матери.

Следует коснуться и вопроса о неблагоприятных последствиях для детей с неврозами раннего помещения в санаторий, где срок пребывания, как правило, несколько месяцев. Даже в современных условиях приходящие воспитатели не могут заменить внимание и заботу матери для детей 2—5 лет. Отсутствие психологически регламентированной службы только усиливает эффект невротизации эмоционально чувствительных детей, когда их выбирают в качестве жертвы для проявления агрессивных чувств дети с психопатоподобными и психопатическими чертами поведения. Немалое число этих детей имеет почти каждый санаторий. Это еще больше осложняет адаптацию у детей с неврозами ввиду их беззащитности. Вместе с родительской депривацией подобная психогенная ситуация приводит к снижению эмоционального тонуса, расстройству настроения и замедлению процесса соматического оздоровления, что способствует заболеванию неврозом.

Рассмотрим более подробно проблемы адаптации в детском саду, поскольку большинство детей дошкольного возраста являются организованными.

Состояние аффекта в первое время посещения детского сада выявлено у 44% детей (49% мальчиков и 37,5% девочек). В большинстве случаев оно не достигает степени реактивного состояния, как в яслях: меньше и число детей, неадаптированных в детском саду — 41% (45% мальчиков и 35% девочек). Обращает внимание несколько большее число неадаптированных мальчиков в детском саду, больше их также в яслях и школе. Если в яслях это объясняется более выраженным, чем у девочек, беспокойством при отделении от матери, то в детском саду и школе зависит от недостаточно сформированного навыка общения с отцом. В отношении частых соматических заболеваний различия у мальчиков и девочек отсутствуют (48 и 45% соответственно).

Сравнение с нормой (мальчики и девочки вместе) показывает заметное преобладание у детей, заболевающих неврозами, состояния аффекта при начале посещения детского сада ($p<0,001$) и отсутствие адаптации в дальнейшем ($p<0,001$). Прежде всего, это относится к эмоционально чувствительным, впечатлительным и боязливым детям, обнаруживающим тревожную зависимость от матери и невропатически обусловленные проблемы еды и дневного сна. Плохой аппетит и отсутствие дневного сна являются часто источником конфликтных отношений со стороны воспитателей, стыдящих, а то и наказывающих детей как непослушных.

В целом, число плохо адаптированных детей при неврозах заметно снижается в детском саду (41%) и особенно в школе (26%) по сравнению с яслями (65%), что подчеркивает улучшение адаптации с возрастом.

Родители детей, у которых выявляется состояние аффекта при помещении в детский сад и неадаптированные в нем в дальнейшем, сравнивались по вопроснику MMPI с родителями детей без проявления аффекта и адаптированных в детском саду (для краткости обозначим детей соответственно как адаптированных и неадаптированных). В профиле MMPI у матерей и отцов неадаптированных детей заметен подъем 4-й шкалы (у матерей мальчиков различия достоверны ($p<0,001$). Ввиду относительно невысоких подъемов шкалы ее следует трактовать как наличие у родителей неадаптированных детей трудностей самоконтроля, конфликтности, проблем взаимоотношений с окружающими и, прежде всего, — с детьми.

Обращает внимание и подъем 1-й шкалы у матерей неадаптированных мальчиков ($p<0,001$). Это указывает на большое количество жалоб, хроническое чувство усталости и недомогания, тревожно-мнительную фиксацию болезненных ощущений. Подобный настрой неблагоприятно отражается на выздоровлении детей, поскольку матери продолжают считать их больными даже тогда, когда практически они здоровы.

У матерей неадаптированных девочек достоверно более выражены 6-я и 7-я шкалы. Посредством механизма ролевой идентификации с матерью дочь усваивает такие особенности ее поведения, как нетерпимость к чужому мнению, чрезмерную настойчивость в осуществлении своих желаний, подозрительность и настороженность в контактах, склонность к предвзятым оценкам и категоричным

суждениям (6-я шкала). Эти особенности характера матери сочетаются с неуверенностью и тревожной мнительностью (7-я шкала), создавая внутренне противоречивый облик ее личности. Непроизвольное усвоение детьми рассмотренных черт характера родителей осложняет отношения со сверстниками и затрудняет адаптацию в детском саду.

Упрямство

Упрямство — «камень преткновения» в отношениях с детьми, «столбовая дорога», ведущая к невротизации детей уже в первые годы жизни.

Наиболее часто упрямство возникает в возрасте от 1,5 до 2,5—3 лет (до 3 лет у более стеничных детей). Психологической основой происхождения упрямства будет формирующееся чувство «я», подчеркнуто звучащее в 2 года. Ребенок стремится все делать сам и протестует против помощи и ограничений его возможностей. Развитие самостоятельности и активности, умения владеть собой представляет волевой аспект формирования «я», максимально выраженный в 2 года. К этому возрасту ребенок упрям с точки зрения родителей, поскольку проявляет заметную настойчивость в осуществлении своих желаний и его нелегко переубедить. Известна педантичность детей этого возраста, стремление к порядку, определенному расположению вещей, месту за столом, времени укладывания. Упрямство здесь связано с изменением жизненного стереотипа, которое вызывает чувство беспокойства или протест, расстройство настроения и капризность. Постоянство окружающей среды для ребенка, как и определенная последовательность (ритуал) его действий, создаст чувство безопасности, изначальной уверенности в себе, являясь необходимой предпосылкой для формирования целостного чувства «я».

Физиологическая сторона упрямства, по нашим наблюдениям, связана с начальным этапом повышения активности левого полушария, сопровождаемого осознанием чувства «я» и развитием речи, наиболее активно представленных (как и само упрямство) в 1,5—2,5 года. Нарастание активности левого полушария происходит в условиях социально детерминированного перехода от спонтанного, недостаточно контролируемого сознанием поведения и непосредственного (наивного) выражения чувств (феномен правополушарной активности) к осознанному усвоению предписаний и запретов, сдерживанию выражения эмоций, т. е. к тому, что обозначается как социализация или рационализация чувств.

Процесс социализации у детей, заболевающих неврозами, сопровождается со стороны родителей чрезмерно ранними и категоричными требованиями опрятности, правильно сформулированной речи, подчеркнутым стремлением все организовать, упорядочить, регламентировать. В большей степени это присуще родителям с гиперсоциальной направленностью личности, дети у которых наиболее упрямы с их точки зрения. Преждевременная вербально-информативная нагрузка на еще недостаточно функционально развитое левое полушарие приводит к его быстрому утомлению и компенсаторно-реактивному сохранению односторонне эмотивного (преимущественно правополушарного) типа поведения. Клинически это проявляется возрастающей аффективностью (обидчивостью, недовольством, капризностью и истериками, расцениваемыми как упрямство) в ответ на продолжающиеся избыточные требования взрослых. Это случаи, когда ребенок «не слышит», т. е. перестает реагировать на слова в качестве левополушарных раздражителей, дает неадекватно сильную или слабую реакцию в ответ на обращения взрослых или поступает вопреки их требованиям. Нетрудно увидеть в этом аналог фазовых состояний в деятельности мозга: уравнительной, парадоксальной и ультрапарадоксальной фаз, тесно связанных, на наш взгляд, с возрастной, но клинически заостренной динамикой межполушарных соотношений.

Существенное значение в генезе упрямства в рассматриваемом возрасте имеют также чрезмерные ограничения активности у детей с холерическим темпераментом и избыточная стимуляция у детей с флегматическим темпераментом. В первом случае повышается возбудимость, а во втором случае — тормозимость, что осложняет еще в большей степени восприятие требований родителей.

Упрямство, таким образом, имеет неоднозначные источники своего происхождения, обусловленные главным образом отклонениями в отношении родителей к детям. Возрастные проявления чувства «я», воли, эмоций и темперамента только тогда становятся проблемой упрямства для родителей, когда они не способны адекватно оценить своеобразие психического развития детей.

Следует заметить, что упрямство у детей означает наличие у них не только стеничности, но и

способности противостоять психическому давлению и диктату родителей. Тогда отсутствуют признаки невроза как заболевания, поскольку ребенок может как-то отреагировать свои желания и эмоции. В условиях же их нарастающей блокады, ограничений возможностей самовыражения и чрезмерно ранней интеллектуальной стимуляции облегчается возникновение невротических расстройств при все более возбудимом (у детей с холерическим темпераментом), тормозимом (у детей с флегматическим темпераментом), или смешанном (у детей с сангвиническим темпераментом) характере дальнейшего психического реагирования.

Если родители продолжают упорно считать своих взрослеющих детей упрямыми, то это указывает на неблагоприятные особенности личности самих родителей, а также фиксацию предшествующих проблем в отношениях с детьми, их неразрешимый характер. Реактивный, семейно обусловленный генезис упрямства подтверждает его наличие в семье и отсутствие вне дома, подчеркнутое внушаемостью таких детей. Нам почти всегда удается найти лучшее, чем дома, взаимопонимание с ребенком, что подтверждает субъективный, проблемный характер оценки родителей.

По мнению родителей, упрямым считается каждый второй ребенок. Если у матерей нет различий в оценке мальчиков и девочек как упрямых, то у отцов упрямыми чаще считаются девочки. Как матери, так и отцы наиболее часто определяют упрямыми детей с истерическим неврозом, наименее часто — детей с неврозом страха (различия статистически достоверны).

Матери чаще всего находят детей упрямыми в дошкольном возрасте по сравнению с младшим школьным и особенно подростковым возрастом. Отцы, наоборот, чаще находят упрямыми мальчиков в школьном возрасте (в младшем школьном и подростковом), девочек — одинаково часто в дошкольном и подростковом возрасте (при уменьшении в младшем школьном). Следовательно, проблема упрямства более значима для матерей детей дошкольного, а для отцов — школьного возраста.

В 1,5—2,5 года упрямство относительно менее выражено у детей, заболевающих неврозами, по сравнению с нормой. Объясняется это наличием невротической привязанности к матери и интенсивным, пока относительно «успешным», психологическим давлением родителей в виде многочисленных принуждений, угроз и физических наказаний по поводу проявлений своеволия и двигательной активности. Зато в последующие годы происходит своеобразный перекрест — уменьшение упрямства, по мнению родителей, в норме и возрастание при неврозах. Наряду с упрямством, родители детей с неврозами более отрицательно оценивают их в старшем возрасте и по многим другим шкалам разработанного нами вопросника. В норме количество отрицательных оценок характера детей существенно уменьшаются по мере увеличения их возраста. Все это указывает на неспособность родителей детей с неврозами найти подход к психическому развитию детей, особенностям формирования их характера и личности.

Достоверно более упрямыми матери считают детей с холерическим, чем с сангвиническим и флегматическим, темпераментом. В большей степени это относится к мальчикам, что подчеркивает непереносимость матерями их холерического темперамента. У отцов нет связи между оценками упрямства детей и их темпераментом.

Конфликт между родителями не сказывается заметным образом на определении детей как упрямых. Это происходит достоверно чаще при непосредственном конфликте с детьми обоего пола со стороны матери и конфликте с девочками — у отцов.

Использован ряд личностных вопросников с целью поиска различий между родителями, считающими детей упрямыми и не упрямыми. При изложении данных приводятся достоверные различия, определяемые по критерию Стьюдента.

Личностный вопросник Айзенка (обследовано 140 матерей и 114 отцов) и *цветовой тест Люшера* (120 матерей и 101 отец) не обнаруживают значимых различий в указанных группах родителей, т. е. эти методики не дифференцируют изучаемую сторону семейных отношений.

Личностный вопросник Кеттела применялся в двух формах: «С» и «А» — одновременно (у 155 матерей и 96 отцов). По вопроснику «С» различия отсутствуют. По вопроснику «А» матери, оценивающие мальчиков как упрямых, обладают более выраженными доминантными (властными) чертами характера (фактор «Е»). Вместе с тем у них снижен эмоциональный тонус, повышено беспокойство и чувство вины (тревожно-депримированный фон настроения — фактор «О»). Они напряжены, раздражительны и нетерпеливы, испытывают много субъективно неразрешимых эмоциональных проблем (фрустрированы — фактор «Q_4»). Матери, оценивающие девочек как упрямых [в дальнейшем вместо мать (отец), оценивающая детей как упрямых, пишется мать (отец) упрямых

детей, - прим.], робки, застенчивы, чувствительны к угрозе, сдержанны в общении, индивидуалистичны, испытывают чувство неполноценности (низкие оценки по фактору «H»).

У отцов упрямых мальчиков различий нет, поскольку чаще всего оцениваются, как упрямые, девочки. В последнем случае наиболее выделяющейся характеристикой будет отсутствие озабоченности за последствия своих поступков, их прогнозирования, как и желания искать и анализировать мотивы поведения у взаимодействующих с отцами лиц (фактор «F»).

По *тесту интеллекта Векслера — WAIS* (24 матери и 24 отца) найдена отрицательная корреляция между выраженностью IQ (коэффициента умственного развития) у отцов и оценкой детей как упрямых, т. е. в последнем случае отцы обладают относительно более низкими показателями интеллектуального развития.

По данным *личностного вопросника MMPI* (121 мать и 105 отцов), у матерей, оценивающих детей как упрямых, низкий самоконтроль, импульсивность и конфликтность, трудности во взаимоотношениях с окружающими (4-я шкала). Одновременно они недостаточно уверены в себе, в правильности своих действий, тревожно-мнительно застревают на трудностях взаимоотношений, загружены переживаниями и озабочены вопросами морали, обнаруживая повышенное внимание к проявлениям авторитета (7-я шкала). Им не хватает эмоциональной отзывчивости, теплоты и искренности в отношениях (8-я шкала). Матери упрямых девочек обладают и такими личностными характеристиками, как нетерпимость и ригидность мышления, подозрительность, склонность к образованию сверхценных идей (6-я шкала). В этом случае мать убеждена в наличии трудного, несговорчивого, «вредного» и «неисправимого» характера дочери. У этих же матерей ограничена сфера общения, и их контакты носят подчеркнуто избирательный характер (0 шкала). Проблемы в установлении контактов присущи также отцам упрямых девочек. Различия у матерей, по отобранным нами дополнительным шкалам MMPI, имеются только в семьях девочек. Определяя их как упрямых, матери тревожны, зависимы, личностно изменчивы (непостоянны), плохо приспосабливаются к действительности, причем подобные различия, кроме последнего, представлены на высоком уровне значимости ($p<0,001$).

У отцов упрямых детей высокие показатели контроля, силы «я» и лидерства. Отцы мальчиков обладают к тому же большей независимостью суждений. Для отцов девочек характерны личностная изменчивость (при выраженном внешнем контроле и силе «я») и меньшая доминантность (при лидировании в сфере межличностных отношений вне семьи).

Личность родителей (110 матерей и 95 отцов), оценивающих детей как упрямых и не упрямых, исследовалась также с помощью *методики фрустрации Розенцвейга.* У матерей упрямых детей достоверно более выражено сочетание препятственно-доминантного типа реакций (ОД) и экстрапунитивной их направленности (E'). Это означает, что матери при оценке детей как упрямых склонны подчеркивать наличие препятствий в ситуации конфликта, застревать на нем, вместо конструктивного разрешения трудностей в общении с детьми. Отцы при оценке детей как упрямых обнаруживают достоверно более частое сочетание препятственно-доминантного типа реакций (ОД) и их импунитивной направленности (M'). Эти отцы не замечают минусы фрустрирующей ситуации, не придают ей должного значения, отказываются понять источники конфликта, что способствует появлению его в дальнейшем.

Посредством *методики «незаконченные предложения»* выявляются конфликтные сферы отношений в личности. Методика использовалась у 103 матерей и 77 отцов. У матерей упрямых девочек более выражены конфликтные сферы отношений в семье и половой жизни. Конфликтная позиция звучит и в отношениях к бабушке ребенка. Выше у матерей в семьях девочек и суммарный индекс конфликтности (по всем сферам отношений вместе). Наблюдения показывают, что свои нерешенные семейные проблемы мать переносит на дочь, непроизвольно блокируя эмоциональный контакт с отцом и ревностно воспринимая ее нарастающее самоутверждение в женской роли. Заслуживает внимания и то, что у отцов, считающих детей упрямыми, выделяются конфликтные отношения с противоположным полом. Отчасти этим объясняется негативность в восприятии отцами «упрямого» характера дочерей, напоминающего в чем-то характер супруги.

Заслуживающие внимания данные получены по вопроснику PARI, раскрывающему отношение к семейной роли и воспитанию детей (у 152 матерей). Матери упрямых мальчиков и девочек обладают повышенной вспыльчивостью и раздражительностью ($p<0,0005$). Присущ им и отказ от выполнения роли только хозяйки дома. Матери упрямых девочек, доминируя в семье, ограничивают ее внешнее влияние.

Полученные результаты дают основание говорить о существенных клинических и личностных отклонениях у родителей, оценивающих детей как упрямых. В известной мере родители неосознанно проецируют свои личностные проблемы на детей и сами же аффективно на них реагируют. Получается замкнутый круг, поскольку нарастающее ответное напряжение детей не находит выхода и способствует развитию фазовых невротических состояний. Это еще больше осложняет отношения с родителями, теперь уже жалующимися на неискоренимое упрямство или «дух противоречия», сидящий в их детях. В более психологически сложной семейной ситуации в отношении упрямства оказываются девочки, находящиеся в психически напряженном поле отреагирования обоими родителями своих личных проблем. По мере понимания родителями источников одностороннего взгляда на детей, перестройки отношений и семейной психотерапии проблема упрямства, казавшаяся раньше неразрешимой, постепенно сходит на нет. Родители перестают жаловаться на упрямство детей, их оценки становятся более сбалансированными и доброжелательными. Вместе с возрастающей способностью разрешать конфликты это позволяет предотвратить самое серьезное осложнение «хронического упрямства» — развитие конфликтной структуры личности.

Своеобразие детей до заболевания неврозом

Своеобразие детей до заболевания неврозом, или преморбидные особенности, — одно из центральных понятий неврозологии. К данному разделу эпиграфом могло бы стать высказывание: «Психология неврозов — это психология человеческого сердца вообще» (Кречмер Э., 1927). Преморбидные особенности оцениваются в зависимости от клинического и психологического опыта специалистов. Некоторые из них приравнивают преморбидные особенности к акцентуации характера или психопатическим изменениям; другие, наоборот, нивелируют даже те психологические проблемы формирования характера и личности, которые нередко имеют место. Соответственно, есть тенденции растворения неврозов в психопатиях, когда невротические реакции расцениваются как разновидность декомпенсации психопатий (Бумке О., 1929; Ганнушкин П. Б., 1933). Имеются и попытки слияния неврозов с нормой, когда различия между ними становятся неотличимыми (ортодоксальный психоанализ). То же относится к конфликтным диспозициям, способствующим возникновению невроза. Они считаются следствием имеющихся характерологических дефектов, вариантом нормы или результатом неблагоприятного воздействия окружающей среды. Имеется точка зрения на совмещение характера и ключевого переживания как ключа и замка (Кречмер Э., 1927). Часто наблюдается сочетание характерологических особенностей (своеобразия) и неблагоприятной жизненной ситуации (Осипова Е. А., 1932). Подобное сочетание существует и при так называемом «неврозе характера» (Horney К., 1937). Объединяющим началом может быть и состояние невротической готовности (Буянов М. И., 1986). Подчеркивается, что преневротические характерологические радикалы формируются под воздействием неправильного воспитания на основе того или иного типа темперамента (Гарбузов В. И. и др., 1977). Наиболее распространено мнение о наличии у детей до заболевания неврозом определенных особенностей, не играющих ведущей роли в их происхождении, но участвующих в патогенезе в качестве одной из предпосылок или патопластического фактора (Мясищев В. Н., 1934; Симеон Т. П., 1958; Сухарева Г. Е. и Юсевич Л. С., 1965; Захаров А. И., 1971). Вместе с тем невроз может возникнуть под влиянием психотравмирующих условий жизни у детей, не отличающихся какими-либо особенностями от сверстников (Мясищев В. Н., 1960; Adler A., 1928).

Более восприимчивы к психической травматизации дети впечатлительные, легковозбудимые, пугливые (Сухарева Г. Е., Юсевич Л. С., 1965). У них развито чувство «я» (Adler A., 1928), свойственна интровертированность (Осипова Е. А., 1932). Интровертированность, склонность к фиксации на неприятных переживаниях, «сложность» психики являются предпосылками для развития невроза, в то время как примитивная, малодифференцированная психика, отсутствие глубины переживаний, невысокий интеллект представляют условия, исключающие возможность сложных гиперкомпенсаторных невротических образований (Бернштейн Г. И., Брайнина М. Я., 1933). Подчеркивается сочетание повышенной восприимчивости, чувствительности и неуверенности в себе с чувством ответственности, хорошим пониманием социальных нормативов (Александровская Э. М., 1986). Выделяется перевес субъективного и аффективного над объективным и логическим, а также аффективной инертности над аффективной пластичностью, создающий вязкие доминанты болезненных переживаний. Это не исключает повышенной принципиальности лиц, заболевающих неврозами, для

которых характерна к тому же избирательная чувствительность к некоторым сторонам жизни, вытекающая из истории развития. Предрасполагающим к невротической декомпенсации в характере будет все то, что обостряет чувствительность, создает противоречия, прежде всего конфликты на личной почве, и затрудняет их продуктивное преодоление (Мясищев В. Н., 1965).

Для обозначения преморбидных особенностей наиболее целесообразен термин «своеобразие», оттеняющий особенности темперамента, характера и формирующейся личности. Своеобразие отличается от патогномоничных для психопатии акцентуаций характера. Чем больше степень предшествующих неврозу изменений характера, тем менее он специфичен в нозологическом единстве.

Преморбидное своеобразие детей складывается из факторов следующего порядка:

— *эмоциональность.* Проявляется в виде повышенной восприимчивости к радостям и печалям, настроению окружающих лиц, склонности к переживаниям. Это создает чувствительность ко всякого рода проблемам отношений, будь то ранняя разлука с матерью, недостаток внимания, любви и заботы, излишне принципиальное отношение взрослых или неприятие сверстников;

— *непосредственность.* Эти дети наивны и бесхитростны, им чужды ложь и лицемерие, игра и фальшь, двойственность чувств и желаний. Если они плачут, то это слезы искреннего огорчения: если радуются, то это неподдельная радость; если сердятся, то это гнев, а не наигранное возмущение. Будучи достаточно внушаемыми по возрасту, они не конформны, т. е. не склонны говорить и поступать противоположно своим мыслям и желаниям;

— *впечатлительность* — как проявление эмоциональной памяти способствует запечатлеваемости и фиксации многих, в том числе неприятных событий, когда ребенок долго помнит обиду, оскорбление, страх, возвращается мыслями к пережитому и не способен легко, как большинство сверстников, отвлечься и переключиться на новые цели;

— *импрессивность* — склонность к внутренней переработке, накоплению отрицательных чувств (переживаний). Родители говорят о таких детях: «все переживания держит в себе», «не склонен делиться своими огорчениями», «если расплачется или обидится, то не сразу, а потом», «дочь сразу не показала вида, что радуется нашему приезду, хотя очень соскучилась, но спустя некоторое время «повисла» на нас со слезами радости», «сын 3 лет в детском саду неподвижно сидел на стуле, опасаясь сделать что-либо не так, как того требовала воспитательница. Дома был подавленным, «страшно усталым», затем становился возбужденным, чрезмерно подвижным и капризным, долго не мог заснуть вечером». Импрессивность подразумевает отсутствие быстрой эмоциональной реакции в ответ на волнующие ребенка события. Он как бы накапливает ее изнутри, исподволь, и выражает не сразу, а позже и то не во всех случаях. Причем выражение отрицательных эмоций часто сопровождается чувством вины, иногда раздражения, но не злости. В более широком плане импрессивность может быть одним из проявлений несколько более медленного, чем обычно, раскрытия потенциала психического развития, когда нужно подождать, дать известное время, чтобы психика созрела, чтобы ребенок стал таким, как все;

— *выраженность чувства «я».* Заключается прежде всего в раннем осознании отличий себя от окружающих, подчеркнутом чувстве собственного достоинства, выраженной потребности самоутверждения. Эти дети всегда имеют свою точку зрения, стремятся к самостоятельности, активны в достижении поставленной цели, предпочитают играть ведущие роли, что реально удается редко. Они не переносят повышенного, приказного и, тем более, раздраженного тона, оскорблений и физических наказаний. В ответ на это обижаются, уходят в себя или (реже) плачут. Свойственна им и повышенная чувствительность к похвале, оценкам и мнению других людей, т. е. отношению к себе. Им не просто попросить прощения, отказаться от своих убеждений, подстроиться и быть не собой, играть не свойственные роли. В старшем дошкольном и младшем школьном возрасте заметны обязательность, исполнительность, развитое чувство долга, вины и стыда. Подчеркнут у этих детей и инстинкт самосохранения, на что указывает не только большее число инстинктивно опосредованных страхов, в том числе страхов смерти в последующие годы, но и чувство осторожности, предусмотрительности в новых ситуациях, а также выраженный страх незнакомых людей в раннем возрасте. Эти дети не игнорируют опасности, не бросаются куда-нибудь «сломя голову», вовремя останавливаются там, где можно упасть, цепляются за мать при купании или поднятии на руках. От них не надо далеко прятать острые предметы, они никогда не играют со спичками, и у них исключительно мало несчастных случаев по собственной вине. Этим они кардинальным образом отличаются от детей с органически обусловленным психопатоподобным или психопатическим (возбудимого круга) поведением, демонстрирующих отсутствие осторожности и страхов, импульсивность, безрассудство, игнорирование

опасности и как следствие — большое число несчастных случаев;

— *беззащитность.* Как антипод агрессивности она звучит главным образом в общении со сверстниками, когда ребенок не может защитить себя, «дать сдачи», ответить на оскорбления. Он теряется, не находит подходящих слов, молчит или плачет, горько переживая унижение и обиду, свою неспособность влиять на исход событий. Всем этим умело пользуются сверстники с психопатическими чертами характера, безошибочно выделяющие детей, неспособных защитить себя, чтобы покуражиться над ними, угрожать и запугивать, использовать для отреагирования своих агрессивных чувств. Беззащитность, как и выраженность чувства «я», импрессивность, — многоплановое по своему генезу психологическое образование. Это и проявление добродушия — отсутствия злости, агрессивности, деструктивных реакций и установок. Это и повышенная эмоциональная чувствительность, нежность и ранимость, склонность к развитию защитного торможения. Имеют значение также повышенная чувствительность к боли и общая физическая ослабленность;

— *гуманистическая направленность формирования личности* представляет комплекс таких характеристик, как честность, дружелюбие, сострадание, жалостливость, чувство долга и вины, стремление соответствовать групповым, социально-приемлемым стандартам и нормам. В какой-то мере это говорит и об альтруистической стороне личности. Действительно, эти дети переживают «за все и всех», воспринимают чужую боль как свою и нередко принимают удар на себя в прямом и переносном смысле слова. Родители говорят о них: «даже муху убитую принесет», «если у него появился друг, то это на всю жизнь», «не может себя защитить, но способен защитить другого, хотя за это ему часто попадает». Обращает внимание и отсутствие негативных чувств к родителям даже при наличии конфликта, криков, оскорблений и физических наказаний. Это не исключает переживаний детей, которые к тому же боятся наказания или осуждения со стороны родителей. Типичным в рассматриваемом аспекте будет ответ девочки 5 лет на вопрос о том, боится ли она заболеть: «Сама я не боюсь заболеть, но мне плохо, когда заболевает кто-либо из родителей, потому что я жалею своих родителей».

Своеобразие детей, заболевающих впоследствии неврозами, обусловлено такими характеристиками темперамента, как эмоциональность и впечатлительность; характера — как непосредственность и импрессивность, выраженность чувства «я»; личности — как беззащитность и гуманистическая направленность.

В преморбидном своеобразии детей можно заметить наличие некоторых контрастных сторон. Это прежде всего сочетание эмоциональности, непосредственности и присущей этим детям общительности с импрессивностью — внутренним проявлением эмоций; выраженности чувства «я» и беззащитности; эмоциональных и рациональных сторон психики. Под влиянием психотравмирующих жизненных обстоятельств, длительно действующего стресса эмоциональность превращается в эмотивность; непосредственность и впечатлительность — в настороженность и беспокойство; импрессивность — в тормозимость, а беззащитность — в ранимость и уязвимость. Подобная динамика создаст эффект сензитивности — повышенной эмоциональной чувствительности, обидчивости, склонности все близко «принимать к сердцу», легко расстраиваться и много переживать. Особенно заметна непереносимость насмешек, иронии, замечаний, угроз и повышенного тона взрослых. У этих детей часто «глаза на мокром месте», и они расцениваются родителями как капризные, беспокойные, чрезмерно гордые и упрямые, не такие, как все.

Глава 3. СТРАХ И ТРЕВОГА В ГЕНЕЗЕ НЕВРОЗОВ

Определение страха и его разграничение

Страх принадлежит к категории фундаментальных эмоций человека (Гельгорн Э., Луфборроу Дж., 1966). Можно представить, что эмоция страха возникает в ответ на действие угрожающего стимула. В свою очередь, понимание опасности, ее осознание формируются в процессе жизненного опыта и межличностных отношений, когда некоторые индифферентные для ребенка раздражители постепенно приобретают характер угрожающих воздействий. В этих случаях говорят о появлении травмирующего опыта, психологическом заражении страхом от окружающих ребенка лиц и непроизвольном обучении с их стороны соответствующему типу эмоциональных реакций. Все это дает

основание говорить об условно-рефлекторной мотивации страха, поскольку в нем закодирована эмоционально переработанная информация о возможности опасности. Само же чувство страха появляется непроизвольно, помимо воли, сопровождаясь выраженным чувством волнения, беспокойства или ужаса. Исходя из сказанного, страх можно определить как аффективно заостренное восприятие угрозы для жизни, самочувствия и благополучия человека.

Страх классифицируется как ситуативно и личностно обусловленный; острый (в том числе пароксизмальный) и хронический (постоянный); инстинктивный и социально опосредованный; боязнь и тревожность как состояния, соответствующие страху и тревоге; реальный (при конкретной угрозе) и воображаемый (на уровне представлений).

По степени выраженности страх делится на ужас, испуг, собственно страх, тревогу, опасения, беспокойство и волнение.

Возрастные и клинические проявления страха дают основание для соответствующего разделения. Клинически страх может быть навязчивым и сверхценным; невротическим и психотическим.

Страх и тревога — два понятия, объединяемые одними и разделяемыми другими авторами. На наш взгляд, в страхе и тревоге есть общий компонент в виде чувства беспокойства. В обоих понятиях отображено восприятие угрозы или отсутствие чувства безопасности. Если продолжить общую линию, то тревогу можно сравнить с глубоко запрятанным страхом диффузного характера.

Тревога как предчувствие опасности, неопределенное чувство беспокойства наиболее часто проявляется в ожидании какого-либо события, которое трудно прогнозировать и которое может угрожать своими неприятными последствиями. Тревога имеет своим мотивом антиципацию (предвосхищение) неприятности и в своей рациональной основе содержит опасения по поводу возможности ее появления. Как показывают наблюдения, тревога в большей мере присуща людям с развитым чувством собственного достоинства, ответственности и долга, к тому же повышенно чувствительным к своему положению и признанию среди окружающих. В связи с этим тревога выступает и как пропитанное беспокойством чувство ответственности за жизнь и благополучие себя и близких лиц.

Условно различия между тревогой и страхом можно представить следующим образом: 1) тревога — сигнал опасности, а страх — ответ на нее; 2) тревога — скорее предчувствие, а страх — чувство опасности; 3) тревога обладает в большей степени возбуждающим, а страх — тормозящим воздействием на психику. Тревога более характерна для лиц с холерическим, страх — флегматическим темпераментом; 4) стимулы тревоги имеют более общий, неопределенный и абстрактный характер, страх — более определенный и конкретный, образуя психологически замкнутое пространство; 5) тревога как ожидание опасности проецирована в будущее, страх как воспоминание об опасности имеет своим источником главным образом прошлый травмирующий опыт; 6) несмотря на свою неопределенность, тревога в большей степени рациональный (когнитивный), а страх — эмоциональный, иррациональный феномен. Соответственно, тревога скорее левополушарный, а страх — правополушарный феномен; 7) тревога — социально, а страх — инстинктивно обусловленные формы психического реагирования при наличии угрозы.

Представленные различия отражают два гипотетических полюса тревоги и страха и не учитывают переходных состояний. При изложении дальнейшего материала мы будем придерживаться точки зрения об относительно ведущей роли тревоги или страха, помня о том, что они имеют одну и ту же основу в виде чувства беспокойства. Последнее в зависимости от психической структуры личности, жизненного опыта и обстоятельств может приобретать значение как тревоги, так и страха.

Значение страха

Несмотря на свою отрицательную окраску, страх выполняет разнообразные функции в психической жизни человека. Как реакция на угрозу страх позволяет избежать встречи с ней, играя таким образом защитную адаптивную роль в системе психической саморегуляции. Страх — это своеобразное средство познания окружающей действительности, ведущее к более критичному и избирательному отношению к ней. Страх таким образом может выполнять определенную социализирующую или обучающую роль в процессе формирования личности. Представления об образующих страх источниках опасности являются известным коммуникативным или жизненным

опытом.

Страх может быть и выражением веры эмоционально чувствительных и впечатлительных детей в наличие тех опасностей, которые олицетворяют сказочные образы или образы страха, внушенные взрослыми. Подобный страх ослабевает и сходит на нет по мере накопления реального жизненного опыта и развития самосознания. В некотором роде страх — способ отграничения «я» от чужеродного, неприемлемого влияния извне, т. е. страх — это демаркационная линия личного, безопасного пространства, в котором сохраняется единство «я» и уверенность в себе. Страх даже может известным образом мобилизовать «я» перед лицом внешней опасности, способствуя интеграции внутренних психических ресурсов. Возрастные страхи, т. е. страхи, присущие определенному возрасту, в некоторой степени отражают исторический путь развития самосознания человека. Вначале ребенок боится остаться один, без поддержки близкого лица (в 7 мес.), опасается посторонних, неизвестных ему лиц (в 8 мес.). Далее он боится боли, высоты, гигантских (в его представлении) животных. Временами он преисполнен суеверного ужаса перед Бабой Ягой и Кощеем как символами зла и жестокости. Далее он боится темноты, огня и пожара, стихии, всего того, что было развито у первобытных людей, одухотворяющих многие неизвестные и опасные для них явления природы. Человек не смог бы выжить, пренебрегая этими страхами, передаваемыми из поколения в поколение и составляющими часть его жизненного опыта. В отличие от так называемых естественных, или природных, страхов социальные страхи приобретаются путем научения в процессе формирования личности, выражая определенные ценности, принятые в той или иной общественной среде.

При большем, чем в норме, количестве страхов и их невротическом характере возникает состояние психического напряжения, скованности, аффективно заостренного стремления к поиску опоры, чрезмерной зависимости от внешнего поля. Поведение становится все более пассивным, атрофируются любопытство, любознательность, избегается любой риск, связанный с вхождением в новую, неизвестную своими последствиями ситуацию общения. Вместо непосредственности и открытости развиваются настороженность и аффективная замкнутость (отгороженность), уход в себя и свои проблемы. Усиливается несвойственная детям ориентация на травмирующее прошлое, которая все более предопределяет настоящее, исключает из психического репертуара положительные эмоции, оптимизм и жизнеутверждающую активность. Тогда неумение радоваться пропорционально умению тревожиться, беспокоиться, быть озадаченным. Во всех этих случаях страх теряет свои приспособительные функции, указывая на неспособность справиться с угрозой, переживание бессилия, потерю веры в себя, в свои силы и возможности.

Диагностика

В опросе на предмет выявления возрастных страхов участвовали 2135 детей и подростков от 3 до 16 лет, из них 1078 мальчиков и 1057 девочек. В опрошенную группу входили все дети без исключения, в том числе с наличием и отсутствием нервности. Задавался вопрос: «Скажи, пожалуйста, ты боишься или не боишься», и далее шло перечисление страхов: 1) когда остаешься один; 2) нападения, бандитов; 3) заболеть, заразиться; 4) умереть; 5) того, что умрут твои родители; 6) каких-то людей; 7) маму или папу; 8) того, что они тебя накажут; 9) Бабу Ягу, Кощея Бессмертного, Бармалея, Змея Горыныча, чудовищ (у школьников к чудовищам добавляются невидимки, скелеты, Черная рука и Пиковая дама (страхи сказочных персонажей); 10) опоздать в детский сад (школу); 11) перед тем, как заснуть; 12) страшных снов; 13) темноты; 14) волка, медведя, собак, пауков, змей (страх животных); 15) машин, поездов, самолетов (страх транспорта); 16) бури, урагана, грозы, наводнения, землетрясения (страх стихии); 17) когда очень высоко (страх высоты); 18) когда очень глубоко (страх глубины); 19) в маленькой, тесной комнате, помещении, туалете (страх замкнутого пространства); 20) воды; 21) огня; 22) пожара; 23) войны; 24) больших площадей; 25) врачей (кроме зубных); 26) крови; 27) уколов; 28) боли; 29) неожиданных, резких звуков (когда внезапно что-то упадет, стукнет).

Распространенность страхов

В качестве единицы отсчета используется среднее число (индекс) страхов от деления суммы всех страхов в том или ином возрасте на число опрошенных детей.

Среднее число страхов достоверно выше у девочек (9,6), чем у мальчиков (7,3 — $p<0,001$), что подтверждает данные о преобладающем числе страхов или большей чувствительности к ним у лиц женского пола (Bamber J., 1979).

В дошкольном возрасте у 346 мальчиков среднее число страхов составляет 8,2; у 352 девочек — 10,3. В школьном возрасте у 732 мальчиков среднее число страхов — 6,9; у 705 девочек — 9,2. Из этих данных следует, что в дошкольном возрасте страхов достоверно больше, чем в школьном, как у мальчиков, так и у девочек. Среднее число страхов по годам отражено в табл. 1.

Таблица 1. Среднее число страхов у детей (по полу и возрасту)

Возраст в годах	Число страхов		Возраст в годах	Число страхов	
	Мальчики	Девочки		Мальчики	Девочки
3	9	7	9	7	10
4	7	9	10	7	10
5	8	11	11	8	11
6	9	11	12	7	8
7*	9	12	13	8	9
7**	6	9	14	6	9
8	6	9	15	6	7

* Дошкольники.

** Школьники.

Из табл. 1 видно, что у детей наибольшая чувствительность к страхам проявляется в 7 лет (у детей, еще не посещающих школу). В немалой степени это объясняется выраженным к этому возрасту страхом смерти и большим количеством связанных с ним страхов. Достоверно значимое уменьшение числа страхов у детей 7 лет, посещающих школу, по сравнению с детьми 7 лет — дошкольниками, — указывает на активирующую роль новой, социальной позиции школьника. Меньше всего страхов в 15 лет, т. е. к началу юношеского возраста.

При разделении детей и подростков (по оценке педагога) на нервных и без видимых проявлений нервности среднее число страхов варьирует в зависимости от пола детей и их возраста. У девочек-дошкольниц страхов достоверно больше в группе нервных, в школьном возрасте различия отсутствуют. У мальчиков в обоих возрастах страхов несколько меньше в группе нервных детей. Следовательно, нервность у девочек-дошкольниц повышает, а у мальчиков любого возраста не оказывает существенного влияния на чувствительность к страху. Связь частых заболеваний и страхов проверялась в дошкольном возрасте. Страхов относительно больше в группе детей, ослабленных частыми соматическими и инфекционными заболеваниями.

Процентное соотношение различных страхов у детей представлено в табл. 2. Условно они разделены на 7 групп: «медицинские» (боли, уколов, крови, врачей и болезней); страхи, связанные с причинением физического ущерба (неожиданных звуков, нападения, транспорта, огня, пожара, стихии, войны); страхи смерти себя и родителей; страхи животных и сказочных персонажей; страхи перед сном, страхи кошмарных снов и темноты; социально опосредованные страхи (людей, родителей, наказания с их стороны, опоздания, одиночества); «пространственные» страхи (высоты, глубины, воды, замкнутого и открытого пространства).

Из табл. 2 видно, что страхи нападения и пожара (у девочек вне возраста), войны и смерти (у девочек вне возраста и мальчиков-школьников), смерти родителей (у мальчиков и девочек вне возраста), сказочных персонажей (у девочек-дошкольниц), опоздать (у девочек-школьниц) и глубины (у девочек-дошкольниц) превышают 50%. У дошкольников (мальчиков и девочек) достоверно чаще встречаются страхи боли, уколов, транспорта, огня, животных, сказочных персонажей, страхи перед засыпанием, страхи темноты, страшных снов, наказания, одиночества, глубины, воды и площадей. В школьном возрасте преобладают страхи войны, смерти родителей и опоздания. Знание возрастной динамики страхов позволяет правильно оценить их «своевременность» в каждом конкретном случае.

Семейная обусловленность страхов

Вначале отметим влияние неполной семьи (20% от общего числа опрошенных). Значительное увеличение числа страхов в их семьях происходит прежде всего у мальчиков в старшем дошкольном возрасте. Отсутствие отца в семье нарушает формирование поведения, соответствующего полу, и психологической защиты от идущих извне угроз. Отчасти это отражается и на девочках, поскольку им также требуется навык защиты себя от опасностей, что наиболее развито в филогенезе у представителей мужского рода.

Таблица 2. Распределение (%) страхов у детей и подростков

Страх	Мальчики		Девочки	
	дошкольники	школьники	дошкольницы	школьницы
Боли	32	18	35	25
Уколов	25	8	31	9
Крови	18	11	19	17
Врачей	16	10	15	14
Болезней	27	29	34	29
Неожиданных звуков	28	28	40	37
Нападения	43	39	57	64
Транспорта	15	9	17	12
Огня	34	21	49	39
Пожара	49	49	58	68
Стихии	37	39	44	50
Войны	44	77	65	86
Смерти	47	55	70	60
Смерти родителей	53	93	61	95
Животных	35	23	48	28
Сказочных персонажей	40	4	55	6
При засыпании	11	3	15	7
Темноты	26	8	14	14
Страшных снов	11	14	39	94
Людей	27	28	29	49
Родителей	8	4	7	4
Наказания	24	12	26	12
Опоздать	18	44	25	53
Одиночества	19	6	27	13
Высоты	26	23	31	27
Глубины	41	17	51	36
Воды	10	4	11	6
Замкнутого пространства	10	6	14	11
Площадей	14	4	18	6

Рассмотрим выраженность страхов в полных семьях. Абсолютное отсутствие страхов представляется, во всяком случае в дошкольном возрасте, скорее, исключением, чем правилом, и достаточно часто служит проявлением органической расторможенности, некритичности и невысокого интеллектуального уровня. Так, у мальчиков, у отцов которых наблюдается алкоголизм, количество страхов достоверно меньше, чем у мальчиков, отцы которых не злоупотребляют алкоголем.

Бесстрашие у этих мальчиков, нередко граничащее с безрассудством и игнорированием опасностей, является в своей совокупности известным барьером невосприятия страха как аффективно переживаемой угрозы для жизни и безопасности. Кроме этого, «профилактика» страхов в данном случае происходит и вследствие расторможенного поведения отца, напоминающего в состоянии алкогольного опьянения тех чудовищ, которых обычно боятся дети. Ребенок как бы привыкает к такому поведению и даже в чем-то подражает ему, после чего ему уже не страшны Бармалеи, Кощеи и другие страшные образы.

У дошкольников количество страхов изучено в связи с проживанием в отдельной или коммунальной квартире, доминированием одного из родителей и отношениями в семье. У детей, живущих в отдельных квартирах, страхов больше, чем у детей из коммунальных квартир, особенно у девочек, различия у которых находятся на достоверном уровне. В коммунальной квартире больше сверстников, возможностей для совместных, эмоционально насыщенных игр, снимающих естественным образом страхи. В отдельных квартирах дети нередко лишены непосредственного контакта друг с другом. У них больше вероятность страхов одиночества и темноты. В первую очередь это относится к единственным детям, в большей степени восприимчивым к страхам родителей.

Мальчики и девочки более боязливы, если считают главной в семье мать, а не отца. Работающая и доминирующая в семье мать часто испытывает нервно-психическую перегрузку, что создает дополнительное напряжение в ее отношениях с детьми, вызывая у них ответные реакции беспокойства. Доминирование матери также указывает на недостаточно активную позицию и авторитет отца в семье, что затрудняет ролевую идентификацию с ним мальчиков и увеличивает возможность передачи беспокойства со стороны матери, если оно имеет место.

Вне связи с доминированием матери, если мальчики старшего дошкольного возраста в воображаемой игре «семья» выбирают роль не отца, как это делают большинство сверстников, а матери, то количество их страхов является наибольшим. Как правило, это говорит о наличии невротической, основанной на беспокойстве, привязанности к матери.

Особую чувствительность в плане страхов старшие дошкольники обнаруживают при наличии конфликтных отношений между родителями. Тогда индекс страхов достоверно выше, особенно у девочек, чем когда отношения родителей оцениваются как дружные, хорошие, без ссор. Заслуживает внимания факт обнаружения у дошкольников из конфликтных семей достоверно более частых страхов животных, стихии, заболевания, заражения и смерти, а также страхов кошмарных снов и родителей. Все эти страхи являются своеобразными эмоциональными откликами на конфликтную ситуацию в семье.

Возрастные особенности

В этом разделе, как и в предыдущих, речь идет о возрастных страхах, т. е. страхах, встречающихся у всех детей определенного возрастного контингента.

Страхи до года. Известны рефлекторные (инстинктивные) реакции новорожденных типа беспокойства в ответ на громкий звук, резкое изменение положения или потерю равновесия (опоры), а также приближение большого предмета (Уайт Б., 1982). В дальнейшем шумы и резкие изменения в окружающей среде вызывают реакции, напоминающие страх (Bowlby J., 1973). Однако собственно о страхе, а не о реакциях беспокойства можно говорить не раньше 6 мес., поскольку он требует определенного когнитивного и перцептуального развития, включая некоторое предвидение уже однажды испытанной опасности (Jersild A., Holmes F., 1935; Gollnitz G., 1962). Беспокойство (тревогу) во второй половине первого года жизни S. Freud (1926) связал с опасностью отделения от объекта (матери) как источника опоры, подчеркнув его дальнейшее влияние на некоторые страхи, в том числе страх одиночества. J. Bowlby (1973) появление подобной тревоги в 7 мес. объяснял природой привязанности ребенка к матери. Страх ребенка 8 мес. в ответ на появление незнакомых лиц расценивается одновременно и как знак отсутствия матери (Spitz R., 1950).

Действительно, как показывают наши наблюдения, некоторые рефлекторные реакции беспокойства типа вздрагивания или оцепенения при резком звуке, внезапной перемене положения присущи уже новорожденным.

С 1,5 мес. возможны реакции беспокойства в ответ на достаточно продолжительный уход матери или шумную обстановку в семье. К 3 мес. ребенок более спокоен дома и только с теми взрослыми, которые любят детей, разговаривают с ними и восхищаются, т. е. ведут себя как мать. Легко передается и беспокойство матери, если она спешит, волнуется, так как меняется ее привычный образ действий и поведения. Как никто из других членов семьи, мать способна и успокоить ребенка нежным, ласковым голосом, поглаживанием, укачиванием. После 6 мес. ребенок не пугается сразу при неожиданном воздействии извне, громком звуке и не плачет, как раньше, а смотрит на выражение лица матери, как бы проверяя ее реакцию. Если она улыбается, давая понять, что ничего не случилось, все хорошо, то ребенок быстро успокаивается. Если мать вместо этого сама испугана, то подобная реакция распространяется и на ребенка, усиливая его чувство беспокойства. Таким образом, реакция матери

является первичным откликом ребенка на опасность.

Беспокойство, испытываемое детьми в 7 и 8 мес. жизни, можно обозначить соответственно как исходные состояния тревоги и страха. Тревога в 7 мес. — это беспокойство в ответ на уход матери, прерывание контакта, отсутствие поддержки, т. е. реакция на разрыв групповых, основанных на привязанности, отношений. Возникающее при этом чувство одиночества порождает ожидание возвращения матери (близкого лица), что может в неблагоприятных условиях закрепляться в жизненном опыте, являясь моделью или прообразом состояния тревоги. Последняя, в свою очередь, мотивирует развитие социальных по своему происхождению страхов отчуждения, неприятия, непризнания и непонимания. Наличие подобной взаимосвязи не исключает других путей формирования указанных страхов, способных проявиться у эмоционально чувствительных детей и детей с развитым чувством ответственности в более старшем возрасте.

Страх посторонних, незнакомых, чужих взрослых в 8 мес. — это проявление собственно страха как состояния аффекта в ответ на конкретную для ребенка угрозу извне. Эмоционально-заостренное неприятие отличных от матери и пугающих ребенка взрослых трансформируется в последующем в угрожающие образы жестоких, бездушных и коварных сказочных чудовищ вроде Бабы Яги, Кощея, Бармалея и т. д. Все они способны отнять жизнь, нанести невосполнимый ущерб, увечье, что составляет резкий контраст с матерью, дающей жизнь, любовь, понимание и поддержку.

Преддошкольный возраст. Изучение страхов у детей до 3 лет проведено посредством дополнительного интервью с 85 матерями.

Страх незнакомых, чужих, уменьшаясь на втором году жизни, проявляется не всегда конкретным страхом некоторых людей (в 50%), будь это нелепо ведущие себя взрослые или несуществующие дяди и тети, способные наказать, а то и увести непослушных детей из дома. При встрече с реальными незнакомыми людьми ребенок середины второго года жизни испытывает некоторое смущение, робость и застенчивость, что, однако, достаточно быстро проходит. Выражен в 1 год и страх врачей — у 40% детей. Это страх не только незнакомых людей, но и страх боли в результате неприятных медицинских манипуляций. Такое же количество детей боится уколов. У 50% детей выражен страх при неожиданных, громких звуках.

О беспокойстве детей, когда они остаются одни (страх одиночества), можно говорить у каждого третьего ребенка, что указывает на повышенную эмоциональную чувствительность и привязанность к родителям.

Одним из ранних выражений инстинкта самосохранения будет неярко звучащий, непостоянный и встречающийся у относительного меньшинства детей страх высоты в начале второго года жизни (при поднятии ребенка на руки), подобно страху глубины (при купании) в возрасте до 1 года.

В 2 года страх одиночества начинает быстрее проходить у мальчиков, в то время как у девочек он сохраняется на прежнем уровне. Наиболее распространенным страхом в данном возрасте является страх наказания со стороны родителей (61% — у мальчиков и 43% — у девочек). Он обусловлен возросшей активностью детей и запретами со стороны взрослых. Если страх темноты остается относительно слабо выраженным в 2 года (как и в 1 год), то страх поездов, самолетов (движущегося транспорта) возрастает, отражая основанные на инстинкте самосохранения и внушенные родителями страхи повреждения, неожиданного воздействия и боли. Получает развитие и страх животных, прежде всего у девочек — 43%, у мальчиков — 22%. Максимальным угрожающим значением в этом возрасте обладает сказочный образ Волка после ознакомления со сказками («Красная Шапочка»), просмотра мультфильмов и историй, рассказываемых в семье. В образе Волка находят воплощение разнообразные страхи двухлетних детей: внезапного и трудно предсказуемого воздействия (нападения), боли (укуса острыми зубами) и даже в аллегорическом виде страх наказания со стороны отца, если он излишне строгий и часто угрожает применением физической силы. Страх Волка также чаще встречается у детей, лишенных общения с отцом, не способным к тому же быть наглядным примером уверенного в себе поведения и защиты от воображаемых опасностей. Нередко в представлении ребенка Волк «реализует свои замыслы» во время сна, что сопровождается двигательным расторможением, криками, пробуждением, т. е. ночным беспокойством или страхами.

Итак, типичными возрастными страхами у детей обоего пола 1—3 лет жизни будут: в 1 год — страхи одиночества, незнакомых взрослых, врачей (медицинских работников), уколов и неожиданных резких звуков (шума); в 2 года — страхи наказания, животных и уколов.

Страхов относительно меньше и они быстрее сходят на нет, если в семье доминирует отец, родители не ведут «войну» с упрямством, т. е. самостоятельностью детей, развивают, а не подавляют

или заглушают тревогой их формирующееся «я», если сами родители уверены в себе и способны помочь ребенку в преодолении воображаемых и реальных опасностей.

Младший дошкольный возраст. Начиная с этого возраста, данные о страхах получены при непосредственном интервью с детьми. В 3 года у мальчиков наиболее часто по сравнению с последующим возрастом представлены страхи сказочных персонажей (50%), высоты (40%), крови (43%), уколов (50%), боли (47%) и неожиданных звуков (43%). Ряд других страхов, несмотря на свою меньшую выраженность, достигает у мальчиков максимума именно в рассматриваемом возрасте: в 3 года — темноты (33%); замкнутого и открытого пространства (27 и 20% соответственно), воды (27%), врачей (23%); в 4 года — одиночества (31%) и транспорта (22%).

У девочек достигают возрастного максимума общие с мальчиками страхи: в 3 года — одиночества (33%), темноты (37%), боли (40%), уколов (41%), в 3 и 4 года — крови (27% в обоих возрастах). Не достигает максимума, но достаточно выражен и страх замкнутого пространства в 4 года (21%).

Данные интервью по всему изученному возрасту 3—16 лет обработаны на ЭВМ с использованием коэффициентов парной корреляции Q и Ф и факторного анализа. Наибольшее число взаимосвязей между страхами отмечается в рассматриваемом младшем дошкольном возрасте, в котором больше всего и двусторонних связей (коэффициент Ф). Максимальная плотность связей между страхами проявляется на фоне выраженного эмоционального развития в данном возрасте. По мере увеличения интенсивности когнитивного (познавательного) развития в старшем дошкольном возрасте количество связей между страхами начинает уменьшаться, достигая минимума в подростковом возрасте. По всему дошкольному возрасту среднее число связей достоверно больше (20,5), чем в школьном (15,0), и в большей степени представлено у девочек.

У мальчиков в младшем дошкольном возрасте выделен фактор страхов [фактор в системе факторного анализа расценивается как устойчивая констелляция каких-либо признаков, в данном случае — страхов, - прим.] с наибольшим удельным весом (111%), в котором максимальной факторной нагрузкой обладают страхи одиночества (0,74) и нападения (0,66). У девочек соответственно — 0,78 и 0,74, но у них фактор, в который включены эти страхи, имеет меньший вес (22%). В данный фактор входит с несколько меньшей нагрузкой, как у мальчиков, так и у девочек, страх сказочных персонажей. Таким образом, в младшем дошкольном возрасте страх одиночества, основанный на диффузном чувстве беспокойства или тревоге, конкретизируется страхом нападения, воплощенным в лице страшных сказочных персонажей. Расшифровка данного сочетания страхов следующая: ребенок, оставшись один, без поддержки родителей, испытывает чувство опасности и инстинктивный страх перед угрожающими его жизни сказочными персонажами.

Дополнительный опрос 326 детей дошкольного возраста на предмет выявления страхов сказочных персонажей показал, что мальчики в 3 года чаще всего боятся Бабы Яги (34%), Кощея (28%) и Бармалея (34%). Девочки, соответственно, чаще боятся тех же персонажей в 4 года — в 50, 42 и 47%. В 4 года у 33% мальчиков и 39% девочек выражен страх Волка. Все эти сказочные образы в известной мере могут отражать страх наказания или отчуждения родителей от детей при недостатке столь существенных в данном возрасте чувств любви, жалости и сочувствия. Тогда Баба Яга может быть непроизвольно ассоциирована с матерью, а Волк, Бармалей и Кощей — с отцом, как это видно из следующих высказываний мальчика 3 лет: «Что ты, мама, на меня ругаешься, как Баба Яга?» и «Мама, а ты не станешь Бабой Ягой?». Обычно дети достаточно активно манипулируют сказочными образами в игре, изображая Бабу Ягу, Волка, Бармалея и весь комплекс связанных с ними агрессивных действий. При участии в играх родителей, особенно отца, подобные страхи быстро сходят на нет, если ребенок сам распределяет роли. Положительный эффект наблюдается также от самостоятельного, но подсказанного взрослым, рисования различных, пока еще трудноразличимых на бумаге, но тем не менее настоящих чудовищ в представлении детей. Страхи преодолеваются быстрее при условии адекватной поддержки со стороны родителей, отсутствия у них самих страхов и тревожности, конфликтов в семье и отклонений в воспитании.

Следует сказать и о выделенной нами типичной для данного возраста триаде страхов: одиночества, темноты и замкнутого пространства. В таком случае ребенок не остается один при засыпании, постоянно зовет мать, в комнате должен гореть свет (ночник) и необходимо, чтобы дверь была полуоткрыта. Беспокойство может проявиться и в связи с ожиданием страшных (кошмарных) снов. Здесь многое зависит от умения родителей не создавать из этих возрастных страхов лишней проблемы, вовремя успокоить детей, нежно поговорить с ними и не настаивать на незамедлительном,

безотносительно к их переживаниям, выполнении своих требований.

Старший дошкольный возраст. Это возраст наибольшей выраженности страхов, что обусловлено не столько эмоциональным, сколько когнитивным развитием — возросшим пониманием опасности. Центральное место занимает страх смерти, максимально выраженный у мальчиков в 7 лет [опрос проводился у детей 7 лет дошкольного и школьного возраста; дошкольники 7 лет обозначаются как дети в возрасте 7 лет, школьники — как дети 7 лет — школьники, - прим.] (62%) и в 13 лет (63%); у девочек — в 6 лет (90%). Увеличивается в старшем дошкольном возрасте, еще не достигая максимума, страх смерти родителей.

Максимально представлен страх животных (42 и38% — в 6 и 7 лет у мальчиков и 62% — у девочек 7 лет), из сказочных — Змея Горыныча в 5 лет и в 3 года у мальчиков (у 27% в каждом возрасте), в 6 лет — у девочек (45,5%).

Из других типичных для возраста страхов следует отметить страх глубины — у мальчиков 6 и 7 лет (47%), у девочек 7 лет (65%); страшных снов — у мальчиков 6 лет (39%), у девочек в 5 (43%), 6 (43%) и 7 лет (42%); страх огня — у мальчиков в 6 лет (39%), у девочек в 5 (55%), 6 (56%), 7 (56%) и в 9 лет (54%).

Нарастает в старшем дошкольном возрасте, сохраняясь на высоком уровне в дальнейшем, страх пожара в 6 и 7 лет у мальчиков (59% и 62%) и в 6 и 7 лет у девочек (79%); страх нападения — в 6 и 7 лет у мальчиков (50%) и в 7 лет у девочек (73%); страх войны — в 6 и 7 лет у мальчиков (59% и 50%), в 7 лет у девочек (92%).

В отличие от мальчиков у девочек в рассматриваемом возрасте подчеркнуты страхи заболеть в 7 лет (46%), наказания в 7 лет (37%), перед засыпанием в 5—8 лет (16—17%) и сказочных персонажей в целом в 5 лет (65%).

По данным факторного анализа страхов у старших дошкольников, в фактор, обладающий наибольшим удельным весом (85% — у мальчиков и 96% — у девочек), вошли все вышеперечисленные общие между ними страхи. Максимальными факторными нагрузками обладают страхи войны (0,71 — у мальчиков и 0,78 — у девочек), своей смерти (0,69 и 0,78 соответственно) и смерти родителей (0,68 и 0,73). У девочек в отличие от мальчиков в ведущий фактор включен страх сказочных персонажей с факторной нагрузкой 0,52, что отражает выраженность данного страха у девочек в старшем дошкольном возрасте.

Связующим звеном страхов у старших дошкольников будет страх смерти. По данным корреляционного анализа, он тесно связан со страхами нападения, заболевания, смерти родителей, страшных снов, темноты, сказочных персонажей, животных, стихии, огня, пожара и войны. Все эти страхи имеют своей мотивацией угрозу для жизни, если не прямую, то связанную со смертью родителей, появлением в темноте и снах чудовищ. Нападение со стороны кого-либо (в том числе животных), равно как и болезнь, могут обернуться непоправимым несчастьем, увечьем, смертью. То же относится к буре, урагану, наводнению, землетрясению, огню, пожару и войне — как непосредственным угрозам для жизни.

В старшем дошкольном возрасте нередко возникают вопросы вроде: «сколько лет жил твой папа, мама?», «зачем люди живут?», «откуда все взялось?» и заклинания: «не хочу быть старушкой, а хочу быть все время девочкой» и т. д. Подобные фразы говорят о развитии абстрактного мышления, способности к обобщениям, предвосхищению событий, понимании категорий времени и пространства. Возникновение страха смерти означает осознание необратимости происходящих возрастных изменений. Ребенок начинает понимать, что взросление на каком-то этапе знаменует собой смерть, неизбежность которой вызывает беспокойство как эмоциональное неприятие рациональной необходимости умереть. Предстоящему «концу» предшествует в младшем дошкольном возрасте осознание «начала» — понимание своего рождения, появления на свет, начала всех начал — жизни.

Страх смерти чаще встречается у детей, у которых обнаруживаются в 8 мес. страхи незнакомых лиц, а также некоторая осторожность и предусмотрительность при начале ходьбы. В дальнейшем от них не нужно прятать спички, поскольку они боятся (опасаются) огня и пожара. Обращает на себя внимание и страх высоты в преддошкольном возрасте. Эти дети не съезжают с горки, быстро усваивают предосторожности, например, не подходить к открытому окну, не стоять на краю обрыва и т. д. Все это — проявление инстинкта самосохранения, который обостряется у физически, соматически и нервноослабленных детей. О том же говорят страхи нападения, болезни, смерти родителей, страшных снов, стихии, огня, пожара и войны. Они связаны со страхом смерти во всем возрастном интервале 3—16 лет, как у мальчиков, так и у девочек.

Страх смерти в младшем дошкольном возрасте олицетворяет уже упоминавшийся страх перед Бабой Ягой и Кощеем. Некрофильный, противостоящий жизни характер этих персонажей, угрожающих разлучить ребенка с матерью или расправиться с ним, носителей зла и жестокости представляет контраст жизнеутверждающему, созидательному и доброму началу в человеке, воплощенному в лице матери и отца. В старшем дошкольном возрасте угроза для жизни ассоциируется с таким сказочным персонажем, как Змей Горыныч. Страх перед ним, поднимаясь из глубин подсознания, внезапно овладевает воображением ребенка, отождествляясь, как и в давние времена, с похищением людей, с испепеляющим все вокруг огнем и пожаром. И вне этого страхи огня и пожара получают свое развитие в старшем дошкольном возрасте, будучи одним из проявлений страха смерти. О последнем косвенно могут говорить также страхи Волка в младшем дошкольном и Крокодила — в старшем дошкольном возрасте.

В младшем школьном возрасте образ Бабы Яги трансформируется в образ Пиковой дамы, страх перед роковым, фаталистическим значением которой больше всего представлен у девочек, сообщающих друг другу «ужасные» подробности ее небывалых, леденящих кровь способностей. У мальчиков подобным значением обладает скелет — все, что осталось от Кощея Бессмертного, ставшего, таким образом, смертным. У них же выражен и страх Черной руки — вездесущей руки мертвеца, ассоциированной с черным, высохшим от злости, скупости, зависти и злорадства Кощеем. Начиная со старшего дошкольного возраста, у мальчиков и девочек представлен и страх чертей (в 22%) как представителей потустороннего мира, нарушителей социальных правил и сложившихся устоев. В младшем школьном возрасте и в начале подросткового на фоне повышенной внушаемости, достигающей максимума в 10 лет, появляются страхи покойников, Вурдалака, Вия, Дракона, Всадника без головы, космических пришельцев, роботов и т. д. Большей частью подобные персонажи аффективно воздействуют на воображение детей перед сном и во время его после чтения книг, просмотра кинофильмов, рассказов сверстников. Таким образом, время перед засыпанием, темнота и сон образуют своего рода замкнутое психологическое пространство, населенное у эмоционально чувствительных и впечатлительных детей пугающими образами из противостоящего жизни мира.

Отмеченные особенности в происхождении страха смерти и его влияние на другие страхи позволяют правильно оценить психологический вес этого базисного страха, не допуская как его переоценки, так и игнорирования обусловленных им возрастных проблем развития.

Младший школьный возраст. Дальнейший рост самосознания в данном возрасте связан прежде всего с новой социальной позицией школьника. Социальная активность личности проявляется формированием чувства ответственности, долга, обязанности, всего того, что объединяется понятием «совесть» как совокупности нравственно-этических, моральных основ личности. Переживание своего соответствия групповым (коллективным) стандартам, правилам, нормам поведения сопровождается выраженным чувством вины при мнимых или реальных отклонениях, что, впрочем, уже становится заметным и в старшем дошкольном возрасте. Поэтому, несмотря на общее уменьшение количества страхов, одним из ведущих страхов в рассматриваемом возрасте будет страх опоздания в школу (68% — у мальчиков в 10 лет; 91 и 92% — у девочек в 8 и 9 лет). В более широком плане страх опоздать означает не успеть, боязнь заслужить порицание, сделать что-либо не так, как следует, как принято. Большая выраженность этого страха у девочек не случайна, поскольку они раньше, чем мальчики, обнаруживают принятие социальных норм, в большей степени подвержены чувству вины и более критично (принципиально) воспринимают отклонения своего поведения от общепринятых норм. Социоцентрическая направленность личности, возросшее чувство ответственности проявляется и в нарастании страха смерти родителей (у 98% мальчиков и 97% девочек в 9 лет). Соответственно «эгоцентрический» страх смерти себя, продолжая еще быть относительно выраженным у мальчиков, заметно уменьшается у девочек. Связанные со страхом смерти страхи нападения, пожара и войны выражены так же интенсивно, как и в старшем дошкольном возрасте.

Специфика страхов у младших школьников обусловлена и развитием так называемого магического настроя — веры (и вытекающей из нее боязни) в несчастливые цифры, дни, черную кошку, Пиковую даму и т. д. Более широко это — страх несчастья, беды, рокового (фаталистического) стечения обстоятельств, т. е. всего того, что потом получает развитие в страхах перед судьбой, роком, таинственными явлениями, предсказаниями, включая положение звезд на небе и т. д. Подобные страхи, опасения, предчувствия являются отражением зарождающейся тревожности, мнительности, как и типичной для младшего школьного возраста внушаемости.

Подростковый возраст. Ведущими страхами в этом возрасте являются страхи смерти родителей

практически у всех мальчиков (к 15-летнему возрасту и всех девочек к 12-му году жизни) и страх войны (90% — в 13 лет у мальчиков и 91% — в 12 лет у девочек). Оба страха тесно связаны между собой, поскольку война несет в себе реальную угрозу смерти родителей. Другая группа выраженных и опять же взаимосвязанных страхов — это страхи собственной смерти (63% — в 13 лет у мальчиков и 70% — в 11 лет у девочек), нападения (54% — в 13 лет у мальчиков и 70% — в 11 лет у девочек), пожара (52% — в 10 лет у мальчиков, 80 и 79% — в 10 и 11 лет у девочек). Таким образом, начиная со старшего дошкольного возраста, большинство детей боятся своей смерти и смерти родителей, нападения, пожара и войны. У мальчиков в подростковом возрасте достигает максимальной выраженности страх заболеть (а также заразиться — у 39% в 13 лет); у девочек — страхи стихии (у 52 и 50% в 11 и 12 лет), высоты (у 45% в 14 лет) и замкнутого пространства (у 35% в 14 лет). Не достигают максимума в данном возрасте, но достаточно выражены у девочек страхи животных (у 51% в 14 лет), глубины (у 50% в 11 лет) и опоздания (у 70% в 10 и 11 лет).

У девочек подростковый возраст более насыщен страхами, чем у мальчиков, отражая их большую склонность к страхам вообще. Тем не менее среднее число всех страхов как у них, так и у мальчиков заметно уменьшается в подростковом и младшем школьном возрасте по сравнению с дошкольным.

Заслуживают внимания данные факторного анализа страхов по всему изученному возрасту от 3 до 16 лет. В факторе, обладающем наибольшим весом (61% у мальчиков и девочек), максимальные факторные нагрузки у страха перед засыпанием и страха темноты. Очевиден универсальный характер этих страхов, являющихся своеобразным фоном или условием для проявления других страхов, в том числе сказочных персонажей и чудовищ.

Ранее мы приводили определение страха как аффективно-заостренного восприятия угрозы для жизни, самочувствия и благополучия человека. Восприятие угрозы для жизни основано преимущественно на инстинкте самосохранения, а угрозы для благополучия — на социальном опыте межличностных отношений. Угроза для самочувствия основана как на инстинкте самосохранения, так и на социальном опыте. Условно можно отметить преобладание в дошкольном возрасте страхов, исходящих из инстинкта самосохранения (так называемых «природных» страхов), в то время как в подростковом возрасте нарастает удельный вес социальных, межличностных по своему характеру страхов. Младший школьный возраст является, таким образом, переходным в отношении указанных двух видов страхов.

С целью более полного выявления межличностно обусловленных страхов проведено дополнительное интервью с 620 подростками 10-16 лет. Анкета из 176 утверждений охватывала широкий круг вопросов, связанных не только со страхами, но и с опасениями, тревожностью, эмоциональной чувствительностью, отношениями в семье, среди сверстников, интересами и т. д. В нескольких классах осуществлялся опрос о предпочтении подростками друг друга как при воображаемом совместном выполнении общественного поручения, так и при праздновании дня рождения.

«Природные» страхи (30 пунктов) включали страхи заболеть, смерти себя и родителей, сказочных персонажей, перед засыпанием, темноты, животных, движущегося транспорта, стихии, высоты, глубины, воды, замкнутого пространства, огня, пожара, крови, уколов, боли, врачей, неожиданных звуков и т. д. Межличностные страхи (51 пункт) — это страхи одиночества, некоторых людей, наказания, войны, сделать что-либо не так, не то, не успеть, опоздать, не справиться с порученным делом, не совладать с чувствами, потерять контроль, быть не собой, насмешек, осуждения со стороны сверстников и взрослых и т. д.

Как и следовало ожидать, «природные» страхи максимально выражены в 10 лет у мальчиков и девочек (у мальчиков также в 11 лет). Межличностные страхи, наоборот, достигают своего максимума в 15 лет у мальчиков и девочек. Мы видим своеобразный перекрест рассматриваемых страхов в подростковом возрасте, уменьшение «природных» — инстинктивных в своей основе и увеличение «социальных» — межличностно обусловленных. По сравнению с мальчиками у девочек большее число не только «природных» страхов, о чем уже говорилось раньше, но и «социальных». Это не только подтверждает большую боязливость девочек, но и указывает на более выраженную у них тревожность по сравнению с мальчиками, поскольку в «социальных» страхах преобладает тревожный регистр личностного реагирования. Для уточнения этих данных использована специально разработанная шкала тревожности, состоящая из 17 утверждении типа: «Часто ли тебя охватывает чувство беспокойства в связи с какими-либо предстоящими событиями?»; «Беспокоит ли тебя, что ты в чем-то отличаешься от

сверстников?»; «Волнует ли тебя будущее своей неизвестностью и неопределенностью?»; «Трудно ли тебе переносить ожидание контрольных и ответов?»; «Часто ли у тебя от волнения перехватывает дыхание, появляется комок в горле, дрожь в теле или красные пятна на лице?»; «Имеешь ли ты обыкновение собираться раньше большинства твоих сверстников?» и т. д. Выяснилось, что тревожность, как и «социальные» страхи, достигает своего максимума у мальчиков и девочек в 15 лет, т. е. к концу подросткового возраста, причем у девочек тревожность достоверно выше, чем у мальчиков. Нарастание «социальных» страхов, равно как и тревожности, является одним из критериев формирования самосознания личности у подростков, повышающейся чувствительности в сфере межличностных отношений.

Отдельно рассмотрена возрастная динамика смешанного, но с преимущественно социальным оттенком, страха «быть не собой». После некоторого уменьшения в 11 лет он возрастает до 14 лет у девочек (пик в 13 лет — 65%) и непрерывно — до 16 лет у мальчиков (пик в 15 лет — 83%), подчеркивая выраженную у подростков потребность самоактуализации, сохранения своеобразия личности, ее неповторимости и самобытности.

Следует заметить, что в 12 лет у мальчиков выявлены наиболее низкие показатели по таким шкалам рассматриваемого вопросника, как «эмоциональная чувствительность», «природные» и «социальные» страхи. У девочек наименее выражен в этом же возрасте страх смерти. Снижение эмоциональной чувствительности и обусловленное этим уменьшение количества страхов, прежде всего у мальчиков, объясняется началом периода полового созревания и свойственным ему заострением возбудимости, негативности и агрессивности. Последнее подтверждает и другой специально направленный опрос 800 школьников 7—16 лет. Следовательно, чем больше выражен уровень агрессивности, тем меньше страхов, и, наоборот, чем больше страхов, тем меньше способность к причинению другим физического, а часто и морального ущерба.

По данным корреляционного анализа, отсутствие эмоционально теплых, непосредственных отношений с родителями у младших подростков или конфликтные отношения с ними у старших подростков существенным образом влияют на увеличение страхов, прежде всего в сфере межличностных отношений. Больше страхов, особенно у старших подростков, и при конфликте родителей между собой. При низком взаимопонимании между родителями девочки в большей степени, чем мальчики, реагируют увеличением страхов, т. е. отчужденные отношения в семье воспринимаются девочками более травмирующе и нередко способствуют, к тому же, снижению настроения. Таким образом, межличностная напряженность и низкое взаимопонимание в семье увеличивают число страхов у подростков, подобно тому, как это происходит в старшем дошкольном возрасте. В свою очередь, большое число страхов понижает уверенность в себе, без которой невозможны адекватная самооценка, личностная интеграция и принятие себя, претворение планов в жизнь и полноценное общение со сверстниками. Это подтверждают данные социометрического опроса. При значительном числе страхов имеет место неблагоприятное положение подростка в коллективе, малое число выборов со стороны сверстников, особенно того же пола, т. е. низкий социометрический статус.

Страхи при неврозах

Страх — одно из ведущих клинических проявлений при неврозах (Немчин Т. А., 1965). Невротическим можно определить страх, который или не оправдывается конкретной угрозой, или не соответствует ей по степени значимости, но всегда имеет определенную психологическую подоплеку своего происхождения (мотивацию). Невротический страх в виде общей боязливости, страха ожидания лежит в основе невроза страха (в оригинале у 3. Фрейда — невроза тревоги). Классической моделью невротического страха являются также фобии. В отличие от невротического реальный страх возникает при конкретной внешней опасности, являясь выражением инстинкта самосохранения (Фрейд 3., 1922). Страхов больше при наличии у подростков высоких показателей по шкале невротизации (Bamber J., 1979). Вначале мы проведем сравнение страхов при неврозах и в норме безотносительно к их характеру. Если окажется, что в каком-то возрасте страхи достоверно преобладают при неврозах, это дает возможность подчеркнуть не только их возрастной, но и типичный для неврозов характер. При отсутствии различий можно говорить, как и раньше, о возрастном характере страхов, даже несмотря на невротическое заболевание. Затем будут рассмотрены собственно невротические страхи, мотивация которых отражает характерные для определенного возраста проблемы формирования личности.

Навязчивые формы страха — фобии — не рассматриваются, поскольку они достаточно полно освещены в литературе.

Сравнение страхов при неврозах (у 143 детей) и в норме (у 1520) проводилось и в возрастном диапазоне от 5 до 13 лет. У мальчиков при неврозах и в норме (в скобках) среднее число страхов в старшем дошкольном, младшем школьном и подростковом возрасте, соответственно, 12,8 (8,1) — 12,9 (6,6) — 10,2 (7,2); у девочек — 16,3 (10,9) — 13,1 (9,9) — 12,0 (9,2). Таким образом, страхов при неврозах во всех возрастах достоверно больше, чем в норме, что подчеркивает повышенную чувствительность к страхам при неврозах, их большую выраженность и аффективную заряженность.

В старшем дошкольном возрасте достоверно более высокие показатели при неврозах имеют страхи одиночества, нападения (в последнем случае — только у мальчиков), болезни, смерти (мальчики), смерти родителей, сказочных персонажей, опоздания (мальчики), страшных снов (девочки), темноты (мальчики), животных, стихии, глубины, огня, пожара (мальчики), войны и открытого пространства (площадей). В младшем школьном возрасте при неврозах достоверно преобладают страхи одиночества, наказания, сказочных персонажей (мальчики), опоздать (девочки), перед засыпанием, страшных снов, темноты, животных, транспорта (мальчики), стихии, высоты, глубины, огня, пожара, врачей (мальчики), уколов (мальчики), боли (мальчики), неожиданных звуков. В младшем подростковом возрасте достоверно более выражены страхи одиночества, нападения (мальчики), наказания (мальчики), опоздать (мальчики), перед засыпанием и страшных снов (мальчики), темноты, животных, неожиданных звуков (мальчики).

В старшем дошкольном и младшем школьном возрасте у мальчиков и девочек достоверно чаще, чем в норме, встречаются страхи стихии, огня и глубины, отражая подчеркнутый в этих возрастах страх смерти. Обращают внимание достоверно более выраженные, чем в норме по всем возрастам, страхи одиночества, темноты и животных (за исключением отдельно взятого страха темноты у девочек старшего дошкольного возраста). Таким образом, эти страхи можно считать наиболее часто встречающимися (типичными) при неврозах.

У 45 детей при неврозах страхи сопоставлены со страхами у родителей в детстве и в настоящее время. Из общих страхов выделяется страх одиночества, как по линии матери (60% у мальчиков и 40% у девочек), так и по линии отца (40 и 53% соответственно). Страх одиночества означает аффективное неприятие социальной изоляции, страх быть только собой, лишиться признания и поддержки среди значимых других. Другими словами, это — страх потери конгруэнтности (совместимости) с себе подобными — людьми, играющими существенную роль в системе ценностных ориентации человека. Если страх одиночества подчеркивает социальную направленность личности детей с неврозами и их родителей, то два других общих для семьи страха неожиданных звуков и боли являются выражением, с одной стороны, инстинкта самосохранения, а с другой — повышенной рефлекторной возбудимости и эмоциональной чувствительности, нередко невропатической природы. У мальчиков и девочек по линии матери (у девочек — и по линии отца) относительно чаще других страхов наблюдаются общие страхи темноты и животных. В историческом аспекте происхождение этих страхов имеет инстинктивный характер, поскольку мать, оставшись одна, испытывала страх за своих детей при наступлении темноты и возрастающей опасности нападения со стороны животных. У мальчиков также заметны общие с матерью страхи смерти себя и родителей, у девочек — страхи наказания и стихии.

Несмотря на общность в семье перечисленных страхов, они не имеют однозначно генетического характера своего происхождения. Скорее, эти страхи указывают на конституционально общий тип нервно-психического реагирования, заостренный инстинктом самосохранения, эмоциональной чувствительностью и социальной направленностью формирования личности. Вместе с тем общность наиболее выраженных семейных страхов одиночества, темноты, животных, боли и неожиданных звуков подчеркивает большую вероятность их индукции (наведения) на детей в результате непроизвольного обучения (примера) со стороны родителей. Так, если они боятся остаться одинокими, то испытывают повышенное беспокойство при отсутствии детей рядом, чрезмерно опекая их. Если родители боятся боли, то они опасаются нередко в большей степени, чем сам ребенок, любых медицинских процедур и угрозы физического повреждения при играх и самостоятельном времяпрепровождении. Риск психического заражения страхами всегда выше при эмоциональном влечении детей к родителям (в младшем дошкольном возрасте), стремлении идентификации с ними (в старшем дошкольном), а также в возрасте максимальной внушаемости в 10 лет.

По оценкам родителей, дети первого года жизни, до заболевания неврозом, обнаруживают большее беспокойство, когда остаются одни, чем при перемене обстановки (с нормой различия в обоих

случаях как тенденция). Если частота вздрагиваний, испугов у детей до 1 года такая же, как и в норме, то в последующие годы жизни пугливость у детей, заболевающих неврозами, достоверно преобладает над пугливостью в норме ($p<0,001$ у мальчиков и девочек). Эти данные подтверждают вывод о прогрессирующем прижизненном развитии страхов под влиянием как индукции (обучения) со стороны родителей, так и психотравмирующих обстоятельств.

Возраст родителей, точнее их жизненный опыт, также оказывает влияние на развитие страхов у детей. Среднее число страхов, особенно у девочек молодых родителей (до 30 лет), достоверно больше, чем у родителей от 30 до 40 лет и старше. Более молодые родители, как правило, менее опытны в воспитании, чаще прибегают к угрозам и физическим наказаниям.

Выраженность страхов у детей сопоставлена с данными по вопроснику Айзенка у родителей (133 матерей и 97 отцов). У детей с более высоким средним числом страхов родители не интровертированы, а, наоборот, более экстравертированы, особенно отцы. Как правило, общительные и тем более эмоциональные родители более непоследовательны в поступках и склонны к различного рода преходящим угрозам в адрес ребенка. Нейротизм у матерей не влияет на количество страхов у детей, поскольку прямо не отражает характерного для этих матерей беспокойства. В отличие от матерей, чем выше нейротизм у отцов, тем больше страхов у детей (у мальчиков — на достоверном уровне). Нервный отец не может стабилизировать кризисные ситуации в психическом развитии детей, служить для них источником безопасности и защиты, как и быть примером спокойного и уверенного поведения. Это затрудняет позитивную идентификацию мальчиков с отцом, общение со сверстниками того же пола и имеет своим следствием нарастание страхов как неспособности обеспечить необходимый уровень психологической защиты.

С целью обнаружения клинических и личностных особенностей у родителей боящихся и не боящихся детей использован также *вопросник MMPI (у* 86 матерей и 68 отцов). В профиле матерей и отцов боящихся детей достоверно более выражена 8-я шкала. Эти родители недостаточно эмоционально отзывчивы, соблюдают излишнюю дистанцию в отношениях. Наблюдения подтверждают их определенный формализм в отношениях с детьми, отсутствие непосредственности, эмоциональной близости и контакта. Подобная угроза отчуждения родителей у эмоционально чувствительных детей способствует заострению чувства беспокойства и страхов. Помимо 8-й шкалы, у матерей боящихся детей достоверно более приподняты 2-я, 4-я и 0 шкалы. Это означает, что у них в большей степени представлены такие характеристики, как чувство беспокойства, моральный дискомфорт, сниженный фон настроения, чувство внутренней неудовлетворенности, пессимистическая оценка перспективы (2-я шкала), импульсивность и конфликтность, трудности во взаимоотношениях с окружающими (4-я шкала). Затруднения в установлении контактов, межличностных отношениях подчеркивает и 0 шкала. У отцов боязливых детей, кроме достоверно приподнятой 8-й шкалы, отмечаются выраженные подъемы по 2-й, 4-й и 6-й шкалам. Подъем по 6-й шкале указывает на наличие недоверчивости, подозрительности и нетерпимости, склонность к образованию ситуационно обусловленных сверхценных идей (паранойяльный настрой). Таким образом, личность родителей детей, испытывающих большое количество страхов, изменена более значительно, чем личность родителей детей с меньшим числом страхов. Эти изменения касаются главным образом эмоционально-депримированного фона настроения, конфликтности, склонности к соблюдению излишней дистанции в отношениях. К перечисленному следует добавить у матерей снижение побудительной активности и затруднения в межличностных контактах; у отцов — недоверчивость и подозрительность.

Сравнение профиля у матерей при неврозах страха у детей и остальных неврозах показывает достоверно высокие различия по 4-й шкале, т. е. матери боязливых детей более импульсивны и конфликтны, у них больше проблем в отношениях с окружающими.

Помимо профиля, анализировался ряд дополнительных шкал MMPI. У матерей девочек и отцов мальчиков с неврозом страха по сравнению с родителями детей с другими неврозами достоверно более выражены такие шкалы, как тревожность, зависимость, общая личностная изменчивость (нестабильность), повышенный контроль за окружающим и плохая приспособляемость. Наличие этих характеристик подчеркивает большее патогенное влияние на детей в плане страхов со стороны родителя того же пола, с которым обычно идентифицирует себя ребенок.

Страхи при неврозах не только преобладают в суммарном выражении, но и более аффективно насыщены по сравнению с нормой. Невротические страхи могут часто встречаться в том возрасте, в котором они еще не свойственны или уже должны пройти. К тому же эти страхи более часто, чем в норме, отражают наличие аналогичных страхов у родителей, повышенную чувствительность и

впечатлительность детей, их беззащитность. Страхи при неврозах более тесно связаны с переживаниями детей, конфликтами в семье и неудачами в общении. Питательной почвой для них будут эмоциональная ранимость, склонность к беспокойству, неуверенность в себе и отсутствие адекватной психологической защиты. Тогда страхов больше и они менее склонны к естественному для того или иного возраста угасанию.

Значительное количество страхов, переходящее границы старшего дошкольного возраста, указывает на развитие под влиянием травмирующего опыта тревожности, приобретающей характер опасений, предчувствий и тревог в собственном смысле этого слова. О тревожности могут говорить положительные ответы на три вопроса одновременно: о наличии страха опоздания, страха сделать что-либо не так, не то из страха не успеть (не закончить вовремя). В младшем школьном возрасте тревожность может сопровождаться навязчивыми опасениями, свидетельствуя о недоверии к себе и неуверенности, т. е. о непрочности «я», его внутренней противоречивости. В подростковом возрасте появляются все более частые колебания в выборе решения, сомнения в правильности своих действий. Так формируется тревожно-мнительный настрой при неврозах. Подобный настрой еще не является устойчивым характерологическим образованием, изменяясь в ту или иную сторону под влиянием конкретных жизненных обстоятельств и психотерапевтического вмешательства. Одновременно с развитием тревожно-мнительного настроя заметно уменьшается количество страхов за счет их кристаллизации и навязчивого прорастания в виде фобий. Последние представляют характерный пример так называемых невротических страхов, имеющих качественно новое патологическое звучание в клинической картине невроза.

К невротическим можно отнести и страхи, вырастающие из аффективно заостренных проблем личностного развития и являющиеся одними из ведущих мотиваций внутреннего или психологического конфликта при тех или иных нозологических формах невроза.

В младшем дошкольном возрасте невротической разновидностью будет *страх «быть никем»,* основанный на выраженной в этом возрасте потребности в эмоциональном признании и поддержке со стороны близких для ребенка лиц, к которым он привязан. Страх «быть никем», не представлять, не значить в оценках и отношениях окружающих имеет своим источником характерный для данного возраста страх одиночества, т. е. эмоциональной и социальной изоляции. Это страх быть отвергнутым, лишиться поддержки, быть ни с кем, наедине со своими беспокоящими (волнующими) проблемами, опасениями и страхами, от которых нет защиты и которые нарушают внутреннюю целостность, чувство своей ценности, уверенность в своих силах и возможностях. Беспокойство ощущается наиболее остро, когда ребенок остается один, в темноте и в замкнутом пространстве комнаты, как это бывает при засыпании. Тогда охватывающее его чувство бессилия, страха, ужаса перед воображаемыми чудовищами есть не что иное, как остро переживаемое чувство беззащитности в ответ на отсутствие поддержки со стороны взрослых, не способных «убить Волка», «прогнать Бабу Ягу», как и развеять другие страхи, успокоить, отвлечь внимание. То же относится к страшным сновидениям, от которых ребенок не может защититься сам, без помощи взрослых, и которые часто отражают дефицит его потребностей в эмоциональном контакте, признании и поддержке в семье.

Лежащий в основе страха «быть никем» страх одиночества сопровождается аффективно заостренной и нередко навязчивой потребностью в присутствии рядом взрослых, повышенном внимании с их стороны.

Как мы уже видели, страхи у детей часто представляют вторичные образования относительно страхов родителей или их неадекватного, исходящего из неблагоприятных личностных особенностей, отношения к детям. Действительно, страх «быть никем» чаще встречается у детей гиперопекающих и эгоцентричных родителей, создающих искусственную (формализованную) и аффективно напряженную среду в отношениях избыточными запретами, моральными предписаниями и подчеркнутой принципиальностью, равно как и чрезмерную, основанную на страхе одиночества зависимость детей от себя и своего настроения. Эти же родители часто не обеспечивают необходимого тепла и любви во взаимоотношениях с детьми, требуя в то же время беспрекословного подчинения и беззаветных проявлений чувств любви и признания. Таким образом, они, в первую очередь матери, требуют от детей больше, чем могут дать сами в плане эмоциональной отзывчивости и поддержки.

Страх «быть никем» максимально представлен при истерическом неврозе, являясь одной из центральных мотиваций его внутреннего конфликта.

В старшем дошкольном возрасте формируется другая разновидность невротического страха — *страх «быть ничем»,* т. е. не быть, не существовать. Источник этого страха — страх смерти,

распространенный в норме и при неврозах. При последних он встречается уже в 5 лет, подчеркивая более выраженный, чем в норме, и аффективно заостренный инстинкт самосохранения.

Клиническим проявлением страха «быть ничем» будет невроз страха, при котором страхов больше, чем в норме, они более аффективно заряжены и играют существенную роль в переживаниях детей с ведущей фабулой, «а вдруг что-нибудь произойдет, случится». Ребенок старшего дошкольного возраста при неврозе страха боится не столько смерти как таковой, сколько всего того, что может привести к непоправимому несчастью, беде, необратимым физическим изменениям. Временами это выражается доминирующими в сознании ребенка страхами нападения, болезни, страшных снов, глубины, темноты, сказочных персонажей, животных, стихии, огня и пожара, войны. Некоторые из этих страхов приобретают навязчивый оттенок с активным избеганием всех связанных с ними тем. Это присуще идущим из более раннего возраста страхам Бабы Яги и Кощея, как и свойственным возрасту страхам Змея Горыныча, Динозавра, огня и пожара. В младшем школьном возрасте это — Пиковая дама и Черная рука. Больше при неврозе страха и ранних психических травм, связанных с пребыванием в больнице, тяжелой болезнью, операциями, смертью близких и знакомых, испугами со стороны животных, при падении и во время сна. Как правило, не только дети, но и родители аффективно тревожно фиксируют эти события, ожидая их повторения в дальнейшем. Существенное значение в повышении уверенности в себе, обеспечении адекватной психологической защиты и тем самым уменьшении количества страха принадлежит отцу. Однако при неврозе страха всегда существуют проблемы в ролевой идентификации с ним у мальчиков или в эмоциональном контакте у девочек. И здесь речь может идти не только о недостаточной роли отца в семье, мягкости его характера, но и жестоком обращении с детьми, постоянно испытывающими чувство страха перед угрозой физических расправ.

Два примера иллюстрируют сказанное. В первом из них мать обратилась с жалобами на страхи у дочери 5 лет, панически боящейся смерти родителей, Змея Горыныча, пожара, войны, Бабы Яги, Кощея и, как выразилась мать, прочей «нечистой силы». Помимо этого, девочка легко расстраивалась, плакала и обижалась, уставала и плохо спала. На приеме она выглядела грустной, подавленной, неуверенной в себе. О своих страхах говорила шепотом, как бы доверяя врачу «страшную тайну». После беседы мы предложили нарисовать страхи дома и принести через неделю на прием. Девочка выполнила задание, нарисовав все страхи, кроме Кощея, что было пока для нее непосильной задачей. Рисование страхов дома и обсуждение на приеме ослабило их аффективную насыщенность (эффект психологической десенсибилизации). Но нас заинтересовал отказ нарисовать Кощея. Выяснилось, что несколько месяцев назад отец жестоко физически наказал дочь за невыполнение его требований. Проявив таким образом бессердечие, он непроизвольно ассоциировался с жестоким, бездушным Кощеем, страх перед которым парализовал воображение девочки даже при попытках его изображения на рисунке. Мы провели беседу с отцом, указав на недопустимость подобных наказаний, повышающих и так высокий уровень страхов у дочери. Но и мать, инженер по специальности, излишне рационально подходила к решению эмоциональных проблем дочери, без конца давая ей советы, рекомендации. Она часто навязывала дочери готовый план действий и чрезмерно принципиально, нередко с угрозами, реагировала на любые отклонения от него. Неудивительно, что подобный формализм матери способствовал образованию по ассоциации у дочери страха Бабы Яги. Увидев эффект от рисования страхов, мать заговорила о старшем сыне 7 лет, который, подражая сестре, сам стал рисовать свои страхи: врача-хирурга (ему предстояла операция), черта, духа, Когтистую руку (наподобие Черной руки), скелета (отражение его прежнего страха Кощея), смерти родителей (как и сестра, изобразил две могилки с крестами, что является типичным для детей и даже подростков не только с неврозами, но и в норме, отражая сложившийся веками стереотип представления о смерти). Когда мы поинтересовались источниками страхов у обоих детей, мать заговорила о себе. Она уже в течение 10 лет испытывает безотчетный страх смерти, плохое самочувствие, усталость, тревогу, боли в области сердца и желудка, сопровождающиеся иногда тошнотой и рвотой. Как и детей, ее беспокоит нарушенный сон с внезапными пробуждениями в состоянии тревоги и страха. Толчком для развития болезненного состояния (невроза страха, согласно нашему диагнозу) послужили волнения, связанные с защитой диплома в институте, последующая перегрузка на работе, серия ОРВИ. Все это происходило на фоне постоянных неудовлетворительных отношений с мужем. После рождения детей увеличилась нервно-психическая нагрузка, а вместе с ней чувство тревоги и страха за свою жизнь и жизнь детей. В этих условиях она не могла быть непосредственной и жизнерадостной в отношениях с детьми, непроизвольно способствуя своим болезненно-тревожным состоянием появлению у них подобных расстройств. Здесь срабатывает

типичный для невроза страха эффект двойной индукции, или наведения, страхов: психологическое заражение детей страхами матери (особенно при ее невротическом состоянии) и обратное неблагоприятное влияние развившихся страхов у детей на психическое состояние матери. Ввиду конфликта с мужем мать не могла рассчитывать на его помощь, неосознанно отражая в отношениях с детьми, в первую очередь с дочерью, свои неотреагированные эмоциональные проблемы и чувство беспокойства. Вместе с физической расправой отца это заострило у дочери чувство беззащитности, возрастной страх смерти и другие страхи.

Во втором случае речь пойдет о мальчике 7 лет также с диагнозом «невроз страха». Обладая повышенной возбудимостью, он предъявлял большое количество страхов с ведущим страхом Черной руки. Из-за этого долго не мог заснуть вечером, просил мать побыть рядом, беспокойно спал, временами вздрагивал во сне. Мать много волновалась при беременности, сдавая экзамены в институте. Тем не менее мальчик был достаточно спокойным вначале. После перенесенной операции по поводу водянки яичка в 10 мес. стал беспокойным, что усилилось пребыванием в 12 мес. в больнице, когда болел пневмонией. В 4—5 лет неоднократно отмечались приступы ложного крупа. Временами обмачивался ночью, особенно перед каким-либо простудным и инфекционным заболеванием. В семье был постоянный и все усиливающийся конфликт между тревожно-мнительной с истерическими чертами характера матерью и жестким, повышенно принципиальным отцом. На этом фоне нарастали возбудимость и эмоциональная неустойчивость мальчика. После разрыва отношений между родителями в 5 лет остался с матерью и еще более тревожной бабушкой, всемерно ограничивающей природно-высокую активность внука и везде его сопровождающей. К 6 годам появились тики, говорящие о высоком нервно-психическом напряжении и ограничении двигательной активности. Участился и энурез. Одновременно с психомоторными нарушениями, повышенной возбудимостью и большим числом страхов все более отчетливо вырисовывался страх Черной руки, приобретающий навязчивый характер. Неоднократно отражаясь в сновидениях, он вызвал страх перед засыпанием из-за опасений повторения однажды пережитого ужаса смерти во сне. Данный страх не приобрел бы столь драматического звучания, если бы не был связан с возрастным страхом смерти и ранними психическими потрясениями, отражая в то же время беззащитность перед лицом, пусть и воображаемых, но жизненно обусловленных угроз. И здесь патологическую роль сыграло не только тревожно-мнительное отношение матери и бабушки, но и отсутствие адекватной модели ролевой идентификации с отцом, к тому же не имеющим контакта с сыном в последние годы.

Типичным у детей с неврозами младшего школьного возраста будет *страх «быть не тем»,* т. е. не соответствовать общепринятым нормам, ожиданиям со стороны значимых лиц. Это страх сделать не так, как нужно, не то, что следует, т. е. страх ошибки, неудачи, поражения, своей несостоятельности в представлении окружающих. С одной стороны, это и страх быть не тем, кто получает признание, одобрение, кто соответствует групповым стандартам, т. е. страх порицания, осуждения и наказания, потери расположения других и тем самым страх социальной изоляции. В подобной мотивации страха «быть не тем» нетрудно увидеть отголоски страха «быть никем», т. е. не значить, не представлять, быть «пустым местом», «имяреком». С другой стороны, страх «быть не тем» — это и страх несчастья, беды, вследствие нарушения общепринятых норм поведения, что находит отражение в фабуле: «а вдруг что-нибудь произойдет, случится ... ужасное, непоправимое». Данная мотивация воспроизводит страх «быть ничем», т. е. предшествующий страх смерти как непоправимого и фаталистического в своей сущности несчастья, соотносимого не только со страхом смерти себя, но и со страхом смерти родителей. Таким образом, основанный на социальном чувстве принадлежности к группе страх «быть никем» и инстинкте самосохранения страх «быть ничем» получают свое преломление в страхе «быть не тем» как своеобразном сплаве этих двух страхов. Поэтому клинической формой выражения рассматриваемого невротического страха будут опасения сделать что-либо не так, не то, не успеть, опоздать, всего того, что может обернуться непоправимой в чем-то бедой. В отличие от детерминации прошлыми переживаниями компонента собственно страха в структуре страха «быть не тем», другой его компонент — тревожность — имеет своей мотивацией предвосхищение возможных событий, способных иметь неприятные последствия и понизить как чувство собственной ценности («я-концепцию»), так и представления о себе со стороны других, значимых лиц («я-образ»). Мать одной девочки 9 лет с неврастенией выразила это следующим образом: «боится, что что-то не так скажет, не так сделает, что кто-то скажет о ней плохо, что она вдруг получит двойку, хотя и учится на «отлично».

Страх «быть не тем» встречается в возрасте интенсивного развития нравственно-этических и нормативно-регулирующих социальных отношений, отражая возросший уровень самосознания в

формировании личности, новую, социальную позицию школьника. Наряду с формированием чувства ответственности, долга, обязанности, всего того, что обозначается понятием «совесть», создаются и предпосылки для образования возрастного страха «быть не тем». Его клиническое заострение происходит под влиянием ряда факторов. Важнейшие из них: подчеркнутое чувство собственного достоинства, самолюбие, нередко перерастающие в честолюбие; выраженность чувства вины у детей; высокая тревожность у родителей и завышенный уровень притязаний, усваиваемые детьми; излишний рационализм в отношениях с ними и, наконец, интеллектуальная перегрузка, часто обусловленная обучением в языковой школе, параллельным занятием музыкой, чрезмерным контролем родителей за уроками и оценками. В этих условиях дети должны соответствовать повышенно принципиальным и одновременно тревожным ожиданиям и требованиям родителей, оказывающих чрезмерное давление на их формирующееся чувство ответственности, обязанности, долга без учета требований момента, развития гибкости в принятии альтернативных решений и ролевой ситуативности в общении. В результате возникает и усиливается нервно-психическое напряжение у детей. Вместе с тем они непроизвольно усваивают в возрасте повышенной внушаемости и некоторые из гиперсоциальных черт характера родителей. В итоге, постоянное напряжение (аффект) при страхе «быть не тем» возникает из-за опасений не оправдать ожиданий и требований взрослых, потерять их расположение, заслужить отрицательную оценку, быть наказанным и отвергнутым.

Рассмотренная клинико-психологическая детерминация страха «быть не тем» свойственна такому распространенному в младшем школьном возрасте неврозу, как неврастения, при которой он — одна из ведущих мотиваций внутреннего конфликта.

Страх «быть не тем» часто сопровождается скованностью и излишним напряжением при вопросах с места, ответах у доски, общении с незнакомыми людьми, выполнении ответственных заданий, в том числе контрольных. Наиболее трудным оказывается начало, выбор одного из решений, поскольку охватывающее волнение мешает сосредоточению, приводит к лишним действиям, нарушает ритм речи и способность логически мыслить. У младших школьников типичным выражением страха «быть не тем» не только при неврастении, но и при неврозе страха будет торможение, реже — возбуждение, при неожиданных вопросах, ответах на неподготовленную тему. В этих условиях легче проявляются заикание, тики, возможны рефлекторные позывы на низ, мочеиспускание, спазмы в виде комка в горле, болей в животе, икота, кашель, нарушения дыхания. В подростковом возрасте характерна застенчивость (смущаемость) при новых контактах, объяснениях, ответственных выступлениях, проверках и экзаменах. Спектр вегетативных проявлений страха (беспокойства) может быть таким же, как и в младшем школьном возрасте. Вместе с тем нарастают вегетососудистые реакции типа покраснения, прилива или озноба, головокружения и полуобморочных состояний. Все эти реакции отсутствуют в привычных условиях общения. Нередко торможение при ответах и застенчивость в контактах указывают на гипертрофированное чувство стыда, вины, опасения позора и социального неприятия, т. е. на страх быть не таким, как все. Это может иметь место при неврастении, неврозе страха и обсессивном неврозе. Объединяющим звеном будет тревожность, нарастающая в подростковом возрасте более активно, чем в норме.

В качестве примера приведем историю мальчика 8 лет с диагнозом «неврастения». Родителей беспокоили неустойчивость его настроения, раздражительность, повышенная обидчивость и плаксивость, быстрая утомляемость и головные боли к концу дня. Будучи эмоционально чувствительным и впечатлительным, много волновался, переживал, легко расстраивался, испытывал страх перед неизвестным и растерянность в новой обстановке, с трудом переносил ожидание. Летом наступало улучшение состояния, но осенью все начиналось снова.

Из анамнеза известно, что роды были в срок, без осложнений, грудное вскармливание — в течение 2 мес. (мастит). Был несколько беспокойным в первые месяцы жизни. Развитие шло соответственно возрасту. Посещает обычную и музыкальную школу, учится хорошо, устает от шума. Мать ежедневно контролирует уроки, заставляя переписывать все заново при любой ошибке. Оба родителя много беспокоятся, часто угрожают наказанием и срываются на крик при малейшей оплошности. Мальчик боится, а точнее опасается, сделать что-либо не так, как следует, ошибиться, сказать не то, попасть впросак, не успеть, опоздать, т. е. имеются опасения не справиться, быть не тем, о ком говорят хорошо, кого ценят, любят и уважают. Подобное невротическое заострение чувства ответственности является отзвуком гиперсоциальных черт характера родителей, тревожности матери и мнительности отца и в немалой степени — чрезмерного психологического давления родителей по поводу домашних уроков и занятий музыкой. При этом нужно делать все точно, правильно, вовремя,

безукоризненно, следуя нетерпеливым, принципиально-строгим и одновременно беспокойным требованиям родителей. Будучи часто недовольными и сердитыми при неудаче или затруднении в осуществлении требований, они забывали своевременно похвалить и ободрить сына, как и быть непосредственными и жизнерадостными в отношениях с ним.

Происхождение страхов мальчика в новых ситуациях общения станет более понятным при углубленном изучении раннего анамнеза. Когда ему было 8 мес., родители переехали вместе с ним в другой город, что создало значительную нервно-психическую нагрузку в этом возрасте, связанную с ломкой сложившегося стереотипа и беспокойством в присутствии новых лиц. В то же время его поместили в больницу с энтероколитом, где он пробыл почти месяц без матери. По возрасту это совпадает с появлением страха при посторонних, незнакомых взрослых, к тому же причиняющих боль (процедуры, инъекции). В 1,5 года мать пыталась отдать его в ясли, где он сразу заболел и до школы оставался дома с попеременно работающими родителями и приходящей бабушкой. Поскольку продолжал часто болеть и в последующие годы, то мало общался со сверстниками. В 6 лет перенес операцию удаления аденоидов (в возрасте, когда максимально представлен страх смерти). После этого стал панически бояться пожара, что имеет своей подоплекой все тот же страх смерти — при пожаре можно сгореть, исчезнуть.

Следовательно, страх, испытываемый мальчиком в новом месте, представляет сумму различных мотиваций, начиная от страха непредвиденных событий (отраженного травмирующим опытом госпитализации и операции) и кончая внушенными родителями опасениями не успеть, сделать не так, как следует, как нужно. Налицо и риск развития неуверенности, нерешительности, навязчивых опасений и сомнений, напоминающих тревожность матери и мнительность отца.

Типичным для подросткового возраста является невротический *страх «быть не собой»,* т. е. быть болезненно измененным, не способным владеть собой и контролировать чувства. Страх «быть не собой» или страх изменения представляет одну из главных мотиваций внутреннего конфликта при обсессивном неврозе (от франц. obsession — навязчивая идея, одержимость). Навязчивые идеи и страхи воспринимаются как несовместимые с «я», чуждые сознанию, как одержимость. Страх «быть не собой» звучит и в страхах заражения (проникновения), бешенства, сумасшествия, изменения физического облика (уродства, в том числе из-за избыточной массы тела), в ряде случаев — в боязни чужого взгляда, наговоров, гипноза и приема психотропных веществ.

В норме страх изменения воплощается у дошкольников в подчеркнутых страхах Бабы Яги, Кощея, у младших школьников — в виде страха Пиковой дамы. Все эти персонажи способны внезапно изменять свой и чужой облик, превращаться в кого-либо, заколдовывать, насылать несчастье, наговаривать плохое. В младшем школьном возрасте подобным значением может обладать и образ черта, в подростковом — беса. И бес, и черт — образы, созданные человеком для отделения всего отрицательного, неприличного, постыдного с точки зрения социально приемлемых норм поведения. Вместе с тем они — своеобразная форма рационализации отвергаемых с социальной точки зрения действий и поступков, когда говорят: «в нем черт сидит», «бес попутал» и т. д.

У детей и подростков с различными клиническими формами неврозов страх изменения возникает вначале от ощущения непроизвольного характера происходящих с ними болезненных изменений. Переживая свое плохое самочувствие, неспособность временами контролировать чувства, как и непроизвольный характер страхов, они не могут осознать причины болезненного состояния, как и предсказать его течение в дальнейшем. Неспособность владеть собой означает разрыв между желаниями и возможностями их реализации. Подобная преграда вызывает чувство бессилия и безотчетного беспокойства, ассоциируемого с действием ирреальных, бессознательных или потусторонних сил. Они же являются символом pathos — болезненных, неуправляемых изменений. В немалой степени из-за страха изменения «я» подростки с неврозами не курят, не употребляют алкоголь, поскольку для них мучительно восприятие себя как еще более неспособного контролировать чувства и соответствовать общепринятым нормам поведения. В этом они кардинальным образом отличаются от сверстников с психопатическими чертами характера, у которых ослаблен или извращен инстинкт самосохранения и которые испытывают чувство удовольствия, так называемого «кайфа», от ощущения своей физической и психической измененности. Колее того, больные неврозом подростки боятся, что вследствие нарастающего психического напряжения, расстройства соматических функций они могут не выдержать, «сломаться», сойти с ума, т. е. они боятся, что с ними может что-то случиться, произойти непоправимое — в максимальной мере это — смерть или необратимые физические и психические изменения.

Страх «быть не собой» — это одновременно и страх быть другим — обезличенным, лишенным самосознания, индивидуальности и самобытности. Подобный страх патологической трансформации «я» всегда сопряжен со страхом потери человеческого облика, поскольку это означает быть посмешищем в глазах окружающих, вести себя нелепо, не так, как нужно, как следовало бы. Следствием этого будет страх отсутствия признания, групповой поддержки, как и страх быть изгоем и отвергнутым. Таким образом, в мотивации страха «быть не собой» присутствуют страхи «быть ничем», «не тем» и «никем». Как и страх «быть ничем», страх «быть не собой» в большей степени представлен у детей с выраженным инстинктом самосохранения. Страх «быть не собой» указывает на наличие психологического барьера, разделяющего «я» и «не я», существование защиты «я» от поглощающих, трансформирующих психику чуждых сил. Подобная система психической несовместимости является в своем исходном значении природным защитным механизмом, укрепляющим чувство цельности и неповторимости «я», его индивидуальность.

При длительном течении невротического заболевания создается угроза потери внутреннего единства, цельности «я», нарастают препятствия на пути самовыражения, реализации своих возможностей и потребностей, общения со сверстниками. Это вызывает прогрессирующее чувство страха как ощущения необратимости происходящих изменений. Постоянное чувство беспокойства, испытываемое по этому поводу, в ряде случаев усиленное каким-либо испугом, аффективно заостряет инстинкт самосохранения, проявляющийся страхом «быть не собой». В результате вместо наивности, внушаемости, доверчивости формируются упрямство, эгоцентризм, недоверчивость и настороженность ко всему новому, неизвестному. Все это способствует на время укреплению чувства «я», поскольку создает психологический барьер на пути проникновения (реализации) дальнейших угроз, нарушающих единство «я». Вместе с тем реактивный, во многом основанный на травмирующем опыте, процесс обособления «я» сопровождается страхом стать только собой, т. е. оказаться без социальной поддержки и признания. В итоге, достигается относительно неустойчивое равновесие между страхами «быть не собой» (в том числе и страхом быть другим) и «быть только собой» (в том числе страхом быть никем).

Страх «быть не собой» как реакция на угрозу изменения, отторжения и потери «я» часто возникает вследствие попыток родителей с гиперсоциальными, а также тревожно-мнительными и паранойяльными чертами характера односторонне навязать детям и особенно подросткам свой образ мышления, действий и поступков без учета реальных обстоятельств и психофизиологических возможностей, своеобразия формирующейся личности. Частично это удается в младшем школьном возрасте из-за повышенной внушаемости детей и чувства ответственности, тем более в дошкольном, вследствие потребности в эмоциональном контакте и полоролевой идентификации с родителями, характерной для этого возраста склонности к подражанию. Теперь же попытки родителей создать у подростков свою концепцию «я» наталкиваются на все большее противодействие (критику), так как она мешает полноценному общению со сверстниками, как правило, не имеющими характерологически отягощенных родителей и ведущими себя более непосредственно, открыто, уверенно, терпеливо и гибко, без чрезмерной обидчивости и требовательности.

Итак, страх «быть не собой» имеет при неврозах сложную мотивацию своего происхождения. Ведущая линия в нем — аффективно переживаемая невозможность быть собой вследствие прогрессирующих невротических изменений личности и идиосинкразической реакции на навязываемый родителями образ «я», несовместимый с индивидуально преломляемым самосознанием и потенцией развития.

Рассмотренные невротические страхи можно сгруппировать следующим образом (табл. 3).

Таблица 3. Невротические страхи

Вид страха	Параметры невротических страхов		
	Мотивация	Возраст проявления	Клиническая форма невроза
«Быть никем»	Страх одиночества	Младший дошкольный	Истерический невроз
«Быть ничем»	Страх смерти	Старший дошкольный	Невроз страха
«Быть не тем»	Страх несоответствия	Младший школьный	Неврастения

«Быть не собой»	Страх изменения	Подростковый	Обсессивный невроз

Общим для перечисленных страхов в табл. 3 является страх отсутствия признания (групповой поддержки) или страх «быть не таким, как все». Основой для данного центрального в формировании личности страха при неврозах будет потребность в самоактуализации и системе значимых межличностных отношений или проблема «быть собой среди других».

Глава 4. ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ

Методика семейного приема

Больные неврозами дети направляются детскими невропатологами и психиатрами на прием, как правило, при безуспешности медикаментозного и физиотерапевтического лечения. Во время предварительной записи больных на прием сообщается о желательности посещения врача обоими родителями. Это создает необходимый настрой на оказание совместной помощи и способствует повышению эффективности лечения. Характеристика со стороны воспитателя или учителя не запрашивается, поскольку она не всегда является объективной, и к тому же привлекается излишнее внимание к ребенку. При необходимости можно просмотреть дневник и тетради.

Врач ведет прием без халата, в кабинете, украшенном детскими рисунками и поделками. В начале беседы приглашаются оба родителя; ребенок в это время играет или смотрит книги в вестибюле. После свободного изложения родителями жалоб и проблем, связанных с детьми, истории заболевания, им дается вопросник типа стандартизованного интервью, в котором последовательно перечисляются особенности поведения и развития детей. Из вопросника вслух зачитывается только то, что непосредственно касается ребенка, его воспитания и проблем отношений в семье. Врач задает уточняющие вопросы. В итоге, получается довольно полное освещение волнующих родителей семейных проблем с акцентом на невротическом регистре патологии у детей. Затем беседа проводится наедине с больным. У детей дошкольного возраста ей предшествует самостоятельная или совместная с врачом игра, облегчающая последующий контакт при разговоре. Затрагиваются разнообразные стороны отношений в семье, отношений со сверстниками, интересы и предпочтения, раскрываются характер восприятия болезненного состояния, степень утомляемости, выраженность беспокойства и страхов, направленность оценок. Неврологическое обследование носит общий, прицельный характер; соматическое обследование ограничивается внешним осмотром и измерением АД у подростков. Возникающие вопросы разрешаются в последующей диагностической беседе с каждым из родителей в отдельности, что даст им возможность оттенить и ряд своих личных проблем. В заключительной беседе с обоими родителями подводится итог встречи, намечается диагноз, анализируются в тактичной форме основные источники болезненного состояния детей и намечаются пути их преодоления с подчеркиванием необходимости участия в этом всех взрослых членов семьи.

Продолжительность семейного приема составляет от 45 мин до 1 ч. Затраченное время позволяет продуктивно решить многие наболевшие проблемы в семье, особенно, если учесть безрезультатность предыдущих попыток оказания лечебной помощи детям.

При серьезных проблемах в семейных отношениях, прежде всего в области воспитания, предположении о невротическом заболевании у одного из родителей, семья, с ее согласия, снова приглашается на прием. Пока *с* одним из родителей проводится стандартизованное интервью с целью выявления невротического состояния (шкала невротизации — см. приложение), другой отвечает на вопросник Айзенка и анкету «Семейные отношения». Результаты обследования сообщаются сразу, но без категоричности в суждениях, скорее, как основание для раздумий, перестройки некоторых отношений. С детьми проводятся диагностическое рисование и игра, определение внушаемости, уровня притязаний и т. д. В совместном с обоими родителями обсуждении полученных данных вырабатывается общая точка зрения на характер решения проблем воспитания и помощи детям, что уже само по себе значительно уменьшает напряженность в межличностных отношениях в семье.

На последующих приемах детей сопровождает один из родителей. Решение об этом принимается в семье самостоятельно. В большинстве случаев дети приходят с матерью, что оправдано при

психотерапии страхов. Матери больше, чем отцы, подвержены беспокойству, и страхи детей — во многом отклик на ранее испытанные или переживаемые в настоящем страхи у матери. Последние проходят, если мать присутствует при обсуждении рисунков детей на тему страхов и активно участвует в их игровом отреагировании.

В дальнейшем желательно, чтобы родители поочередно приводили детей на прием. Это повышает их чувство ответственности и заинтересованность в результатах лечения. Уменьшается и конфликтная напряженность в семье, если она была раньше, поскольку всех объединяет цель помочь выздоровлению детей. Таким образом разрешается и конфликт родителей в вопросах воспитания. Каждый из них может изложить свои проблемы на приеме и получить квалифицированный ответ. Последний является в ряде случаев итогом совместного разбора только что проигранной проблемной ситуации с участием врача, больного и родителя. Аналогичный принцип используется во время посещения врача другим родителем. Если оба родителя по собственной инициативе приходят на прием, то это существенно повышает эффект психотерапии неврозов у детей. Многое здесь зависит от тактики врача, его умения вести дискуссию, объединять точки зрения, действовать творчески и инициативно.

Несмотря на достаточно большое количество занятий у некоторых детей, которые проходят курсы групповой психотерапии и гипнотерапии, среднее число посещений сравнительно невелико и составляет 4 (дошкольники) и 5 (школьники) на одного больного. Почти в половине случаев семейная консультация дает достаточно исчерпывающие ответы в отношении невротического состояния детей и отпадает необходимость в повторном посещении врача. Катамнестические исследования показывают, что большинство родителей в этом случае сумели перестроить свои отношения, изменить характер воспитания и вместе с выполнением врачебных назначений добиться заметного улучшения состояния у детей. Выздоровлению больных препятствуют личностные изменения у родителей, невротическое заболевание одного из них и трудноразрешимый семейный конфликт. Тогда требуется продолжительный курс психотерапии с более активным привлечением родителей, оказанием им врачебной и психологической помощи, радикальной перестройкой семейных отношений, прежде всего отношений с детьми.

Обследование детей с неврозами отличается рядом особенностей. Нередко, на первый взгляд, они не производят впечатления больных и сами обычно не рассказывают о беспокоящих их ощущениях и переживаниях. Если с подростками можно начать беседу сразу, то с младшими школьниками лучше всего после совместной игры в кегли, что разряжает напряжение от ожидания приема и способствует лучшему контакту. Дошкольникам предоставляется возможность самостоятельной игры. Мальчиков обычно привлекают машинки, роботы, танки; девочек — куклы и мягкие игрушки. У мальчиков и девочек заметный интерес проявляется к разборному теремку, внутри которого и рядом расположены фигурки животных, в том числе медведя, волка, лисы, лягушки и зайца. При затруднениях в начале игры врач принимает в ней активное участие, предлагая разнообразные сюжеты. Во время игры он может получить ответы на интересующие его вопросы, выбирая подходящие паузы и задавая вопросы как бы между прочим, ненавязчиво, ненастойчиво, учитывая возрастные особенности детей, заторможенность и астению. Вопросы последовательно касаются общения в детском саду и школе, семье, источников напряжения и недовольства, беспокойства и страхов, а также интересов и предпочтений. Без особого привлечения внимания выясняется отношение к нервным, в том числе невротическим, проявлениям. В младшем дошкольном возрасте 2/3 детей не осознают невротические симптомы, в старшем дошкольном — это число сокращается до 1/2. В школьном возрасте 2/3 детей воспринимают невроз как болезненное состояние, препятствующее нормальному самочувствию. Осознание наименее выражено при истерическом неврозе, наиболее часто оно встречается при неврозе страха и обсессивном неврозе, отражая большую степень фиксации на своем болезненном состоянии. Некоторые из данных беседы с детьми, вроде страхов и отношений в семье, приводятся в других разделах книги. Здесь же обратим внимание на использование в целях диагностики игры в кегли, других результатов интервью, изобразительного творчества, а также вопросников и определения внушаемости.

Игра в кегли

Она позволяет разнообразить прием и уменьшить его формальный характер. Игра проводится несколько раз, причем кегли устанавливает по своему усмотрению проигравший. От катания

пластмассового мяча следует переход к его бросанию, что дает дополнительный эмоциональный стимул для игры. Даже несколько минут игры позволяют снять напряжение от предшествующей беседы и наладить более доверительный контакт с ребенком. Игра в кегли — не только средство эмоционального оживления, разрядки и контакта, она дает много ценной диагностической информации. В игре заметны нерешительность в поведении, излишнее напряжение и волнение, неловкость движений (из-за отсутствия подвижных игр дома), растерянность при необходимости быстрого и самостоятельного принятия решений, трудность компромиссов, аффект при неудаче, отказ от продолжения игры или настойчивое желание ее продолжения во что бы то ни стало. Все это характерно для детей с неврозами. Тем не менее игра должна оставить у них чувство удовлетворения и желание контакта с врачом в дальнейшем. Тогда уже знакомая игра является формой эмоциональной разминки до или после направленной психотерапевтической беседы с врачом. Можно определить уровень притязаний, если предоставить возможность детям неоднократно выигрывать в игре. Здесь важно посмотреть, когда они потеряют интерес к ней или же поймут нецелесообразность ее продолжения в ситуации специально моделируемых дальнейших неудач. Целесообразно также использование с диагностическими целями игровой тактики чередования неоднократных выигрываний с неожиданным поражением или чередования проигрываний с выигрышем. Насколько ребенок в этих условиях будет стремиться играть дальше, соразмерять свои возможности с возможностями взрослого, корригировать свой уровень притязаний — все это подсказывает врачу пути дальнейшей психотерапевтической работы. Одним из ее фрагментов может стать снова игра в кегли с целью повышения толерантности к стрессу и коррекции уровня притязаний. В целом, у детей с неврозами нельзя говорить о завышенном уровне притязаний, за исключением больных с истерическим неврозом. В большинстве случаев наблюдается адекватный или пониженный уровень притязаний. Последнее — результат болезненного ограничения возможностей или их блокирования вследствие нарастающего чувства вины и беспокойства, неуверенности в своих силах.

Интервью

Оно проводилось со 128 детьми с неврозами. По возрасту опрошенные разделены на группы 3—5, 5—7, 7—10, 10—12 и 12—15 лет. Ответы ранжировались по типу: «да» («согласен»), «трудно сказать» («не знаю» или «когда как»), «нет» («не согласен»). При изложении данных положительный (утвердительный) ответ объединит «да» и «трудно сказать».

Некрасивыми внешне считают себя 72% мальчиков и 80% девочек, отражая этим пониженный уровень самооценки. С возрастом восприятие себя как некрасивого увеличивается, особенно у подростков. Больше всего чувство неудовлетворенности своей внешностью выражено у детей с истерическим неврозом.

Утвердительный ответ на вопрос: «Часто ли не получается то, что ты хочешь?» — дают большинство опрошенных, за исключением девочек-дошкольниц. При этом у девочек число неудач в осуществлении своих желаний с возрастом увеличивается, достигая максимальной выраженности в 12—15 лет. Как у девочек, так и у мальчиков наибольшее число неудач наблюдается при истерическом неврозе, подчеркивая исходно завышенный, часто неадекватный уровень притязаний.

Неспособность вовремя защитить себя, дать сдачи выявлена у 63% мальчиков и 40,5% девочек (различия достоверны). Отсутствие защиты не уменьшается, а увеличивается с возрастом, причем это выражено больше у мальчиков (от 45% у дошкольников до 100% в 12—15 лет, у девочек — соответственно у 45 и 67%).

Наиболее часто беззащитность проявляется у детей с обсессивным неврозом, поскольку они не дают ответных агрессивных реакций по причинам морально-этического порядка и наличия тревожно-мнительных черт в характере.

Склонность легко обижаться (утвердительный ответ на вопрос: «Тебя легко обидеть?») выявлена у 55% мальчиков и 47% девочек. С возрастом обидчивость, как и беззащитность, возрастает. Различия по нозологическим формам неврозов незначительны.

Таким образом, с возрастом у детей с неврозами происходит не уменьшение, как у здоровых сверстников, а увеличение таких характеристик личностного реагирования, как ранимость (обидчивость), неспособность защитить себя, отрицательное восприятие внешнего облика.

Установка стать сразу взрослым или снова маленьким, если бы представилась такая возможность, выявлена у большинства дошкольников (2/3) и меньшинства школьников 1/3). Подобная

установка наиболее характерна для детей с истерическим неврозом и представлена большей частью желанием сразу стать взрослым.

Утвердительный ответ на вопрос о желательности перемены пола получен у 13% мальчиков и 17% девочек. У мальчиков желание стать девочкой с возрастом уменьшается; у девочек — стать мальчиком, наоборот, увеличивается, достигая в 12—15 лет 50%. Установка на перемену пола более характерна для детей с истерическим неврозом.

Рассмотрим ту часть интервью, где оценка себя и взрослых членов семьи выражается в баллах. Максимальная выраженность тех или иных характеристик соответствует 3 баллам; средняя — 2 баллам; минимальная — 1 баллу. Например, вопрос: «Считаешь ли ты себя умным?» предполагает следующие ответы: «очень умный» (3 балла), «просто умный» (2 балла) и «не очень умный» (1 балл). Для сравнения полученных данных использовался средний балл. Более умными себя считают мальчики (средний балл — 1,95, у девочек — 1,7). Чаще относят себя к умным дошкольники обоего пола, а также дети с неврозом страха. Оценка «ума» матери мальчиками и девочками одинаковая. Мальчики более высоко оценивают «ум» отца, а девочки — «ум» матери. Соответственно, мальчики дают более высокую оценку дедушке, а девочки — бабушке. Здесь сказывается эффект полоролевой идентификации. Заслуживают внимание более низкие оценки «ума» родителей подростками 12—15 лет.

Оценка себя как «сильного» несколько выше у мальчиков. С возрастом происходит снижение этой оценки. Как мальчики, так и девочки оценивают отцов более сильными, чем матерей. Данная характеристика распространяется мальчиками и на дедушек.

Различия в оценке себя как «доброго» отсутствуют у мальчиков и девочек. С возрастом они считают себя менее добрыми. Более добрыми находят себя дети при неврозе страха, что соответствует действительности, поскольку они обладают повышенной жалостливостью и сострадательностью. Матери определяются более добрыми, чем отцы, мальчиками и девочками. Последние находят бабушек более добрыми, чем дедушек. Заметим, что дети с неврозами более сильными, умными и добрыми находят не себя, а родителей, подчеркивая этим известную сбалансированность своих оценок.

Понимание со стороны родителей мальчики оценивают несколько выше, чем девочки. Если в дошкольном возрасте по оценке детей нет особых различий в понимании обоих родителей, то в дальнейшем оно незначительно уменьшается со стороны матери и существенно — со стороны отца, достигая минимума в возрасте 12—15 лет. Наименьшее понимание у матери и наибольшее — у отца находят дети при истерическом неврозе.

Рассмотрим оценки детей в зависимости от характера отношений с родителями. Для этого использован составленный нами вопросник, раскрывающий в процессе интервью с детьми различные конфликтные стороны отношения родителей. В группах выше и ниже среднего балла вопросника будут дети, более или менее конфликтные с родителями. Выявлено, что мальчики и девочки при конфликте с матерью понижают оценку ее ума. То же у мальчиков в отношении отца. Мальчики при конфликте с матерью и отцом считают их менее сильными; при конфликте с отцом определяют его как менее доброго. При конфликте с матерью мальчики считают ее менее понимающей. Следует отметить парадоксальный, на первый взгляд, феномен, когда девочки, конфликтные с отцами, определяют их как более умных, сильных и добрых. По-видимому, источником конфликтных отношений они считают прежде всего себя, испытывая чувство вины и желание представить отца в лучшем свете. В целом, мальчики при конфликте с родителями склонны к более отрицательному их восприятию, чем девочки.

Перейдем к интервью, касающимся отношений в школе. Неудовлетворенность школьными достижениями отмечается у 50% мальчиков и 41% девочек, максимально нарастая в возрасте 12—15 лет. Более часто неудовлетворенность успехами встречается при обсессивном неврозе, отражая не столько фактическое положение дел с учебой, сколько повышенное чувство долга и обязанности, желание учиться еще лучше.

Из школьных предметов к трудным для усвоения мальчики относят русский язык (у 49%), девочки — математику (у 35%). Затруднения по математике отмечаются у 31% мальчиков, русскому языку — у 23% девочек.

Каждый второй учащийся 4—8-х классов хотел бы заменить одного или нескольких учителей, почти всегда женщин, с которыми у них не сложились отношения.

Число положительно относящихся к больному в классе сверстников меняется незначительно с возрастом и составляет с 1-го по 8-й класс в среднем 7 сверстников у мальчиков и 10 — у девочек. Круг предпочитаемого общения наиболее обширный у детей с истерическим неврозом. Отсутствие друзей в классе (эффект социально-психологической изоляции) отмечается у 35% мальчиков и 24% девочек,

достигая максимума в 12—15 лет. Меньше всего изоляция выражена при истерическом неврозе, больше — при неврозе страха и обсессивном неврозе.

Число отрицательно относящихся сверстников к мальчикам значительно больше (13), чем у девочек (6), т. е. мальчики находятся в более неблагоприятной для себя позиции в классе. С возрастом число этих сверстников существенно уменьшается (от 15 мальчиков 7—10 лет до 7 в возрасте 12—15 лет; у девочек, соответственно, — от 9 до 1).

Стремление перейти в другой (параллельный) класс встречается у 20% детей. Больше всего оно характерно для детей с обсессивным неврозом, подчеркивая их изоляцию в классе и непереносимость конфликтной ситуации.

Желание учиться дома проявляется у каждого третьего из опрошенных детей, чаще всего при неврозе страха и истерическом неврозе. При неврозе страха это отражает неуверенность и страх при ответах в классе; при истерическом неврозе — стремление избежать всех трудностей, связанных со школой.

В неформальных группах общения (улица, двор) отсутствие друзей или устойчивого круга общения отмечается у каждого второго мальчика и каждой третьей девочки. Это говорит о трудностях установления и поддержания контактов со сверстниками. С возрастом проблемы общения не становятся менее выраженными, что обусловлено невротическими изменениями в формировании личности, большей частью тормозимого круга. Проблемы общения наиболее часто встречаются у детей с неврозом страха, испытывающих много страхов, неуверенных в себе и нерешительных в контактах.

Лидерство в общении вне школы по собственной оценке находят 40% мальчиков и 52% девочек. Эти явно завышенные цифры указывают больше на стремление играть главную роль, чем на фактическое лидерство, которое, как уже отмечалось, не получается реально. Если у мальчиков неудачи в лидерстве относительно постоянны во всех возрастах, то у девочек они максимальны в 12—15 лет. Практически здесь полностью отсутствует лидерство, у девочек нет подруг, и они не пользуются признанием среди сверстников. Относительно чаще лидерство (по самооценке) встречается у детей с истерическим неврозом, отражая тенденцию к доминирующей позиции в отношениях с окружающими.

Данные интервью показывают, что, несмотря на ряд возрастных особенностей, у детей с неврозами заметны неблагоприятные изменения в формировании личности. В немалой степени они являются следствием длительно протекающего болезненного расстройства, препятствий на пути самоутверждения, своевременной реализации своих возможностей и потребностей.

Рисование как способ диагностики

Стремление рисовать присуще большинству детей старшего дошкольного возраста. При неврозах дети часто не реализуют его из-за односторонней ориентации родителей на более интеллектуально насыщенные занятия. Рисование, как и игра, считается несерьезным занятием, работой «для себя», и подобная установка обедняет духовный мир детей, не дает возможности реализоваться их творческим началам. Изучение рисунков детей с неврозами полезно и в плане диагностики интересов и увлечений, особенностей темперамента и переживаний. С известной долей осторожности можно считать, что преобладание серых тонов и черного цвета в рисунках подчеркивает отсутствие жизнерадостности, пониженный фон настроения, большое количество страхов, с которыми не может справиться ребенок. Доминирование ярких, светлых и насыщенных красок указывает на высокий жизненный тонус и оптимизм. Широкие мазки, масштабность изображения, отсутствие предварительных набросков и последующих, изменяющих первоначальный сюжет дорисовок, говорит об уверенности и решительности. Повышенная возбудимость, гиперактивность находят выражение в неустойчивости изображения, смазанности или в большом числе отчетливых, но пересекающихся линий.

Изучение спонтанных, т. е. сделанных по собственному желанию рисунков показывают обычную возрастную направленность у детей с неврозами. Мальчики предпочитают рисовать машины, технику, затем — людей и сражения; девочки — людей, дом и природу, затем — животных.

Тематическое рисование по заданию врача может осуществляться как во время ожидания приема, так и дома. Рисунки на темы: «В детском саду, школе», «На улице, во дворе», «Мы дома», «Семья», «Что мне снится страшное» или «Мои страхи», «Что было со мной самое плохое или хорошее», «Кем я хочу стать» — дают много ценной информации, дополняющей клиническое

обследование. Дошкольники изображают себя в детском саду, как правило, рядом с одним из сверстников, с которым поддерживают дружеские отношения. Если сверстников на рисунке несколько, то автор помещает себя обычно на периферии группы, отображая этим отсутствие лидирующей позиции. О феномене социально-психологической изоляции можно судить по рисункам школьников. Они достоверно чаще изображают себя в одиночестве, чем в окружении сверстников или взрослых. Таким образом, степень принятия в группе (коллективе) уменьшается по мере перехода из детского сада в школу, сопровождаясь все более выраженными переживаниями своей обособленности, непонятости и одиночества с ведущим переживанием «я не такой, как все». Чувство одиночества — одно из центральных переживаний при неврозах — особенно заметно в сюжете «улица, двор». Здесь также достоверно доминирует изображение только себя, а не себя и сверстников, подчеркивая трудности в установлении дружеских, неформальных отношений.

Рисование ситуации «Мы дома» дает возможность воспроизвести взаимодействие в семье, какую-либо сценку из ее жизни. Здесь же предлагается нарисовать всех членов семьи по усмотрению автора рисунка в отдельных комнатах, отразив таким образом наиболее близких для него лиц. Один мальчик нарисовал в этом случае мать похожей на робота, что указывало на ее занятость, строгость и принципиальность, отсутствие душевной теплоты в отношениях с сыном.

Изображение на рисунке одного из наиболее беспокоящих страхов оказывает десенсибилизирующее действие на остальные страхи, поскольку ребенок, проявляя целенаправленное волевое усилие в процессе рисования, справляется с заданием и заслуживает одобрение близких и похвалу врача. На первом месте среди выбираемых для рисования страхов вне зависимости от возраста находятся чудовища. На втором месте воспроизводятся страхи стихийных бедствий (землетрясения, пожара, аварии и т. д.) и войны, а также нападения (бандитов). Все эти страхи символизируют угрозу для жизни, как и следующие по частоте страхи животных (от укуса змеи наступит смерть, паук выпьет кровь, собака загрызет и т. д.). На последнем месте изображаются страхи одиночества и темноты, поскольку они менее дифференцированы и наиболее трудны для рисования. В младшем школьном возрасте нередко воспроизводятся инстинктивно опосредованные страхи высоты, глубины, замкнутого пространства. В подростковом возрасте возрастает рисование социально опосредованных страхов плохой отметки, контрольных, не успеть все сделать вовремя. В этом случае речь идет уже не столько о страхах, сколько об опасениях, нередко приобретающих навязчивый характер. Соответственно, эффект от отображения в рисунке ведущего страха будет более высоким в дошкольном и отчасти в младшем школьном возрасте. Во всех случаях важен сам принцип выполнения задания врача, что является отправным пунктом для повышения уверенности в себе, в творческих силах и возможностях.

Тема «Самое плохое (неприятное) событие в жизни» дополняется «самым хорошим событием», чтобы уравновесить психотравмирующий аспект первого рисунка. У мальчиков и девочек на первом месте среди отрицательных воспоминаний находятся события, связанные с пребыванием в больницах, несчастными случаями и медицинскими манипуляциями. На втором месте у мальчиков воспроизводятся конфликты со сверстниками; у девочек — конфликты с родителями, что отражает большую эмоциональную значимость для них таких конфликтов.

«Кем я хочу стать» — заключительный раздел тематического рисования, вносящий в него оптимистическую ноту и способствующий повышению уверенности.

При рисовании на тему «Семья» дается задание изобразить всех, с кем живет ребенок. При анализе рисунка следует учитывать не только объективное отражение семейной ситуации, но и возможность ее изменения в благоприятную для ребенка сторону. Имеют значение порядок и близость расположения фигур, особенно место, где нарисовал себя ребенок: между родителями или рядом с одним из них. Заслуживают внимания и размеры фигур, соотносимые с ролью взрослых в семье и их авторитетом для ребенка. Общая цветовая гамма с одним из взрослых на рисунке, в частности одна и та же окраска туловища, указывает на большую вероятность отождествления с ним по признаку пола. Как мальчики, так и девочки на первом месте в норме (546 рисунков) чаще ставят отца, на втором (слева направо) — мать, на третьем — себя. При неврозах (81 рисунок) аналогичное расположение фигур отмечается у мальчиков. Девочки на первое место ставят мать, затем отца и себя, отражая этим доминирующую позицию матери в семье. При конфликтных отношениях в семье рисунки детей при неврозах и в норме менее композиционно едины; чаще проявляется раздробленность пространства или нарушается целостность в изображении членов семьи; фигуры родителей разъединяются большим промежутком или еще одной фигурой. Из-за разобщенности в пространстве рисунка членов семьи они менее ориентированы на совместные действия. К тому же фигуры членов семьи, включая ребенка, более

статичны и напряжены.

Если ребенок нежеланный со стороны одного из родителей, то он рисует себя чаще не рядом, а в отдалении, помещая между собой и этим родителем еще одну фигуру.

Каждый третий мальчик и девочка, несмотря на инструкцию нарисовать всех членов семьи, включая себя, забывает нарисовать одного из них. Подобная тенденция более характерна для детей с неврозами, косвенно указывая на конфликтную диспозицию в семье. Например, мальчики не рисуют себя при конфликте с матерью; саму мать при ее нежелании иметь сына и выделении дочери; бабушку, препятствующую активности и самостоятельности. Одна девочка «забыла» нарисовать мать, и вместо нее изобразила дом, очень похожий на избушку Бабы Яги. Мать конфликтует как с дочерью, так и с отцом, которого любит девочка. У другой девочки вместо родителей нарисованы бабушка и дедушка, которые хотели иметь внучку в отличие от занятых родителей. Девочки также забывают изобразить себя при физических наказаниях и чрезмерном давлении со стороны родителей. Таким образом, выключение в рисунке ребенком себя и одного из членов семьи создает повод для более глубокого анализа психотравмирующей ситуации в семье.

Использование вопросников

Ценным для диагностики эмоционального состояния и взаимоотношений в семье является *тематический апперцепционный тест (ТАТ),* по неопределенным смысловым картинкам-ситуациям которого просят составить первый пришедший в голову рассказ. Использовался набор картинок из взрослого варианта, поскольку большинство испытуемых — школьного возраста. Эмоциональная окраска рассказов у 35 детей с неврозами грустная, подавленная, пессимистичная. Часто звучат мотивы унижения, принуждения, насилия, несчастья, неизбежности и неотвратимости смерти, т. е. обреченности и безысходности. В этом, особенно у подростков, находят отражение неразрешимость семейной ситуации, потеря уверенности в себе, надежности окружения и смысла жизни. Подростки также часто подчеркивают темы разлуки, одиночества, неразделенности чувств и страданий. Психологический «надлом» таких подростков, пессимизм, разобщение с окружающими и уход в себя позволяют расценить их невроз как заболевание, ведущее к эгоцентрически-защитному и депрессивному типу переживаний.

Вопросник Айзенка в адаптации А. Ю. Панасюка использован при неврозах у 115 подростков 10—15 лет. Шкала экстраверсии не имеет значимых различий у детей с различными клиническими формами невроза. Нейротизм максимально высокий при неврозе страха, несколько ниже при обсессивном неврозе и достоверно меньше по сравнению с неврозом страха при неврастении и истерическом неврозе. При неврозе страха и обсессивном неврозе высокий нейротизм можно расценить как следствие подавления внешнего выражения эмоций, развития большого количества страхов и тревожности. При истерическом неврозе относительно низкий нейротизм объясняется непроизвольным отреагированием психического напряжения в виде заканчивающихся плачем истерик. Сравнение полученных нами данных с нормативными данными А. Ю. Панасюка показывает достоверно большую интровертированность и нейротизм при неврозах. Подросток характеризуется в этом случае как легко расстраивающийся, тревожный, ригидный, склонный к рассуждениям, менее общительный и пессимистичный.

Принцип сравнения неврозов (55 подростков 11—15 лет со средним возрастом 12 лет) с нормативными данными для подростков 12 лет применен в отношении адаптированного А. Ю. Панасюком *вопросника Кеттела.* Следует принять во внимание наличие в нормативных данных определенного числа нервных детей, поскольку эти данные относятся ко всем детям без исключения. Тем не менее достоверные различия получены в отношении более выраженных у мальчиков с неврозами факторов: эмоциональной неустойчивости; возбудимости; недостаточного контроля; робости, застенчивости, чувствительности к угрозе; мягкости характера, сензитивности; склонности к рефлексии и внутренним ограничениям; опасениям, самообвинениям и чувству вины, неуверенности в себе и тревожности; напряженности, фрустрированности и усталости. У девочек различия получены только по последнему фактору. Таким образом, вопросник Кеттела улавливает в большей степени невротически обусловленные характерологические изменения у мальчиков-подростков. Сравнение данных в вопроснике у детей с различными неврозами показывает достоверные различия между неврастенией и неврозом страха. При неврастении более выражены самоутверждение, конкурентность и

упрямство; при неврозе страха — смиренность, мягкость и послушность. При неврастении дети более социально смелы и активны; при неврозе страха — робки, застенчивы и чувствительны к угрозе.

Методика изучения фрустрации Розенцвейга (детский вариант) применялась у 67 детей и подростков с неврозами по сравнению с 51 испытуемым в норме. Выраженность каждого из типов личностных реакций: препятственно-доминантных (ОД), самозащитных (ЕД), упорствующих (NP) — сопоставлялась с выраженностью направленности реакций: экстрапунитивной — К, интропунитивной — J, импунитивной — М. Всего, таким образом, рассматривалось девять сочетаний. Обработка методики производилась в сырых баллах. При неврозах достоверно менее, чем в норме, выражено стремление перекладывать на кого-либо решение конфликтного вопроса (низкие оценки NP-E). Вместе с тем дети с неврозами достоверно чаще, чем в норме, могут не замечать минусы фрустрирующей ситуации, вплоть до ее полного отрицания (OD—M'). Нетрудно увидеть в этом защитную установку типа непроизвольного вытеснения неприятных чувств и переживаний. В большей степени это относится к мальчикам и свойственно, как мы увидим далее, также их отцам. У девочек с неврозами обращает внимание достоверно более выраженная по сравнению с нормой фиксация на самой ситуации препятствия (ОД—Е') при достоверно более редких порицаниях других (низкие оценки ЕД—Е).

Адаптированный А. Ю. Панасюком вариант *методики измерения интеллекта — WISK*— использован при неврозах у 135 детей и подростков 5—15 лет. У подавляющего числа больных неврозом детей (90%) уровень интеллекта или не отличается от контроля, или превышает его.

В разработанном нами вопроснике для подростков есть *шкала магического настроя и шкала эмоционалъно-депримированного фона настроения.* Магический настрой касается веры в необычные, еще не объяснимые, явления, счастливые и несчастливые цифры, черную кошку, гадания, талисманы, чудесные превращения и т. д. Ответы получены у 52 подростков с неврозами, 111 здоровых в нервно-психическом отношении сверстников и 56 больных ревматизмом (в специализированном санатории). У девочек нет каких-либо различий между рассматриваемыми группами. Мальчики, больные неврозами, менее магически настроены, чем здоровые сверстники и особенно больные ревматизмом. Наибольшую магическую восприимчивость, таким образом, обнаруживают больные ревматизмом (различия достоверны как в отношении здоровых сверстников, так и больных неврозами). Почему же магический настрой не преобладает у детей с неврозами? Только потому, что они не столько верят в наличие магических знаков, сколько боятся (опасаются) их, отрицая сам факт их существования. Нетрудно увидеть в этом защитный механизм, свойственный прежде всего мальчикам с неврозами. Как у мальчиков, так и у девочек, больных неврозами и здоровых в нервно-психическом отношении, магический настрой достоверно более выражен в группе выше среднего балла по шкале эмоционально-депримированного фона настроения (у больных ревматизмом подобные различия — на уровне тенденции).

Магический настрой в группах выше и ниже среднего балла сопоставлен с данными подросткового варианта вопросника Кеттела. Приведем достоверные результаты. Более магически настроенные подростки менее эмотивны (низкие оценки фактора «А»); более подчиняемы (низкие оценки фактора «Е»); склонны к самообвинению (высокие оценки фактора «О»). Следовательно, в большей степени предрасположены к суевериям и предрассудкам подростки, которым не свойственны открытое выражение эмоций, доминирование и самоуверенность. Наоборот, менее склонны к суевериям (и отчасти к мнительности) подростки с открытым выражением чувств, доминирующие в отношениях со сверстниками и уверенные в себе. Заметим, что у лиц, предрасположенных к магическому настрою, весьма успешным может быть использование внушения наяву при условии отсутствия ярко очерченных тревожно-мнительных черт в характере. При выраженности этих черт у больных всегда большим психотерапевтическим эффектом обладают рациональные (аналитические) формы воздействия.

Внушаемость

Как обратная сторона внушения, она имеет немаловажное значение в происхождении неврозов. Под внушаемостью понимают индивидуальную восприимчивость к внушениям (Bernheim H., 1917) или прививание чужой идеи, помимо сознания человека (Бехтерев В. М., 1903). В последнее время внушаемость рассматривается как свойство личности, динамичный характер которой прежде всего детерминирован отношениями, складывающимися в процессе общения между людьми (Бакеев В. А., 1971; Куликов В. Н., 1978). Внушаемость отличается от конформности как сознательного изменения

(подстройки) своего мнения под влиянием группы (Личко А. Е. и др., 1970; Обозов Н. Н. и др., 1977).

В широком аспекте внушаемость можно определить как личностно-детерминированный процесс безусловного принятия задаваемой извне информации; в более узком — как непроизвольную, происходящую помимо воли податливость гетерогенному влиянию /2/. Внушаемость чаще всего проявляется при неожиданном, непредсказуемом и новом характере задаваемой извне информации. Внушаемость индивидуальна, опосредована ситуацией, избирательна в отношении определенных лиц и обстоятельств. Обычный уровень внушаемости свидетельствует не о слабости, а о гибкости, пластичности психических процессов, в то время как низкий уровень внушаемости может указывать на их ригидность и такие черты характера, как недоверчивость и подозрительность, нетерпимость и непримиримость к чужому мнению, выраженный эгоцентризм.

Исследование внушаемости в норме проведено у 998 детей и подростков 3—16 лет без нервно-психических нарушений. Проводились стандартизованное индивидуальное интервью, анкетирование, ряд проб на внушаемость в области обоняния (внушение несуществующего запаха лекарства); осязания (внушение чувства теплоты на одном участке тела после прикосновения к коже в другом месте и более теплой одной из пробирок); слуха (внушение несуществующего звука, идущего из «специального прибора»). Внушающим значением обладала главным образом сама информация, содержащаяся в словесной инструкции, а не искусственно создаваемая тональность речи и ее директивность.

Внушаемость в суммарном выражении всех проб после некоторого понижения в 5 лет достоверно повышается в младшем школьном возрасте, достигая максимума в 10 лет (77% — у мальчиков и 70% — у девочек). В последующие годы, т. е. в подростковом возрасте, происходит снижение внушаемости, особенно у мальчиков в 12 лет, с минимумом в 15 лет — 41% мальчиков и 37% девочек. Внушаемость в 15 лет аналогична внушаемости в 5 лет. Таким образом, в возрасте 5, 14 и 15 лет у мальчиков и девочек и 12 лет у мальчиков отмечается снижение внушаемости. В 5 лет данный феномен объясняется развитием конкретного мышления, более критическим восприятием поступающей извне информации, а также доминирующей ориентацией на самооценку, чем на оценку других лиц или смешанную оценку (по данным параллельно проведенного опроса). Уменьшение внушаемости в 12 лет у мальчиков связано с заостренной в этом переходном возрасте нервностью и агрессивностью, некоторой настороженностью в контактах. В конце подросткового возраста снижение внушаемости обусловлено известной рационализацией чувств и развитием аналитического уровня мышления. Снижение внушаемости в подростковом возрасте сопровождается повышением конформности как сознательного изменения своего личного мнения в пользу группового при фактическом несогласии с последним.

Увеличение внушаемости в возрастном интервале 7—11 лет объясняется формированием таких нравственно-этических сторон личности, как чувство долга и обязанности. Дети этого возраста, находясь в еще новой для них социальной позиции школьника, как бы чувствуют себя обязанными оправдать ожидания взрослого, подтверждая положительным ответом содержащуюся в пробах информацию. Другими словами, это — желание заслужить хорошую оценку, соответствовать привносимым извне нормам и предписаниям, быть тем, о ком хорошо говорят и отзываются. В младшем школьном возрасте, по данным проведенного нами опроса, изменяется ориентация в оценочной сфере личности, когда значимость мнения о себе (самооценка) дополняется значимостью мнения других о тебе, являясь основой для увеличения с возрастом значения смешанной оценки. Внушающим эффектом в этом случае будет обладать совпадение (резонанс) мнения другого, т. е. экспериментатора с собственным мнением, во многом основанным в данном возрасте на чувстве долга и обязанности.

Внушаемость не имеет различий по полу, встречаясь у 56% мальчиков и у 58% девочек. У мальчиков внушаемость достоверно различается в 7 лет у дошкольников и в 7 лет — у школьников; у девочек подобные изменения отсутствуют [эксперимент проводился в 1981 г., - прим.]. Это указывает на большую чувствительность мальчиков к социальным аспектам межличностных отношений и тем самым на большую социальную опосредованность внушаемости. У мальчиков внушаемость выше при доминирующей ориентации на оценку взрослых, а не сверстников, а также у тех из них, кто испытывает желание сразу стать взрослым, а не расти «как есть». У девочек нет подобных различий. Зато у них большее значение для внушаемости имеет «магическая» настроенность — вера в необычные, сверхъестественные явления, приметы вроде черной кошки, чета и нечета, несчастливых чисел и т. д.

Не оказывают существенного влияния на внушаемость, как у мальчиков, так и у девочек, степень успеваемости и школьной адаптированности, фактор неполной семьи и нервности. Отрицательная

взаимосвязь найдена между выраженностью страхов и внушаемостью. Чем больше страхов, тем меньше внушаемость, и наоборот. Боязливый ребенок более насторожен к восприятию новой, незнакомой для него информации, непроизвольно защищая себя таким образом от дополнительных факторов риска. Представляет интерес и то, что упрямые по оценке воспитателей мальчики-дошкольники достоверно менее внушаемы, чем неупрямые. У девочек имеется противоположно направленная тенденция. Упрямство у мальчиков, следовательно, имеет более устойчивый характер, чем у девочек.

Внушаемость при неврозах изучена у 199 детей и подростков (121 мальчик и 78 девочек).

Разработанная нами шкала внушаемости содержит 12 проб, каждая из которых оценивается при положительном результате в 2 балла (1 балл — в случае колебаний испытуемого в принятии решения). В количественном выражении шкала внушаемости имеет диапазон различий 0—24 балла:

1-я проба — внушение несуществующего запаха в пробирке; «Перед тобой две пробирки, понюхай и скажи, в которой из них ты чувствуешь запах лекарства».

2-я проба — испытуемый находится в позе Ромберга с закрытыми глазами; поддерживая слегка его руки, произносят: «Сейчас потянет немного вперед».

3-я проба: «Сейчас я дотронусь до нерва на шее (у дошкольников — просто до шеи), и ты почувствуешь тепло в животе». Эффект оценивается спустя 5 с.

4-я проба — степень задаваемого врачом эмоционального вовлечения в игре «кегли».

5-я проба — подражание броскам врача в игре «кегли», особенно нерациональным с точки зрения выигрыша.

6-я проба — дав ребенку возможность посмотреть в калейдоскоп, сделать это самому врачу и со словами: «Вот и бабочка» — передать ребенку.

7-я проба — по инструкции ребенок прижимает к себе руки, и врач несколько секунд спустя пытается слегка разжать их со словами: «Руки теперь слабеют, опускаются».

8-я проба — степень достигаемой релаксации в кресле. Показателем является тяжесть слегка приподнимаемой врачом руки через 15 с, а также отсутствие быстрого открывания глаз.

9-я проба: «Скажи, какие города ты знаешь: Москву, Ленинград, Киев...» Проба положительна, если начинают перечислять города в таком же порядке. У дошкольников называется ряд животных.

10-я проба — показ картинки с пояснением, противоречащим содержанию. Используется одна из картинок ТАТ (тематического апперцепционного теста), на которой изображен не совсем ясный силуэт девочки, скорее, поднимающейся по лестнице, чем спускающейся с нее. Инструкция гласит: «Скажи, это мальчик (с акцентом) или девочка идет вниз по лестнице».

11-я проба — внушение писка, подобно комариному, идущего из «специального прибора». Испытуемый при этом стоит спиной. Можно уточнить, с какой стороны звук слышен более отчетливо.

12-я проба — внушение, что одна из пробирок более теплая при фактически равной их температуре.

При неврозах, как и в норме, чувствительность к внушающему воздействию в области слухового анализатора ниже, чем в области обоняния и осязания, причем данное соотношение не имеет существенных различий при неврозах и в норме, доказывая одинаковую внушаемость при них и опровергая миф о большей внушаемости больных неврозами. С одной стороны, их эмоциональность, впечатлительность и некоторая наивность способствуют внушаемости, с другой — большее число страхов и развивающаяся тревожность снижают ее уровень. В результате мы имеем аналогичную норме внушаемость.

Перечисленные пробы могут быть дополнены в дошкольном возрасте пробой: «Скажи, а...». Врач, как бы между прочим, произносит эту фразу, делая незаметную паузу, чтобы продолжить: «...ты ходишь в детский сад». Если ребенок, не дожидаясь продолжения фразы, сразу повторяет «а» (как при осмотре ЛОР), то проба считается положительной.

При подсчетах используется средний балл внушаемости, получаемый от деления суммы всех баллов по 12 пробам на число испытуемых. Как и в норме, средний балл достоверно более выражен в младшем школьном возрасте, т. е. дети в этом возрасте более внушаемы.

Понижает внушаемость соматическая отягощенность при неврозах вследствие возрастающей тревожной транскрипции происходящих событий. Невропатия не оказывает влияния на внушаемость. При наличии конфликта в школе со сверстниками или с отцом в семье внушаемость ниже, а при конфликте с матерью — выше (по отношению к врачу-мужчине). Определенные колебания

внушаемости, главным образом в сторону повышения, наблюдаются при повторных измерениях в случае успеха или неуспеха в игре в кегли. Это подчеркивает как влияние стрессовых переживаний, так и динамичный характер самой внушаемости.

Как и в норме, внушаемость при неврозах не имеет различий у мальчиков и девочек — 14,0 и 13,9 баллов соответственно. При соотнесении с нозологическими формами внушаемость (как гетеровнушаемость) менее всего выражена при истерическом неврозе, указывая на эгоцентризм и завышенный уровень притязаний. По данным наблюдений, у этих детей развито самовнушение, что позволяет лучше понять резистентность этих больных к корригирующему воздействию извне. Относительно более выражена внушаемость у детей с неврозом страха и обсессивным неврозом. Понимать это нужно не как то, что страхи и тревожность способствуют внушаемости (как мы видели, они, наоборот, понижают ее), а как следствие наличия у этих детей гипертрофированного чувства ответственности и долга, обязывающего поступать их согласно социально одобряемым нормам поведения.

Внушаемость у детей и подростков, разделенная на группы выше и ниже среднего балла, рассмотрена в связи с клиническим профилем родителей по вопроснику MMPI. У обоих родителей более внушаемых детей (мальчиков и девочек) по сравнению с родителями менее внушаемых выявлены достоверно более низкие показатели по шкалам: «паранойяльность» (6) и «психастеничность» (7). Это означает, что родители внушаемых детей не склонны к подозрительности, нетерпимости, предвзятости суждений, сверхценным идеям (6-я шкала), тревожной мнительности (7-я шкала). В свою очередь, подобные черты личности присущи родителям менее внушаемых, часто более настороженных, недоверчивых и упрямых (с ригидными установками) детей. У более внушаемых мальчиков оба родителя, помимо низких показателей по 6-й и 7-й шкалам, имеют достоверно сниженные показатели по шкалам «ипохондричность» (1) и «истероидность» (3). Следовательно, родители внушаемых мальчиков не склонны фиксироваться на неприятных ощущениях (1-я шкала); им не свойственно болезненное самовнушение, вытеснение неприятных чувств и переживаний (3-я шкала). У матерей внушаемых мальчиков отметим также достоверно меньшую склонность к конфликтности (4-я шкала), соблюдению формальных отношений (дистанции) при общении (8-я шкала), раздражительности, вспыльчивости и нетерпеливости (9-я шкала). У отцов внушаемых мальчиков достоверно реже встречаются депрессивные реакции, сниженный фон настроения (2-я шкала). Для матерей внушаемых девочек не характерен (достоверно) субдепрессивный (2-я шкала) и социально интровертированный тип реагирования (0 шкала).

Таким образом, внушаемость у детей находится в связи с определенными личностными особенностями родителей. При прочих ровных условиях внушаемость у детей менее выражена при наличии у родителей негибкости мышления, предвзятости и нетерпимости, тревожности и мнительности, фиксации болезненных ощущений, пессимистической оценки перспективы, конфликтности, склонности к соблюдению излишней дистанции в отношениях с людьми. Все эти черты можно расценивать как своего рода незримый антисуггестивный барьер, который всегда следует учитывать в процессе психотерапии неврозов у детей.

Отметим также отсутствие повышения внушаемости после проведения курса психотерапии. Внушаемость, как показывают повторные измерения, или сохраняется на прежнем уровне, или имеет тенденцию к понижению.

Для лучшего понимания источников психогенных изменений в формировании личности детей необходимо рассмотреть личность родителей, отношения в семье и характер воспитания.

Глава 5. ЛИЧНОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ И ОТНОШЕНИЯ В СЕМЬЕ

Как отмечает М. М. Кабанов, клиническая симптоматика в психиатрии дополняется в настоящем методами психологической диагностики, включая социально-психологические и социологические ее аспекты (Кабанов М. М., 1979).

Состав семьи и образование родителей

Среднее число членов семьи у 131 мальчика с неврозами — 3,7; у 70 девочек — 3,9; в среднем —

3,8. Эти цифры практически не отличаются от нормы. Из членов прародительской семьи чаще проживает бабушка ребенка по линии матери — 25%, реже — дедушка по линии матери — 9%, родители отца соответственно — 9 и 3%. Преобладание бабушек ребенка по линии матери подчеркивает зависимость от нее у дочери. Обращает внимание незначительное число проживающих в семье дедушек по обеим линиям.

Количество совместно проживающих бабушек и дедушек уменьшается при двух детях, особенно если один из них — мальчик (тем более — оба). В семьях двух девочек подобные различия отсутствуют. Следовательно, родители, имеющие сыновей, более независимы от прародительской семьи, чем родители дочерей.

Высшее, большей частью техническое, образование имеют 74% матерей (из 172) и 67% отцов (из 144). В неполных (вследствие развода) семьях матерей с высшим образованием несколько больше (79%), чем в полных (72%); у матерей мальчиков это соотношение более выражено (81—71%).

Ведущая профессиональная группа представлена ИТР — инженерно-техническими работниками, преобладающими как у матерей (58%), так и у отцов (61%), с доминирующим при этом высшим образованием.

Приводимые цифры высшего образования и ИТР среди родителей значительно превышают аналогичные показания в норме. Более того, в последние годы заметно нарастание количества детей, больных неврозами, родители которых составляют именно данную группу. В первую очередь это относится к матерям с инженерным образованием. Проблема здесь в особенностях мышления, адекватного для производства, но не всегда естественно приложимого к воспитанию детей. Обычно гипертрофируется его интеллектуальная сторона, что сопровождается повышенными требованиями в отношении раннего оперирования абстрактными понятиями, умения считать и писать. Не придавая значения детской непосредственности и эмоциям, эти родители нередко воспринимают своего ребенка как «почти готового взрослого», чрезмерно рационализируют его. чувства и строят воспитание на заранее заданных схемах, трафаретах, шаблонах. Дети выздоравливают только тогда, когда матери перестраивают подобный стиль отношений с ними.

Личность родителей

Разработанная нами *шкала невротизации* — это стандартизованное интервью с родителями из 35 пунктов для выявления невротических симптомов и личностных проблем (см. приложение). Данные интервью со 154 матерями и 97 отцами детей с неврозами сопоставлены с данными у 232 матерей и 87 отцов детей в норме. У матерей детей с неврозами достоверно чаще выявлены положительные ответы на следующие утверждения, предваряемые общим вопросом: «Можно ли сказать, что...», «...Вы легко устаете?» (1-й пункт шкалы); «...легко раздражаетесь?» (2-й); «...у Вас часто меняется настроение?» (4-й); «...Вы часто находитесь в состоянии беспокойства?» (3-й); «...у Вас часто болит голова в результате напряжения и утомления?» (5-й); «...у Вас наблюдается ощутимое понижение половой потребности или способности?» (8-й); «...Вы неудовлетворены взаимоотношениями с ребенком?» (10-й); «...Вы могли бы быть намного активнее, чем вы есть?» (14-й); «...Вам трудно собраться с мыслями и вы легко теряетесь?» (17-й); «...Вы часто сомневаетесь в правильности своих решений?» (19-й); «...у Вас часто бывает плохое, пониженное настроение?» (24-й); «...Вы испытываете состояние внутреннего напряжения, от которого не можете полностью избавиться?» (29-й); «...Вы находите свое состояние сейчас не совсем естественным, в какой-то мере болезненным и хотели бы избавиться от него?» (35-й). Таким образом, получены 13 наиболее информативных для невротического состояния признаков. Но и остальные признаки шкалы имеют тенденцию большей выраженности у матерей, чьи дети больны неврозом. В итоге, индекс невротизации (среднее число положительных ответов) у матерей мальчиков составляет 16, у матерей девочек — 18 (достоверно больше). У матерей как мальчиков, так и девочек он достоверно больше, чем в норме.

У отцов детей с неврозами из отдельных пунктов шкалы имеются только два достоверных различия с нормой при положительных ответах на вопросы: «Вы часто сомневаетесь в правильности своих решений?» (19-й) и «Вам крайне трудно ждать?» (21-й). Более выражено большинство других признаков (но не все, как у матерей). В целом, индекс невротизации у отцов детей с неврозами достоверно меньше по сравнению с матерями, как у мальчиков (11), так и у девочек (9,5). По сравнению с нормой он достоверно выше только у отцов мальчиков.

При наличии невротического состояния, подтвержденного данными дополнительного обследования, индекс невротизации у матерей (22) и отцов (22) достоверно выше, чем при отсутствии этого состояния (у матерей — 9, у отцов — 7).

Если в полных семьях индекс невротизации выше у матерей девочек, то в неполных семьях он достоверно выше у матерей мальчиков. Косвенно это указывает на большую выраженность собственных проблем у матери и трудностей во взаимоотношениях с оставшимся без отца сыном.

На основании приведенных данных можно считать, что шкала невротизации обладает необходимой валидностью (надежностью), поскольку с ее помощью удается дифференцировать различия у родителей детей с неврозами и в норме, как и подтвердить наличие у них невротического состояния. Оно выявлено у 62% матерей и 24% отцов. Мы видим, что большинство матерей детей с неврозами сами больны неврозом, и значительно чаще (достоверно), чем отцы. Невротическая заболеваемость матерей в полных семьях не имеет значимых различий у мальчиков и девочек, у отцов мальчиков она достоверно больше, что неблагоприятно отражается на взаимоотношениях с ними. Нозологическая форма невроза у родителей, уточняемая направленным интервью, не обязательно соответствует форме невроза у детей. Как и у детей, преобладающей клинической формой невроза у родителей будет неврастения.

По данным дополнительного интервью, 61% матерей и 36% отцов в детстве имели достаточно выраженные признаки нервности. Здесь речь идет не обязательно о неврозе, поскольку проявления нервности многообразны. Но даже и *с* этой поправкой следует обратить внимание на достоверно большую нервность со стороны матерей (преимущественно невропатической природы), находящую отражение и в большей степени их невротизации в настоящем, чем у отцов. В приводимых ранее данных о распространенности общей нервности у детей и подростков число нервных мальчиков превышает число девочек, т. е. имеет место противоположное соотношение. Матери, чьи дети заболевают неврозом, оказываются, таким образом, еще с собственного детства более слабыми в нервном отношении, чем отцы.

Средний возраст начала невротического заболевания (нередко заострения предшествующей латентной невротической симптоматики) у 46 опрошенных матерей составляет 27 лет, что опережает средний возраст при рождении детей — 28,5 лет — и тем более возраст матерей при возникновении невроза у детей — 34 года. В отношении отцов более трудно составить мнение о среднем возрасте начала невротического заболевания, но он также часто находится в границах, предшествующих рождению детей и появлению у них невроза.

Невротизация матерей не имеет существенных различий в связи с возрастом детей. У отцов имеется тенденция к снижению невротизации по мере взросления детей, достоверно уменьшаясь у отцов девочек в подростковом возрасте (по сравнению с дошкольниками).

Заболеваемость неврозом наиболее выражена у матерей детей с неврозом страха (71%). При неврастении у детей и обсессивном неврозе она уменьшается (63 и 56% соответственно), достигая наименьшей выраженности (44%) при истерическом неврозе (по сравнению с матерями детей с неврозом страха — на достоверном уровне). У отцов невротизация несколько выше при неврастении у детей.

Представляют интерес проблемы, беспокоящие матерей, от которых они хотели бы избавиться перед началом совместного лечения *с* детьми. В первую очередь это повышенная раздражительность, возбудимость наряду с выраженным состоянием беспокойства и тревоги, затем утомляемость и сниженный фон настроения, неуверенность и нерешительность. Беспокоят матерей и неблагополучие в соматической сфере, частые головные боли (в рамках синдрома вегетососудистой дистонии при неврозах), а также нарушенный сон. Приведем отдельные высказывания: «Меня беспокоят раздражительность, страхи за детей — постоянно кажется, что их жизни угрожает опасность»; «Постоянное чувство беспокойства, ожидания какого-то несчастья»; «Мне очень мешает чувство неуверенности в личном и профессиональном общении, иногда приходится поступаться даже принципиальными вещами»; «Тяготят неуравновешенность, граничащая с истеричностью, возникшая в последние годы, неумение справиться с собой. Проявляется это чаще всего в семейных, а не деловых ситуациях».

В сексуальной сфере отношений также отмечается неблагополучие. В приведенной шкале невротизации на вопрос: «Можно ли сказать, что у Вас наблюдается ощутимое понижение половой потребности или способности?», утвердительный ответ дали 40% матерей детей с неврозами и 22% в норме (различие достоверно). У отцов подобное соотношение менее выражено (26—18,5%).

Неудовлетворенность половой жизнью отмечают 53% матерей, редкий оргазм или его отсутствие — 62,5%. При неудовлетворенности половой жизнью и отсутствии оргазма достоверно чаще имеют место головные боли.

Для оценки соматического состояния использовалась во время интервью дополнительная шкала с перечислением 15 групп соматической патологии. Если у матерей детей с неврозами нет различий по сравнению с нормой (по среднему баллу), то у отцов детей с неврозами наблюдается тенденция к увеличению соматической отягощенности. Единственное достоверное различие касается более частых головных болей у отцов детей с неврозами (у матерей различия на уровне тенденции). Таким образом, головные боли — достаточно распространенный симптом, общий у матерей и отцов детей с неврозами. В большинстве случаев головные боли носят функциональный характер, как проявление синдрома вегетососудистой дистонии.

Индекс соматической отягощенности значительно возрастает у матерей и отцов при наличии невротического состояния. Без связи с последним соматическая отягощенность более всего выражена у родителей детей с неврастенией.

Отдельно рассмотрена психосоматическая патология у родителей. У матерей детей с неврозами она выражена в 42% случаев, у отцов — в 49%. Психосоматическая патология достоверно чаще имеет место при невротическом состоянии, чем при его отсутствии (у матерей — 75— 42%, у отцов — 82— 38%). Психосоматические нарушения включают в себя главным образом функциональные колебания артериального давления, головные боли (чаще, чем в норме, мигренеподобного характера), боли в области сердца, затем нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, колиты, дискинезии желчевыводящих путей).

Другой разработанный нами *вопросник — магического настроя* (взрослый вариант) — состоит из 48 утверждений-вопросов в отношении веры в наговоры, предрешенность событий, судьбу, предзнаменования, магию и волшебство, гороскопы и т. д. Ответы при интервью с 65 матерями и 52 отцами детей с неврозами сравнивались с ответами 40 матерей и 20 отцов в норме. У матерей детей с неврозами выявлен достоверно более высокий уровень магического настроя (по среднему баллу), у отцов — различия на уровне тенденции. При неврозах у детей магический настрой у матерей достоверно более выражен, чем у отцов.

Заслуживает внимания и достоверно большая выраженность магического настроя у обоих родителей при наличии невротического состояния, чем при его отсутствии. Таким образом, магический настрой — неотъемлемая характеристика личности родителей, больных неврозами, часто отражающаяся в тревожности матерей и мнительности отцов. Достоверно больше выражен магический настрой у родителей детей с обсессивным неврозом по сравнению с родителями детей с другими диагнозами, поскольку именно при обсессивном неврозе у детей имеет место тревожно-мнительная констелляция черт характера родителей.

Соотношение между магическим и авторитарным настроем изучалось с применением *вопросника — «авторитарные предпочтения»,* состоящего из 16 составленных нами утверждений. Интервьюированы 61 мать и 47 отцов детей с неврозами. Одна часть вопросника касалась доминантности (утверждения типа: «организаторами не становятся, ими рождаются», «сильный всегда победит слабого», «цель все же должна оправдывать средства» и т. д.), другая — установок паранойяльного типа (утверждения: «необходимо считаться с тем, что каждый человек в чем-то завидует другим», «терпимость скорее говорит о слабости, а не о силе человека», «доверять другому следует только после проверки его искренности» и т. д.). Обнаружена достоверная связь между авторитарным и магическим настроем. Чем более выражены у родителей авторитарные установки, тем более они «магически настроены», т. е. склонны к различного рода суевериям, предрассудкам и вере в необычные, необъяснимые наукой явления. Вместе с тем вопросник «авторитарные предпочтения», как показали данные дополнительных исследований, коррелирует с конформностью, т. е. согласие родителей с тем или иным утверждением вопросника еще не означает соответствующего поведения в жизни, отражая лишь известную заданность (конвенциальность) лежащих в его основе суждений.

Следующий *вопросник — «пословицы»* — составлен из 67 русских народных пословиц, говорящих о некоторой категоричности, однозначности, заданности суждений типа: «кто бежит, тот и спотыкается»; «один битый двух небитых стоит»; «сколько волка ни корми, он все в лес смотрит»; «какова мать, такова и дочь»; «тише едешь, дальше будешь»; «за чем пойдешь, то и найдешь»; «маленькая собачка до старости щенок»; «что посеешь, то и пожнешь», и т. д. Опрошены 125 матерей и 80 отцов детей с неврозами, 87 матерей и 31 отец детей в норме. Пословицы оказались достоверно более

приемлемыми для родителей детей в норме, чем при неврозах у детей. Объясняется это более выраженными конформными установками у родителей детей в норме, стремящихся в большей степени соглашаться с традиционными, общепринятыми нормами и предписаниями, лежащими в основе пословиц. У родителей детей с неврозами проявляется в большей степени нонконформизм, стремление к независимости и самостоятельности суждений, подчеркнутое индивидуальностью, гипертрофированным чувством «я». Таким образом, вопросник «пословицы» целесообразно применять для измерения уровня конформности, в чем он может иметь и самостоятельное значение. Собственно говоря, и предыдущий вопросник выявляет не только авторитарные предпочтения, но и конформные установки, поскольку выраженность его в норме (у матерей) существенно больше, чем при неврозах.

Ответы на пословицы делились на приемлемые, частично приемлемые и неприемлемые. Если приемлемость, как уже отмечалось, больше представлена в норме, неприемлемость — при неврозах, то при последних достоверно чаще звучит и частичная неприемлемость пословиц. Это свидетельствует о колебаниях в ответах, в ряде случаев о мнительности, более характерной для родителей детей с неврозами.

Разработанные нами вопросники «шкала невротизации», «магический настрой», «авторитарные предпочтения», «пословицы» позволяют более содержательно раскрыть некоторые стороны личности родителей детей с неврозами. Эту же цель имеет и использование таких адаптированных в нашей стране вопросников, как MMPI, Кеттела, Розенцвейга, незаконченные предложения, Лири, а также цветовой тест Люшера.

Вопросник Айзенка (форма Б) после отсева части протоколов по шкале лжи обработан у 280 матерей и 204 отцов детей с неврозами по сравнению с 250 матерями и 160 отцами в норме. Отсеянные по шкале лжи бланки преобладают в норме. Родители детей с неврозами, заинтересованные лечением детей, более откровенны в ответах (у матерей — на достоверном уровне), что подтверждается и данными других тестов. В какой-то мере это говорит и о большей конформности родителей в норме, стремящихся представить себя с более приемлемых социальных позиций, чем это есть на самом деле. В группе неврозов неоткровенность в ответах наибольшая у родителей детей с обсессивным неврозом, что подчеркивает характерную для них психологическую «закрытость» и стремление создать о себе лучшее представление, чем оно есть фактически.

По шкале «экстраверсия — интроверсия» у матерей детей с неврозами достоверно большая экстравертированность, чем в норме (12,3—11,6); у отцов, наоборот, тенденция к большей интровертированности (11,9—12,3). Большей экстравертированностью в группе неврозов обладают родители детей с неврастенией, достоверно меньшей — матери детей с обсессивным неврозом и отцы детей с неврозом страха.

По шкале «нейротизм» достоверно большие показатели у родителей с неврозами по сравнению с нормой (у матерей — 14,8—11,1; у отцов — 11,1 — 10,5). Больший нейротизм в группе неврозов имеют матери детей с неврозом страха и неврастенией; достоверно меньший — матери детей с истерическим неврозом. Наибольший нейротизм у отцов детей с обсессивным неврозом; достоверно наименьший — у отцов детей с истерическим неврозом. Следовательно, у обоих родителей детей с истерическим неврозом наименьшая степень нейротизма.

На основе показателей шкал «экстраверсия-интроверсия» и «нейротизм» определяется тип темперамента родителей, разделяемый, согласно интерпретации вопросника, на холерический, сангвинический, флегматический и меланхолический.

У матерей детей с неврозами более заметно, чем в норме, преобладают холерический и меланхолический темпераменты. У отцов детей в норме нет увеличения этих типов темперамента. При неврозах у детей достоверно чаще выявляется меланхолический темперамент. В целом, можно говорить об относительно большей выраженности у родителей детей с неврозами крайних типов темперамента.

Супружеские пары при неврозах у детей (93) и в норме (64) сравнивались по подобию и разности темперамента. Разными будут пары, обладающие сочетанием «холерик или сангвиник» (один родитель) — «флегматик или меланхолик» (другой родитель). У родителей детей с неврозами и в норме доминируют супружеские пары с подобием темперамента (при неврозах подобие — разность, соответственно, 53— 47%, в норме — 60— 40%). В норме подобие темперамента достоверно больше его разности, при неврозах у детей оно незначительно превышает разность темпераментов.

У матерей при всех клинических формах невроза у детей заметно преобладание крайних типов темперамента: при неврастении — холерического и меланхолического; при остальных диагнозах — главным образом меланхолического. У отцов при неврастении и истерическом неврозе у детей

выделяется сангвинический темперамент, при неврозе страха — флегматический.

Отнесем каждого из родителей в группу «холерик — сангвиник» или «флегматик — меланхолик» и условно обозначим эти группы как «быстрые» и «медленные» по темпераменту. При неврастении у детей доминирующей у матерей (тенденция) и отцов (достоверно) будет группа с быстрым темпераментом. При неврозе страха, наоборот, ведущей группой у матерей (тенденция) и отцов (достоверно) окажется группа с медленным темпераментом. Она же достоверно преобладает у матерей детей с обсессивным неврозом.

MMPI — Миннесотский многомерный личностный перечень — содержит 10 шкал: 1 — ипохондричность; 2 — депрессивность: 3 — истероидность; 4 — психопатичность; 5 — мужественность — женственность; 6 — паранойяльность; 7 — психастеничность; 8 — шизоидность; 9 — гипоманиакальность; 0 — социальная интровертированность. Эти шкалы не определяют диагноза, являясь лишь индикаторами определенного типа клинического и личностного реагирования.

После отсева неправильно заполненных ответных бланков в исследуемой выборке было 180 матерей и 135 отцов детей с неврозами, 130 матерей и 118 отцов в норме. Распределение по диагнозу у детей: неврастения — 47%; истерический невроз — 12%; невроз страха — 21%; обсессивный невроз — 20%.

Интерпретация шкал профиля производится в зависимости от степени их выраженности, как правило, не достигающей клинических значений. В тексте употребляются только достоверные различия. Номер шкалы профиля или сочетание наиболее выделяющихся шкал (код) приводится в скобках.

По сравнению с нормой у матерей и отцов детей с неврозами более выражены шкалы «F», 2, 3, 4, 6, 8, 0. Это означает, что у них представлены в большей степени такие характеристики, как чувство внутреннего напряжения и недовольства, неконформная установка («F»), невысокий биотонус, пониженный фон настроения, чувство внутренней неудовлетворенности, моральный дискомфорт, пессимистическая оценка перспективы (2); эгоцентризм, стремление к вытеснению неприятных переживаний, эмотивность, заостренная потребность в признании и поддержке (3); внутренняя противоречивость, проблемы самоконтроля, трудности во взаимоотношениях с окружающими, конфликтность (4); повышенная чувствительность в сочетании с недоверчивостью, подозрительностью, нетерпимостью к другому мнению, упрямством и негибкостью мышления, склонностью к образованию ситуационно обусловленных сверхценных идей, предвзятым оценкам и излишне категоричным (бескомпромиссным) суждениям (6); недостаточная эмоциональная отзывчивость (откликаемость), соблюдение излишней дистанции в отношениях, их формализация (8); затруднения в межличностных контактах (0).

Вместе с тем конфигурация профиля матерей и отцов детей с неврозами, несмотря на свою приподнятость, соответствует в общих чертах очертаниям профиля у родителей в норме. Это подчеркивает отсутствие грубых изменений личности, заострение ее отдельных черт. Приподнятость 6-й и 8-й шкал у родителей детей с неврозами объясняется главным образом наличием гиперсоциальных черт характера, создающих дополнительные проблемы в межличностных отношениях. В данной связи невроз у детей — следствие таких психопатоподобных аспектов отношения родителей, как недостаточная отзывчивость и душевность, чрезмерная принципиальность, требовательность при одновременной негибкости, недоверии к возможностям детей и формализме в отношениях с ними.

Помимо перечисленных шкал, у матерей по сравнению с нормой отмечаются подъемы по 1-й, 7-й, 9-й шкалам профиля, свидетельствуя, дополнительно к сказанному, о наличии многочисленных соматических жалоб, хронической усталости (недомогания), ипохондрической фиксации болезненных ощущений (1); неуверенности в себе и беспокойстве, чертах тревожной мнительности, озабоченности вопросами морали, повышенном внимании к знакам авторитета (7); эмоциональной возбудимости, раздражительности и несдержанности (9).

Приподнятость у матерей 2-й и 7-й шкал (код 2—7) говорит о тревожности, чувстве собственной неполноценности, т. е. подчеркивает преимущественно невротические изменения личности.

У отцов по сравнению с нормой также приподнята 5-я и опущена 9-я шкала, указывая на повышенную чувствительность, мягкость характера в сочетании с недостатком побуждений, снижением активности и заниженной оценкой собственных возможностей.

Психопатологическая измененность личности более заметна у матерей, у которых профиль при неврозах у детей выше, чем у отцов, по всем шкалам, кроме 5-й. Матери в большей степени, чем отцы, внутренне напряжены и неудовлетворенны, эмотивны и конфликтны, недоверчивы (боязливы) и

неуверены в себе, недостаточно отзывчивы, испытывают трудности в установлении межличностных отношений.

Выраженной психопатологической отягощенностью обладают профили матерей у мальчиков при неврастении и истерическом неврозе, а также профили обоих родителей девочек с неврозом страха. Так же заметно изменен профиль у отцов девочек с неврастенией и истерическим неврозом. Таким образом, у детей с неврастенией и истерическим неврозом наблюдается большая клиническая отягощенность у родителя противоположного пола, что создает дополнительные проблемы на пути установления эмоционального контакта с детьми. Наибольшая измененность профиля у обоих родителей при неврозе страха у девочек объясняет их многочисленные страхи как результат неспособности родителей обеспечить обучение адекватной психологической защите от них. Правая часть профиля более приподнята у матерей мальчиков и отцов девочек с обсессивньм неврозом, т. е. опять же у родителей противоположного с детьми пола, подчеркивая недостаточную эмоциональную отзывчивость (формализм) как препятствие на пути установления эмоционального контакта с детьми другого пола.

Выделим, при каких диагнозах невроза у детей достигают максимальной выраженности те или иные шкалы профиля. У обоих родителей детей с истерическим неврозом наиболее выражена, особенно у девочек, 4-я шкала, как акцент на родительскую импульсивность, проблемы самоконтроля, конфликтность. При этом же диагнозе у отцов отмечаются, опять же больше в семьях девочек, максимальные подъемы по 1-й и 3-й шкалам: плохое самочувствие, ипохондрическая фиксация болезненных ощущений, эгоцентризм и эмотивность, заостренная потребность в признании и поддержке. У отцов мальчиков с истерическим неврозом — максимум подъема по 5-й шкале, что характеризует отцов как повышенно-чувствительных и сентиментальных.

Больше всего максимально выраженных шкал у родителей детей, прежде всего девочек, с неврозом страха: 2, 6, 7, 8, 0 (у матерей максимумы наблюдаются также по 1-й и 3-й шкалам). У обоих родителей это говорит о сниженном фоне настроения, тревожной мнительности и неуверенности в себе, наряду с негибкостью мышления, склонностью к образованию сверхценных идей, формализацией отношений и затруднениями в межличностных контактах. Обращает внимание при данном диагнозе не максимальная, а минимальная величина шкалы «F», выражающая подчеркнутую склонность родителей следовать конвенциальным нормам. У матерей детей с обсессивным неврозом шкала «F», наоборот, представлена максимально, что подчеркивает высокое внутреннее напряжение, недовольство, отсутствие конформности.

Рассмотрим сочетания выраженных шкал профиля у родителей в зависимости от диагноза и пола детей. У матерей мальчиков с неврастенией и истерическим неврозом выделяются 2-я и 7-я шкалы профиля (код 2—7). Эти матери эмоционально депримированы, тревожны. У них низкая самооценка, пессимистическая оценка перспективы. У матерей мальчиков с неврозом страха код 2—6 говорит об ожидании опасности, недоброжелательного отношения окружающих при аффективно-ригидном, сниженном фоне настроения. У матерей мальчиков с обсессивным неврозом код 6—8 трактуется как склонность к формированию сверхценных образований, исходящих из представления о наличии абстрактно воспринимаемой угрозы извне. В подобных характеристиках можно найти источники навязчивого оттенка беспокойства у детей, максимально представленного при фобиях. Код 2—8 характерен для матерей девочек с неврастенией и обсессивным неврозом, что указывает на беспокойство, растерянность, плохую продуктивность, выраженные затруднения в установлении непринужденных, непосредственных отношений.

У отцов мальчиков при всех диагнозах, девочек с неврастенией и истерическим неврозом преобладает код 2—5, расцениваемый как сензитивность, ранимость, незащищенность, склонность к аутоагрессивным реакциям и чувству вины. У отцов девочек с неврозом страха код 2—7—9 выделяет ощущение угрозы, тревожно-депримированный фон настроения, недостаточную уверенность в себе при повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности и обидчивости. У отцов девочек с обсессивным неврозом код 5—8 указывает на мягкость характера при излишней формализации (рационализации) отношений с окружающими.

Выраженность шкал профиля рассматривалась и в связи с типом темперамента родителей (по Айзенку). У матерей и отцов в группе с холерическим и сангвиническим темпераментом, вместе взятым, наблюдается подъем по 9-й шкале, что указывает на повышенную эмоциональную возбудимость и раздражительность.

В группе флегматического и меланхолического темперамента чаще отмечается заострение 2-й и 0 шкал, что подчеркивает внутреннюю неудовлетворенность, пониженное настроение, трудность в

установлении межличностных отношений. У матерей (достоверно) и отцов (тенденция) заметно выделение 7-й шкалы — психастеничности, т. е. эти лица в большей степени испытывают неуверенность в себе, в правильности своих действий, они более тревожны, мнительны и загружены переживаниями. Существенны также изменения по 4-й и 6-й шкалам. Если у матерей 4-я шкала преобладает в группе холерического и сангвинического темперамента, то у отцов, наоборот, 6-я шкала доминирует в группе флегматического и меланхолического темперамента. У матерей это — большая импульсивность, проблемы самоконтроля, внутренняя противоречивость и конфликтность; у отцов — повышенная чувствительность, недоверчивость, негибкость мышления и склонность к образованию сверхценных идей.

Из дополнительных шкал MMPI выделены для последующего анализа следующие: At — тревожность (шкала Тейлора); Dy — зависимость; Do — доминантность; Lp — лидерство; Es — сила «я»: Cn — контроль; Rp — играние ролей; G — общая личностная изменчивость; Gm — общая плохая приспособляемость. Количество опрошенных при неврозах и в норме то же, что и раньше, поскольку для обработки использовались те же ответные листы.

Матери и отцы детей с неврозами (как у мальчиков, так и у девочек) по сравнению с нормой менее успешны в лидерстве и играении ролей, у них меньшая сила «я» и более выражена общая плохая приспособляемость. У матерей нужно добавить большую тревожность (различия на уровне $p<0,001$), зависимость, установку на контроль (нередко с навязчивым оттенком), общую личностную изменчивость (нестабильность), меньшую доминантность. У отцов тревожность, зависимость и доминантность не имеют различий с нормой. Контроль у них выше только у мальчиков, а общая личностная изменчивость — у девочек. Мы видим, что, как и в профиле MMPI, личностные изменения в большей степени свойственны матерям детей с неврозами.

Дополнительные шкалы наиболее активно «работают» у родителей с истерическим неврозом и неврозом страха. Так, тревожность наиболее выражена у матерей мальчиков и отцов девочек с истерическим неврозом. При неврозе страха, наоборот, тревожность выше у матерей девочек и отцов мальчиков (по сравнению с детьми при других диагнозах). Подобные сочетания позволяют лучше понять появление истерических расстройств в младшем дошкольном возрасте, поскольку любовь со стороны родителя другого пола часто заменяется ее суррогатом — беспокойством, что не принимается детьми и сопровождается аффективно заостренным стремлением добиться признания и любви в семье. Повышенная тревожность у родителя того же пола при неврозе страха у детей объясняет ее непроизвольное усвоение в процессе полоролевой идентификации в старшем дошкольном возрасте.

Представляет интерес большая выраженность у родителей детей с истерическим неврозом силы «я», успешности лидерства и играния ролей (последнее — у отцов). Вместе с тем, как при истерическом неврозе, так и при неврозе страха у детей, родители обнаруживают большую, чем при других неврозах, общую личностную изменчивость и плохую приспособляемость.

Вопросник Кеттела (формы А и С одновременно), раскрывающий ряд других сторон личности родителей, применялся у 199 матерей и 140 отцов детей с неврозами по сравнению со 100 матерями и 100 отцами в норме. Из достоверных различий матерей детей с неврозами обращает внимание более высокий уровень интеллекта и абстрактного мышления, чем в норме (фактор «В» по форме А), что подтверждается высоким процентом высшего образования. Более высокий фактор «I» (форма С) у матерей детей с неврозами подчеркивает повышенную чувствительность, неуверенность в себе, стремление к опеке и покровительству.

Общий у матерей с отцами высокий фактор «М» (форма А) по сравнению с родителями в норме выделяет развитость воображения, направленность на внутренний, чувственный мир, наряду с элементами непрактичности и проблемами групповых отношений.

Отцы детей с неврозами по сравнению с нормой более робки, застенчивы, сдержанны в общении, чувствительны к угрозе (низкий фактор «В» формы С); осторожны, молчаливы и серьезны (низкий фактор «F» формы А); замкнуты, негибки в суждениях (низкий фактор «А» формы С); консервативны (низкий фактор «Q_1» формы А); ориентированы на собственные суждения скорее, чем на мнения группы (высокий фактор «Q_2» формы А); склонны отрицать в то же время личные проблемы и чувство вины (низкий фактор «О» формы С).

При сравнении характеристик родителей мальчиков и девочек с неврозами также получены различия. Наибольший интерес представляют более низкие показатели по факторам «А» (форма А) и «Н» (форма С) у обоих родителей мальчиков, что указывает на недостаточную общительность, негибкость, в сочетании с повышенной застенчивостью, робостью, чувствительностью к угрозе. Эти

характеристики создают своего рода коммуникативный барьер — препятствия на пути общения родителей с мальчиками, заболевающими неврозами.

При сравнении характеристик у родителей с различными клиническими формами невроза у детей можно выделить несколько, наиболее заслуживающих внимания. Оба родителя детей с неврозом страха имеют низкий фактор «С» (форма С), т. е. они легко поддаются чувствам, расстраиваются, менее эмоционально устойчивы в целом. В интерпретации Кеттела — это низкая сила «я». Другой низкий фактор у родителей детей с неврозом страха — «Н» (форма А) — говорит о большой робости, застенчивости, настороженности и чувствительности к угрозе. У отцов мальчиков с неврозом страха и обоих родителей девочек с обсессивным неврозом отмечается низкий фактор «F» (формы А и С), как повышенная осторожность, рассудительность и серьезность.

Методика изучения фрустрации Розенцвейга применялась у 147 матерей и 84 отцов детей с неврозами по сравнению со 109 матерями и 103 отцами в норме. Отметим достоверные различия при обработке методики в «сырых» баллах. При неврозах у детей оба родителя менее склонны обвинять других в случившемся (низкие оценки ЕД—Е). Отцы к тому же не замечают минусы фрустрирующей ситуации или отрицают сам факт ее существования (ОД—М'). Таким образом, в норме родители более активны в защите себя и более часто считают других источником фрустрации. У родителей детей с различными клиническими формами невроза различия наблюдаются только на уровне тенденции. Тем не менее у матерей детей с истерическим неврозом заслуживает внимания аффективное подчеркивание самой ситуации препятствия (ОД—Е'). У отцов детей с неврастенией более выражено порицание других (ЕД— Е), у детей с истерическим неврозом — ожидание, что кто-то разрешит ситуацию конфликта (NP-e), детей с неврозом страха — отрицание источника препятствия (ОД—М').

Методика Люшера использовалась у 192 матерей и 120 отцов детей с неврозами, 90 матерей и 78 отцов в норме. При индивидуальном обследовании родители соглашаются в большинстве случаев с психологической интерпретацией собственного выбора цветов. Сопутствующий корригирующий эффект связан с лучшим пониманием личных проблем, т. е. более критическим их восприятием. Тем не менее нужно учитывать односторонне рационалистическую интерпретацию Лютером выбора цветов. В целом, методика может быть полезной на первом этапе обследования, представляя интерес и в отношении общего предпочтения цветов и семье. Протоколы предъявляются родителям в письменном виде для прочтения, пометок и исправлений, что дает повод для последующей углубленной беседы с врачом.

Приведем те обобщенные выписки из протоколов, которые отражают характерные особенности матерей детей с неврозами. Первые две относятся к матерям детей с неврастенией:

«Эмоциональная неудовлетворенность приводит к стрессу и беспокойству, желанию независимости. Самостоятельно существующую ситуацию исправить не в состоянии. Сложившиеся отношения рассматривает как тягостные путы, но не хочет идти на риск, чтобы потерять все (источник стресса). Нуждается в признании. Честолюбива, хочет производить впечатление. Стремится ликвидировать разрыв, который, как она чувствует, отделяет ее от других. Конфликтность между экспансивным оптимизмом и эгоцентрическим упрямством (компенсация). С готовностью участвует во всем, что может возбуждать или волновать. Хочет испытывать оживление (существующее положение дел). Хочет чувствовать себя эмоционально вовлеченной. Способна получать удовлетворение от сексуальной активности (резерв). Оказывает сильное сопротивление внешним воздействиям и посягательствам на ее свободу самостоятельно принимать решения и строить планы (актуальная проблема)».

«Сдерживаемое возбуждение. Нетерпелива, непостоянна, раздражительна. В сложившейся ситуации видит угрозу. Отчаивается из-за бессилия это предотвратить и в то же время боится, что вообще лишится всего. Не способна взглянуть на ситуацию объективно, перенапряжена. Возможно нервное истощение. Ищет устойчивого окружения, требует от других признания своих прав (источник стресса). Хочет производить приятное впечатление и получать одобрение окружающих. Обидчива и легко ранима, когда ее не замечают. Боится пустоты и одиночества разлуки. Нуждается во внимательном отношении и заботе. Стремится ко всему новому, увлекательному (компенсация). Обстоятельства таковы, что не позволяет себе интимной вовлеченности без каких-либо мысленных оговорок (резерв)».

Характеристика матерей детей с неврозом страха: «Стресс вызван разочарованием. Чувствует, что попала в неприятную ситуацию, бессильна исправить положение. Раздражена, так как сомневается,

что сможет достичь своей цели. Несбывшиеся надежды вызвали неуверенность и опасения. Пессимизм по отношению к будущему. Это приводит лишь к повышению ее требований и отказу идти на разумные компромиссы (источник стресса). Избегает чрезмерных усилий, испытывает потребность в безопасности и дружеском общении (существующее положение дел)».

Характеристика матерей детей с обсессивным неврозом: «Окружение считает враждебным и испытывает сильное давление. Раздражительна и в то же время чувствует себя бессильной повлиять на ситуацию. Попытки достичь понимания и ощущения безопасности неудачны. Разочарована, нуждается в сочувственном понимании. Природная способность ко всему подходить критически исказилась и превратилась в повсеместное критиканство: все отрицает, выражает сомнение, негативна (источник стресса). Упрямый протест против существующего положения вещей. Хочет лишь одного — чтобы ее оставили в покое (компенсация)».

Мы видим, что методика улавливает в общих чертах невротические проявления в личности матерей (у отцов это менее заметно). У матерей детей с неврастенией — это прежде всего эмоциональная неудовлетворенность и напряженность; у матерей детей с неврозом страха — депримированность, неуверенность в себе и пессимизм; у матерей детей с обсессивным неврозом — тревожно-фобический и паранойяльный настрой, недовольство. Общим будет невозможность (бессилие) что-либо изменить в своем состоянии, несмотря на желание, низкая продуктивность, негибкость реагирования, аффективно-заостренная установка на опору и поддержку в ближайшем окружении.

В норме для матерей характерен больший реализм, более естественное, непринужденное общение без стремления компенсировать свое чувство личной, аффективно-заостренной недостаточности.

Для уточнения генезиса тревожности в семье рассмотрен совместный выбор цветов в 90 парах мать — ребенок с неврозом и 43 парах в норме. Как и следовало ожидать, тревожность в паре мать — ребенок с неврозом превышает таковую в норме. Высокая и средняя тревожность матери в норме, даже если она и имеет место, не сопровождается, как правило, тревожностью ребенка. При наличии невроза у ребенка его тревожность коррелирует с тревожностью матери, являющейся наиболее интенсивным источником беспокойства в семье.

Представляет интерес выбор двух первых, наиболее предпочитаемых цветов. У матерей детей с неврозами — это 2 (сине-зеленый в оригинальном наборе цветов Люшера), затем 3 (оранжево-красный), в норме — 5 (фиолетовый) и 2.

Чтобы ответить на вопрос, какие ассоциации связаны с этими цветами, мы разработали таблицу из 144 различных эмоциональных и личностных характеристик, ситуаций с тем, чтобы для них был подобран соответствующий цвет. При выборе на первое место зеленого цвета (2) он связывается с такими характеристиками, как внутренняя гармония, единство: спокойствие, невозмутимость; сдержанность; свобода, непринужденность; доброта, жалостливость; усталость, желание отдыха, расслабление. Выбор в числе первых двух (как правило, на втором месте) красного цвета (3) ассоциируется с активностью, энергичностью, признанием, успехом; риском, опасностью. Таким образом, зеленый цвет в восприятии умиротворяющий, а красный — возбуждающий, стимулирующий, подобно тому, как существует связь симпатической нервной системы в восприятии красных лучей и парасимпатической — в восприятии зеленых (Кравков С. В., 1941).

Методика незаконченных предложений применялась у 171 матери и 117 отцов детей с неврозами. 85 матерей и 50 отцов в норме. Методика выявляет 15 сфер конфликтных отношений личности. Приведем достоверные различия. У матерей детей с неврозами по сравнению с нормой более конфликтно отношение к семье (у матерей девочек) и половой жизни (у матерей мальчиков). Более конфликтными сферами у матерей детей обоего пола будут отношения к себе, к прошлому, страхи и опасения, чувство вины.

У отцов детей с неврозами более конфликтны, чем в норме, сферы половой жизни (у отцов девочек), страхов и опасений (у отцов девочек и мальчиков), вины и отношения к себе (у отцов мальчиков).

Наиболее чувствительными к различиям с нормой конфликтными сферами отношений в личности родителей детей с неврозами будут страхи и опасения, чувство вины, отношения к себе, половой жизни (у родителей противоположного с детьми пола) и прошлому.

Представляет интерес меньшая, чем в норме, тенденция конфликтных отношений к

вышестоящим лицам у родителей детей с неврозами (у матерей это распространяется также на товарищей, знакомых и подчиненных). Родители детей с неврозами, таким образом, менее конфликтны внешне, но более внутренне конфликтны (страхи и опасения, чувство вины, отношение к себе).

У обоих родителей более конфликтным по сравнению с нормой оказывается отношение к прошлому. Отношение к будущему и сфера «цели», наоборот, менее конфликтны, чем в норме. Это подчеркивает влияние психотравмирующего жизненного опыта у родителей детей с неврозами, фиксацию на нем.

У матерей наиболее конфликтными сферами отношений будут: страхи и опасения (96%), чувство вины (89%), отношения с противоположным полом (72%), к половой жизни (64%) и прошлому (66%); у отцов — страхи и опасения (82%), чувство вины (70%), отношение к половой жизни (52%) и прошлому (55%). Мы видим особую чувствительность данной методики к таким сторонам личностных отношений, как страхи, опасения и чувство вины, причем у матерей количество сфер конфликтных отношений и их выраженность в целом больше, чем у отцов.

Сфера конфликтных отношений с противоположным полом и к половой жизни наиболее интенсивно представлена у родителей детей с обсессивным неврозом и неврозом страха. В немалой степени это следствие гиперсоциальных черт характера, излишней рационализации чувств и постоянных моральных проблем, преследующих этих родителей. Чаще, чем у родителей детей с другими диагнозами, представлены страхи и опасения, чувство вины, конфликтное отношение к себе и прошлому. Более конфликтными оказываются и отношения к семье в настоящем и в прошлом (преимущественно к родителю того же пола). Таким образом, методика регистрирует конфликтные изменения личности прежде всего у родителей, дети которых склонны к навязчивым мыслям и действиям, испытывают большое количество страхов, тревожны и не уверены в себе.

Вопросник Лири нашел применение у 140 матерей и 116 отцов детей с неврозами и 84 матерей и 59 отцов в норме. По каждой октанте вопросника составляются диаграммы выраженности следующих особенностей характера: 1) тенденция к доминированию — властность — деспотичность; 2) уверенность в себе — самоуверенность — самовлюбленность; 3) требовательность — непримиримость — жестокость; 4) скептицизм — упрямство — негативизм; 5) уступчивость — крот-кость — пассивная подчиняемость; 6) доверчивость — послушность — зависимость; 7) добросердечие — послушность — чрезмерный конформизм; 8) отзывчивость — бескорыстие — жертвенность. I степень выраженности качеств — адаптивный вариант характера; III — дезадаптивный (конфликтный). Подобные характеристики составлены на основе 128 черт характера, которые отбирает каждый раз сам опрашиваемый при оценке себя, своего идеала, мужа (жены), идеала мужа (жены), мнения мужа (жены) о себе, а также при оценке отца, матери и добавленных нами оценок ребенка и его идеала. В данном разделе мы остановимся только на мнении родителей о себе («я сама», «я сам») и своем идеальном «я» («каким бы я хотела или хотел быть»). Остальные аспекты будут отражены при рассмотрении семейного конфликта.

По сравнению с нормой матери оценивают себя достоверно как более недоверчивых, обидчивых и упрямых, скептически настроенных (4-я октанта); неуверенных в себе, робких (5-я октанта); зависимых в отношениях и несамостоятельных (6-я октанта); уступчивых (7-я октанта).

У отцов, кроме общих с матерями 4-й и 7-й октант, имеется более выраженная, чем в норме, тенденция доминирования (1-я октанта), требовательность и прямолинейность (3-я октанта) при большем бескорыстии и жертвенности (8-я октанта).

При сравнении с нормой идеального аспекта «я» матери детей с неврозами в отличие от нормы хотели бы быть в идеале более уверенными в себе, менее требовательными и непримиримыми, как и менее зависимыми и несамостоятельными, более конформными и отзывчивыми; отцы — более уверенными в себе.

При подсчете выраженности всех октант окажется, что у матерей детей с неврозами расхождение (разрыв) между представлением о себе и идеальном «я» достоверно более выражено, чем в норме; у отцов — без отличий от нее. Это подчеркивает свойственные матерям детей с неврозами низкий уровень самопринятия, неудовлетворенность собой и внутреннюю конфликтность (противоречивость).

Подводя итог результатам клинико-психологического обследования родителей, можно выделить ряд общих неблагоприятных особенностей их личности, в наибольшей степени представленных у матерей детей с неврозами: 1) сензитивность — повышенная эмоциональная чувствительность, склонность «все принимать близко к сердцу», легко расстраиваться и волноваться; 2) недостаточная степень самопринятия, порождающая неуверенность в себе; 3) тревожность — склонность к

беспокойству, непереносимость ожидания, неизвестности; 4) внутренняя конфликтность — противоречивость чувств и желаний, моральный дискомфорт, психическая напряженность, проблемы самоконтроля; 5) эгоцентризм как реактивная сосредоточенность на своей точке зрения, своих проблемах в ущерб отзывчивости, душевной щедрости и способности к сопереживанию; 6) негибкость — несвоевременность принятия решений, трудность выбора альтернатив, подверженность стереотипам, фиксация на прошлом опыте, затруднения в принятии и играния ролей; 7) гиперсоциальность — завышенное, нередко гипертрофированное чувство долга, обязанности, чрезмерная принципиальность, невозможность компромиссов.

Свойственна родителям детей с неврозами и противоречивость личности как следствие трудносовместимого сочетания ее различных сторон, прежде всего заостренной эмоциональности (сензитивности) и рациональности (гиперсоциальности). Эгоцентризм нужно рассматривать не как исходную черту характера, а скорее как психологическую защиту «я» от угрозы повторения психотравмирующего опыта.

Психогенный фактор также играет существенную роль в происхождении ряда других характеристик личности родителей детей с неврозами. Так, сензитивность в немалой степени является откликом на длительно действующие неблагоприятные жизненные условия или обстоятельства. По данным корреляционного анализа, сензитивность матери выражена тем больше, чем меньше взаимопонимание между родителями, роль отца в разрешении проблем семьи и воспитании детей, вероятность выздоровления ребенка (при увеличении продолжительности его заболевания).

Следует упомянуть и о повышенной обидчивости у родителей детей с неврозами, как следствии сензитивности и эгоцентризма, особенно заметного у отцов.

Недостаточная степень самопринятия у родителей — часто результат безуспешной борьбы между собственным и внушенным (навязанным) в детстве образом «я», как и итог неудачного жизненного опыта в целом. Потеря внутренней конгруэнтности (совместимости) частично находит отражение в тревожности вследствие психической травматизации в детстве и сформированных односторонним воспитанием гиперсоциальных черт характера. Вместе с тем тревожность у матерей с мягкими чертами характера достоверно выше, чем у матерей с твердым и, как правило, более волевым характером. Степень тревожности и выраженность невротизма коррелируют между собой как у матерей, так и у отцов.

Недостаточная гибкость в решении возникающих задач и эгоцентризм видны из восприятия инструкций по заполнению вопросников, когда родители продолжают поступать по-своему, часто наоборот, ставят знаки не там, где нужно, и т. д.

Нередко родители склонны обвинять детей в упрямстве или лжи, несмотря на собственные высокие показатели по шкале лжи Айзенка, т. е. они склонны приписывать детям то, что, в сущности, наблюдается у них. Подобная тенденция ярко проявляется у матерей с истерическими чертами характера. Эти черты и сами по себе достаточно распространенная стигматизация их характера. Выражается она прежде всего эгоцентризмом, когда матери уделяют больше внимания себе, чем ребенку, особенно впервые годы его жизни. Даже при разговоре по телефону они часто забывают представить себя как мать такого-то ребенка, а называют свое имя и отчество, которые неизвестны врачу.

Другая, тревожно-мнительная, стигматизация характера (с акцентом на тревожности) встречается в основном у матерей с интровертированным типом личностного реагирования, в то время как истерическая стигматизация более свойственна матерям с экстравертированным типом реагирования.

Следует отметить и характерный для родителей детей с неврозами временный психический настрой типа: 1) тревожного, 2) мнительного; 3) паранойяльного (недоверие, настороженность, сверхценные, большей частью фобического плана, установки); 4) эмоционально-депримированного (сниженный фон настроения, заторможенность, пессимизм); 5) аффективно-раздраженного; 6) пунктуально-педантичного (ананкастического) и 7) суеверно-магического. Часто речь идет о сочетании нескольких перекрывающих друг друга и динамичных в своей основе настроев типа тревожно-мнительного, тревожного и аффективно-раздраженного (у матерей), мнительного и пунктуально-педантичного (у отцов) и т. д.

Отцы менее тревожные, но более мнительные. Вместе это создает тревожно-мнительную констелляцию со стороны обоих родителей. К перечисленным, общим для них, характеристикам необходимо добавить меньшую, чем в норме, конформность, особенно заметную у матерей, трудность в

установлении межличностных отношений и обусловленные этим проблемы социально-психологической адаптации.

Некоторые из характеристик родителей рассмотрены в возрастном аспекте, посредством использования приведенных выше вопросников. В этой связи рассмотрен вопросник Айзенка у родителей в возрасте от 25 до 50 лет. Экстраверсия у матерей выше до 30 лет (13,5), затем она достоверно уменьшается в возрастном интервале 30—35 лет и после 35 лет сохраняется на менее выраженном уровне (11,5 в 40—45 лет; 12,0 в 45—50 лет). У отцов наблюдается тенденция к уменьшению экстравертированности в 30—35 лет (13,8 в 25—30 лет и 12,3 в 30—35 лет), затем после некоторого ее подъема в последующие годы она достоверно уменьшается в 45—50 лет по сравнению с 25—30 годами, достигая интровертированного показателя — 10,4. Таким образом, у матерей и особенно у отцов с возрастом происходит уменьшение экстравертированного и увеличение интровертированного типа личностного реагирования.

В отношении нейротизма у матерей нет значительных различий по возрасту ввиду его относительной выраженности. У отцов нейротизм, как уже отмечалось, меньше, чем у матерей, причем достоверно во всех возрастных группах. Тем не менее у отцов нейротизм достоверно уменьшается в возрасте 35—40 лет по сравнению с предшествующими годами, с тенденцией его увеличения после 40 лет.

Динамика ряда показателей вопросника Кеттела рассмотрена в возрасте 25—45 лет у матерей и 30—50 лет у отцов. Эмоциональная нестабильность (фактор С) более выражена у матерей в 25—30 лет (тенденция), у отцов — достоверно больше в 30—35 лет. Неуверенность в себе, тревожность и чувство вины (фактор О) имеют первый достоверный подъем у матерей в 30—35 лет по сравнению с возрастом 25—30 лет и второй достоверный подъем в 40—45 лет по сравнению с возрастом 35—40 лет. У отцов можно говорить только о тенденции повышения неуверенности в 40—45 лет. Расслабленность, низкая мотивация (фактор Q_4) достоверно выражены у отцов в 35—40 лет по сравнению с предшествующим и последующим возрастом, у матерей аналогично этому — тенденция. Подозрительность (фактор L) достоверно повышается у матерей и отцов в 40—45 лет. Конформизм матерей (фактор Q_2) наименьший в 25—30 лет, достоверно повышается уже в 30—35 лет, с некоторым уменьшением в 35—40 лет и последующим вторым достоверным увеличением в 40—45 лет. У отцов различия не значимы, имеется тенденция к уменьшению конформизма в 45—50 лет.

Согласно приведенным данным, для родителей в возрасте 25—35 лет характерна эмоциональная нестабильность. 35—40 лет — низкая мотивация (как следствие психологического стресса и невротического состояния, если оно имеет место), 40—45 лет — неуверенность в себе, тревожность, чувство вины, подозрительность (недоверчивость), увеличение конформности у матерей и ее снижение у отцов.

Данные вопросника Кеттелла частично подтверждаются методикой Люшера. Так, у матерей до 30 лет выявляется стрессовое состояние: у обоих родителей в 30—40 лет — эмоциональные расстройства, беспокойство; 40—50 лет — личностные изменения в виде неуверенности в себе, поисков безопасности без конструктивного решения проблем.

Возрастные проявления нервности уточнялись и при интервью с 28 матерями и 16 отцами. У матерей возраст максимально достоверных проявлений нервности — 30—40 лет, у отцов — без значимых различий по возрасту (возможно, из-за небольшого числа опрошенных). Нервность у матерей достоверно чаще нарастает после брака, у отцов такой связи не обнаружено.

По методике незаконченных предложений (использована у матерей 20—50 лет, у отцов — 30—50 лет) матери выявляют более конфликтное отношение к своим матерям (бабушкам в настоящем) до возраста 30 лет. После 40 лет они более конфликтны к своей семье. Отношение к себе уже более конфликтное после 30 и 40 лет по сравнению с предшествующими возрастами. Все приведенные различия достоверны. У отцов можно говорить только о тенденции увеличения чувства вины, конфликтного отношения к себе и прошлому в 30—40 лет.

Таким образом, возраст 30—40 лет является своего рода кризисным в формировании личности у родителей детей с неврозами. Если из возраста родителей, обращающихся за помощью, вычесть среднюю продолжительность невроза у детей, то средний возраст матери при заболевании ребенка составит 34 года, отца — 36,5 лет. В этом возрасте нарастает психологическая напряженность, обусловленная проблемами самоопределения и взаимоотношений в браке, своего рода личностным кризисом, когда нужно взглянуть на себя со стороны, осознать недостатки своего характера, перестроить отношения и стать более зрелой и созидающей личностью. Подобный кризис

формирования личности как определенный этап развития самосознания не преодолевается конструктивным образом, а сопровождается прогрессирующим увеличением чувства внутренней неудовлетворенности. Последняя, чем меньше проявляется внешне, тем более сказывается на отношениях с детьми увеличением крайностей воспитания и использованием их в качестве источника отреагирования нервного напряжения, а также вымещения родителями взаимных обид и недовольства. Родители «преодолевают» свой личностный кризис по существу, ценой развития невроза у ребенка, который можно расценить как клиническое отражение неадекватных способов разрешения родителями своих личностных проблем.

Социально-психологическая структура семьи

Раздел включает результаты обработки анкеты «Семейные отношения» у 174 матерей и 143 отцов детей с неврозами и 102 матерей и 76 отцов в норме. Помимо этого, использованы выборочные данные вопросника PARI и результаты исследования семьи на гомеостате. Приводятся достоверные различия, а также корреляции на ЭВМ при значении $Q>0,5$.

Удовлетворенность работой не имеет различий в обеих группах родителей. Чем меньше удовлетворены матери девочек с неврозами работой, тем более активно они стремятся доминировать в семье и воспитании.

Больше внимания на проблемы, связанные с семьей, обращают родители девочек с неврозами, отражая психологически сложную структуру семейных отношений.

Меньше всего времени в семье, по собственной оценке, проводят отцы детей с неврозами, что создает большую психологическую и физическую нагрузку у работающих матерей. Время, проводимое в семье, коррелирует у обоих родителей с временем, уделяемым ребенку, и доминированием в вопросах воспитания. Соответственно, отцы, мало бывающие дома, почти никогда не доминируют в вопросах воспитания.

Согласно вопроснику PARI (матери), забота о семье не имеет различий с нормой. В семьях девочек забота у матерей, в отличие от нормы, повышается по мере увеличения возраста детей. При неврозах она наибольшая при обсессивном неврозе, что сопровождается выраженной тревожностью. В то же время именно у матерей детей с этим диагнозом проявляется отрицательное, в отличие от нормы, отношение к семейной роли в целом и выполнению роли только хозяйки дома. Но и при остальных неврозах заметно увеличение с возрастом матерей негативного отношения к семейной роли, особенно выраженное после 40 лет по сравнению с возрастом 30—35 лет. Это результат действия многих факторов, в том числе уже упоминавшихся: гиперсоциальной направленности личности, ориентации на профессиональную деятельность, недостаточной роли отца в семье, нарастающего нервно-психического напряжения у матери, хронической усталости и постоянного чувства неудовлетворенности.

Рассмотрим характер группового взаимодействия в семье. При опросе 34 матерей и 29 отцов о том, подключение какого члена семьи к общению в той или иной семейной паре вызывает нарастание аффективной напряженности, мать (достоверно) и отец (тенденция) отметили друг друга, а не себя или ребенка. В какой-то мере это указывает на раздражение, конфликт и неприятие, более выраженное у матерей в отношении отцов.

Исследование характера взаимодействия в семейных диадах (родители между собой и с ребенком) и семье в целом проводилось на гомеостате конструкции Е. Я. Семенюка. В 101 семье детей с неврозами и 30 семьях в норме от испытуемых требовалось совместными усилиями привести стрелку прибора в среднее положение. Задаваемый режим работы прибора мог быть различным — от легкого до сложного, трудновыполнимого. В семьях при неврозах у детей по сравнению с семьями в норме взаимодействие в парах и в целом менее успешно и продуктивно. Много лишних движений, избыточного напряжения, импульсивности и непоследовательности, что осложняет тактику взаимодействия. Более часто встречается и отказ от группового сотрудничества при ригидной ориентации на свою точку зрения. Меньшая согласованность в совместных действиях и их разный, нередко взаимоисключающий, характер особенно заметны в парах «родитель — ребенок». Это не столько взаимодействие, сколько единодействие, поскольку родители, во всяком случае вначале, «давят» на ребенка, навязывая руководство, а не пытаясь найти общий, совместный режим действий. В результате взаимодействие родителей с детьми достоверно менее продуктивно, чем в норме. Приведенные данные указывают на проблемы межличностных отношений в семье, недостаточную

интеграцию ее как группы, развитие в ней коллективных начал. В норме взаимодействие в семье более успешно и последовательно и сопровождается большей согласованностью при решении общих задач. Нет излишнего напряжения, партнеры более гибки (ситуативны) и определенны в выборе оптимального режима взаимодействия.

Доминирование в семейных отношениях — одна из наиболее существенных социально-психологических характеристик семьи как разновидности малой группы. От патриархального (мужского) типа доминирования в семье произошел переход в 50—60-е годы нашего столетия к матриархальному (женскому) типу. В немалой степени это было обусловлено возрастающей ролью женщин в тех видах профессиональной деятельности, которые ранее считались привилегией мужчин. Неизбежным следствием этого процесса стало снижение рождаемости, упавшей в больших городах до 1 ребенка в семье, и увеличение разводов по инициативе женщин. С начала 80-х годов наблюдается тенденция к уменьшению доминирования женщин в семье и увеличению количества детей ближе к 2. В южных республиках, где среднее число детей и раньше было больше 2, в семье почти всегда доминирует отец и, соответственно, меньшая статистика разводов.

Для изучения проблемы доминирования количество семей в норме было увеличено до 150 у матерей и 80 — у отцов. По результатам опроса матерей детей с неврозами и в норме различия в доминировании отсутствуют. В обеих группах семей преобладающая точка зрения на решение семейных вопросов принадлежит, в среднем, каждой второй матери. Отрицание доминирования (в том числе и «трудно сказать» — в анкете) идет на втором месте и на третьем — матери считают доминирующим отца. Отцы считают себя доминирующими как при неврозах, так и в норме, в среднем, в каждой пятой семье, т. е. достоверно реже, чем матери. В обеих группах семей доминирование матерей признается более частым, чем собственное, но отцы детей с неврозами достоверно чаще, чем отцы в норме, отрицают доминирование с чьей-либо стороны.

При изучении взаимодействия родителей на гомеостате они не могут договориться о совместных действиях для приведения стрелки прибора в среднее положение. Каждый предпочитает действовать по-своему, индивидуально, что затрудняет достижение общей цели. В норме родители лучше прогнозируют действия друг друга и распределяют функции. При взаимодействии относительно чаще, чем при неврозах, доминируют отцы, т. е. матери более уступчивы, и, наоборот, отцы действуют сообща при доминировании матери. Поэтому супружеская диада действует более успешно. При неврозах неудача в доминировании с одним партнером вызывает стремление к компенсаторному доминированию с другим, особенно в условиях задаваемого сложного режима взаимодействия. Так, если мать не может доминировать во взаимодействии с отцом, то она пытается сделать это в отношении ребенка.

На вопрос о предпочтении точки зрения одного из родителей матери и отцы детей с неврозами достоверно чаще, чем в норме, хотели бы иметь ведущей свою точку зрения, проявляя этим конфликтное восприятие семейных отношений и эгоцентризм. Соответственно, уменьшается доля ожидаемых паритетных отношений в семье.

Достоверно чаще матери доминируют при обсессивном неврозе у детей (отцы, соответственно, реже) по сравнению с другими неврозами, в чем находят выражение гиперсоциальные и нередко доминантные черты их характера. При этом диагнозе достоверные различия отмечаются и с нормой, что подтверждает и вопросник PARI.

Доминирование в начале брака сохраняется и в дальнейшем. В семьях девочек доминирование отрицательно коррелирует со сходством характера родителей, т. е. чем оно меньше, тем более выражено доминирование, и наоборот. В норме подобная зависимость отсутствует. При проживании в семье бабушек и дедушек доминирование матерей имеет тенденцию к уменьшению в результате диктата бабушки по линии матери; в норме тенденция имеет противоположный характер.

При опросе детей с неврозами о том, кого они считают главным в семье, включая себя, девочки отдают предпочтение матери: у мальчиков-дошкольников преобладает отец; у школьников — паритетность в отношениях. В единичных случаях дети 3 лет считают главным себя, демонстрируя заостренную потребность в признании и самоутверждении. Стремление у дошкольников считать главным в семье родителя того же пола закономерно отражает потребность в полоролевой идентификации с ним. У школьников мальчики, как и отцы, предпочитают паритетные отношения в семье, в то время как девочки подчеркивают доминирование матери.

Изучение структуры доминирования в прародительских семьях при неврозах и в норме показало его равное преобладание со стороны бабушки по материнской линии в обеих группах семей. По отцовской линии доминирование бабушки отмечается достоверно чаще при неврозах, подчеркивая ее

большую роль в воспитании мальчиков.

Доминирование матерей увеличивается в возрастной группе после 40 лет по сравнению с 20—30 годами, т. е. структура семьи приобретает все более односторонний, иерархизированный характер. Следует отметить известную обусловленность доминирования матерей болезнью ребенка, его невротическим состоянием. По мере его выздоровления (повторные замеры на гомеостате) доминирование матери имеет тенденцию к уменьшению, в то время как возрастает доминирование отцов.

Рассмотрим зависимость доминирования от количества детей в семье и их пола. При единственном ребенке — девочке — матери считают себя более (а отца — менее) часто доминирующими, чем при наличии мальчика, когда имеет место противоположная тенденция. Сами отцы также более часто определяют доминирование матери при наличии девочки, но свое доминирование они расценивают без различий в обеих семьях. При 2 дочерях доминирование матери становится еще более выраженным, и она никогда не считает доминирующим отца. Доминирование последнего более выражено (но во всех случаях достоверно меньше доминирования матери) при 2 сыновьях. Таким образом, при детях того же пола, особенно 2, родители более склонны считать себя доминирующими в семье (и, соответственно, — в воспитании), поскольку супружеское доминирование и доминирование в воспитании взаимосвязаны. При 2 детях разного пола мать доминирует реже, чем при единственном ребенке и детях одного пола; отцы, наоборот, доминируют чаще, но только в семьях, где болен неврозом сын и здорова дочь (тенденция).

Лежащая в основе большинства случаев доминирования доминантность связана (коэффициент корреляции Q) с твердостью характера и ригидностью мышления.

Особое значение приобретает доминирование в вопросах воспитания. У матерей нет отличий в частоте доминирования с нормой. Различия в основном носят качественный характер. Так, при неврозах у детей матери более строги к ним (у мальчиков — достоверно), если доминируют в семье, в норме — обратное соотношение. Доминирующие матери чаще (тенденция) определяют свои отношения с детьми как конфликтные, и опять же в большей степени это заметно в отношении мальчиков. Колее часто доминирование матерей в воспитании проявляется у детей с обсессивным неврозом.

Отцы в норме на первое место ставят отсутствие доминирования в воспитании, затем в равной степени считают доминирующими в нем себя и мать. При неврозах на первое место выдвигается доминирование матери, затем его отсутствие и на последнем — доминирование себя. В итоге, отцы при неврозах по сравнению с нормой достоверно реже считают доминирующим в воспитании себя и достоверно чаще — мать, подчеркивая этим преобладание материнского влияния на детей.

По данным корреляционного анализа, одностороннее доминирование в воспитании со стороны одного из родителей, особенно матери, уменьшает общительность мальчиков. Объяснить это можно подменой матерью общения со сверстниками.

Изученный эффект доминирования позволяет понять и такой характерный феномен, как инверсия семейных ролей, когда доминирующая в семье и ориентированная на работу мать заменяет ряд мужских, еще в достаточной степени традиционных, функций. Эти же матери склонны к жесткому предопределению круга общения детей и более частым физическим наказаниям, особенно мальчиков. В немалой степени это — следствие наличия у матери гиперсоциальной направленности личности, максимально представленной при обсессивном неврозе у детей. Нередко мать не хочет, но вынуждена доминировать, чтобы обеспечить стабильность семьи, а отцы хотят доминировать, но не могут вследствие своего мягкого характера, мнительности или недостаточного времени, проводимого в семье. При проживании в семье родителей мужа или жены обстановка в плане доминирования становится еще более сложной. Тогда доминирующим лицом чаще оказывается бабушка по материнской линии или дедушка по отцовской. Бабушка заменяет многие функции матери, которая, в свою очередь, замещает некоторые функции отца. Последний обеспечивает недостающие тепло и любовь к детям или вступает в конфликт с матерью и бабушкой за свое право активно участвовать в жизни семьи. В ряде случаев он как «третий лишний» уходит из семьи, поскольку образующаяся психологическая структура «псевдосемьи» лишает его чувства компетентности в семейных отношениях и воспитании детей и, соответственно, уменьшает чувство принадлежности к семье.

Конфликт в семье

Конфликт между родителями. Конфликт понимается как столкновение разнонаправленных интересов или мотиваций у его участников (Coser L., 1956). Конфликты в семье отражают многообразные процессы социально-экономического развития общества (Харчев А. Г., 1964; Чечот Д. М., 1973; Соловьев Н. Я., 1977; Харчев А. Г., Мацковский М. С, 1978). Предложена содержательная классификация семейных конфликтов на почве неудовлетворенных потребностей (Сысенко В. А., 1981, 1983).

Одной из причин расстроенных супружеских отношений может быть дисгармоническое дополнение потребностей партнеров, в том числе невротических (Ackerman N. W., 1958). При неврозах выделяются взаимоотношения в браке по типу соперничества, псевдосотрудничества и изоляции (Мишина Т. М., 1978). Подчеркивается, что невротические субъекты менее устойчивы по отношению к возможным сложностям в семье, труднее адаптируются к новой ситуации в связи с браком. При возникновении конфликта он носит затяжной характер и представляется неразрешимым его участникам. В свою очередь, он и сам по себе является наиболее частым источником невротизации, по крайней мере у женщин (Мягер В. К., 1979). В конфликтных семейных парах, как правило, меньшее сходство по личностным профилям (Обозов Н. Н., 1979; Cattell R., 1973). Отдельные черты — «застревание на препятствиях» и доминантность — могут быть общими у обоих партнеров (Мишина Т. М., 1978; Мохина И. В., 1978). Содержательный анализ конфликтных отношений — одно из условий успешности семейной консультации и психотерапии (Столин В. В., 1982).

Первое, что обращает на себя внимание, — это сравнительно небольшая разница в возрасте родителей — 2,6 лет, еще более уменьшающаяся в последние годы. Это указывает на высокую потребность в установлении дружеских, непосредственных отношений в начале брака, но этот же фактор облегчает в дальнейшем доминирование матери в семье. В первый период после заключения брака заметна идеализация партнера, в немалой степени обусловленная предшествующими проблемами отношений в родительской семье, неудовлетворенностью ими в целом, причем каждый из супругов видит в другом прежде всего образ своего «я», персонифицируя его по типу своих предшествующих родительских отношений. Нередко жена неосознанно отождествляет мужа со своим отцом, что встречается и в норме, но при неврозах она в большей ступени стремится восполнить нереализованный эмоциональный контакт в детстве, подобно тому как муж может ассоциировать жену со своей матерью, ожидая повышенной любви и заботы к себе. Подобные персонификации создают аффективную напряженность в браке и, наряду с другими факторами, способствуют появлению напряженности в отношениях под влиянием реальных жизненных обстоятельств и рождения детей. Возникающий кризис в отношениях родителей не преодолевается, как и личностный кризис, конструктивным образом, а находит свою реактивную компенсацию в конфликтных отношениях с детьми. Перейдем к анализу статистического материала о конфликте между родителями.

К большинстве случаев конфликт начинается после рождения ребенка, в возрасте 2—4 лет — по оценке матерей и 3—5 лет — по оценке отцов. Матери, следовательно, более чувствительны к конфликту в семье и раньше определяют его в отношениях с отцом, в то время как он продолжает считать их бесконфликтными.

Конфликт чаще всего не имеет преобладания в сфере супружеских или родительских (связанных с воспитанием) отношений, т. е. является смешанным. На втором месте он детерминирован только супружескими отношениями и на третьем — только вопросами воспитания.

Источники конфликтных напряжений рассмотрены при интервью по следующим параметрам: излишняя требовательность, придирчивость; невнимание; подавление, диктат; неуступчивость; особенности характера; различный подход к интимным отношениям; недостаточное участие в жизни семьи; поведение: грубость, алкоголизм. На первом месте конфликт мотивируется особенностями характера друг друга; на втором — у матерей невниманием супруга, у отцов — неуступчивостью супруги; на третьем — у матерей также неуступчивостью, но уже супруга, у отцов — излишней требовательностью, придирчивостью супруги. Неуступчивость означает недостаточную гибкость взаимодействия родителей, отсутствие компромиссов в решении спорных вопросов.

При конфликте родители достоверно чаще указывают на несходство характеров друг друга. У отцов девочек это выражено на уровне тенденции. В целом в изученных семьях несходство характеров отмечается 75% матерей и 68% отцов детей с неврозами. У матерей это достоверно превышает аналогичный показатель в норме в семьях как мальчиков, так и девочек, у мальчиков оно выше. У отцов достоверные различия с нормой обнаружены только в семьях мальчиков. Можно отметить большую значимость проблемы «сходства — несходства» характеров для родителей в семьях мальчиков.

«Сходство характеров», по данным корреляционного анализа, связано с удовлетворенностью отношениями и взаимопониманием между родителями, общностью их взглядов на воспитание детей. Сходство характеров является, таким образом, позитивным фактором в установлении бесконфликтных отношений в семье. Поскольку в изучаемых семьях преобладает несходство характеров, то существует, соответственно, и более низкий уровень удовлетворенности отношениями и взаимопонимания. Несходство характеров по мнению матери и отца максимально представлено в семьях детей с обсессивным неврозом, достигая по оценке матерей 94%, в чем находят выражение их повышенная принципиальность, нетерпимость и непримиримость как паранойяльноподобные черты характера.

Ведущая точка зрения родителей на характерологически обусловленный конфликт между ними отражает и трудность сохранения устойчивых, приемлемых межличностных отношений. Рассмотрим их различные стороны.

Взаимопонимание у родителей детей с неврозами достоверно менее выражено, чем в норме, в первую очередь с точки зрения матерей в семьях девочек ($p<0,001$). Последнее объясняет феномен образования эмоционально обособленной диады матери с дочерью. Образовать ее с сыном труднее, так как этому препятствует полоролевая ориентация сына на отца, потребность идентификации с ним. Взаимопонимание у родителей, по данным корреляционного анализа, связано с удовлетворенностью их отношениями, сходством характеров и взглядов на воспитание, отсутствием напряженных отношений.

Интересно, что взаимопонимание родителей коррелирует с отсутствием у мальчиков страхов, уверенным в себе и бесстрашным поведением, а в норме — и с лидерством в общении со сверстниками.

Удовлетворенность отношениями у родителей связана двусторонней связью (коэффициент Ф) со степенью взаимопонимания между ними. Как и взаимопонимание, удовлетворенность отношениями достоверно ниже у родителей детей с неврозами по сравнению с нормой. Удовлетворенность семейными отношениями со стороны отцов коррелирует с отсутствием страхов у детей, подчеркивая исключительное значение этого фактора в формировании у детей уверенности в себе, в своих силах и возможностях.

Следующий параметр — напряженность в межличностных отношениях. Она достоверно более выражена у родителей детей с неврозами по сравнению с нормой. В свою очередь, у матерей девочек с неврозами напряженность в отношениях достоверно выше, чем у матерей мальчиков, подтверждая более выраженную конфликтную позицию матерей при наличии дочери в семье. Отсутствие напряженных отношений коррелирует с их удовлетворенностью, взаимопониманием и сходством взглядов на воспитание.

Факторный анализ отношений между родителями позволил выявить ведущий фактор с практически одинаковым удельным весом у матерей и отцов мальчиков и девочек при неврозах и в норме. Как модель бесконфликтных отношений он последовательно включает в себя взаимопонимание, отсутствие напряженных отношений, удовлетворенность ими, сходство характеров и общность взглядов на воспитание.

Конфликт между родителями определяется в том случае, если они находят отношения одновременно неудовлетворительными и напряженными. У 203 матерей и 169 отцов детей с неврозами он составляет, по оценке матерей мальчиков — 49%, девочек — 58%; отцов мальчиков — 37%, девочек — 45%. Заметно преобладание конфликтных позиций родителей при наличии дочери, когда мать образует с дочерью эмоционально обособленную диаду, а отец ранимо реагирует на свою изоляцию в семье. Хронический характер конфликта подчеркивается отсутствием в нем перемен или продолжающимся ухудшением отношений по оценкам 76% матерей и 79% отцов. Матери более пессимистичны в оценке конфликта и чаще, чем отцы, отмечают ухудшение отношений, в то время как отцы в большинстве случаев склонны отрицать изменение конфликта в ту или иную сторону. При наличии конфликта 63% матерей и 58% отцов не видят выхода из создавшегося положения. Неразрешимому и затяжному течению родительского конфликта способствует и невротическое заболевание ребенка. По мнению 82% матерей и 76% отцов (в семьях, где уже есть конфликт), оно приводит к ухудшению отношений или сохранению их на прежнем уровне. Психологический тупик взаимоотношений, в котором они оказываются, сопровождается возрастающим риском психической травматизации детей.

Существует и другое, более широкое определение отношений родителей как конфликтных или неприемлемых посредством вопроса «Как Вы находите свои отношения — хорошими или не очень?» Количество семей, в которых оба родителя оценивают свои отношения как неприемлемые, составляет 27%; чуть меньше семей, в которых только один из родителей определяет свои отношения как таковые

(23%). В итоге, двусторонний и односторонний конфликт встречается в каждой второй семье, причем у девочек чаще, чем у мальчиков (тенденция). В остальных 50% семей конфликт отсутствует с точки зрения обоих родителей, но, как мы увидим далее, он будет достаточно часто встречаться в отношениях с детьми.

Рассмотрим у 121 матери и 90 отцов детей с неврозами детско-подростковые отношения в прародительской семье в связи с отношениями в семье в настоящем. Одним из параметров межличностных отношений выделяется их неприемлемость. Оценивается она как неудовлетворенность отношениями (вследствие непонимания, отсутствия тепла, излишней строгости и подавления) или как их конфликтность. Наиболее часто неприемлемость отношений в детстве встречается у матерей, чьи дочери в настоящем больны неврозом. Более всего неприемлемыми считаются отношения с матерью (бабушкой в настоящем), с которой не было удовлетворительных отношений в 80% семей. В немалой степени это следствие гиперсоциальных и авторитарных черт характера бабушки, наличия невротических наслоений. У отцов, чьи дочери опять же больны неврозом, обращает внимание отсутствие приемлемого опыта отношений со своим отцом (дедушкой) в детстве в 79% семей. Таким образом, наиболее неприемлемыми или конфликтными сферами отношений в прародительских семьях будут отношения с бабушкой (у матерей) и дедушкой (у отцов). Это уже и само по себе создаст проблемы полоролевой идентификации у будущих родителей детей с неврозами.

Полученные данные объясняют более выраженную конфликтную структуру отношений родителей при наличии дочери в семье, поскольку для каждого их них она характерна в детстве.

Следует отметить отсутствие у каждого третьего родителя отца в детстве. Это обусловлено его гибелью во время Великой Отечественной войны, разводом и смертью от заболевания. Неполная прародительская семья чаще всего наблюдается у отцов девочек, что также является одним из факторов, усложняющих отношения в браке в настоящем. Отсутствие отца в прародительской семье ухудшает прогноз и в отношении прочности брака у матери, когда достоверно (при $p<0,001$) преобладает ее конфликт с мужем или разрыв с ним семейных отношений. Отсутствие отца при неудовлетворительных отношениях с матерью в детстве и нередко в настоящем создают эффект повышенных, аффективно заостренных ожиданий и требований к мужу, что является одним из источников появления напряженности в отношениях с ним. Но если и в полной прародительской семье отношения между родителями были конфликтными, то у матерей также возрастают (тенденция) конфликтные отношения с мужем, в то время как у последнего отмечается противоположная тенденция. Итак, большая вероятность супружеского конфликта обусловлена среди прочих факторов конфликтной структурой семейных отношений в детстве и отсутствием отца.

Неудовлетворенность отношениями в браке, напряженность и конфликтность сравнивались при наличии и отсутствии у родителей высшего образования. Достоверные различия получены относительно напряженности. У матерей она встречается чаще при отсутствии высшего образования, у отцов — наоборот.

Напряженность в отношениях имеет отчетливую динамику в связи с возрастом родителей. У матерей она достоверно возрастает, а у отцов достоверно уменьшается после 40 лет по сравнению с периодом до 30 лет. Матери менее склонны перестраивать свои отношения, обнаруживая ригидную фиксацию на прошлом травмирующем опыте взаимоотношений.

Сопоставление конфликтов у родителей с возрастом детей показывает, что наиболее «конфликтный возраст» — младший школьный, когда возрастают разногласия у родителей по поводу учебы и приготовления уроков. У мальчиков это более заметно, но, как и у девочек, различия представлены тенденцией.

Конфликтность родителей рассмотрена в зависимости от количества и пола детей. У матерей максимальная конфликтность встречается при единственном ребенке — дочери — и уменьшается при 2 детях одного или разного пола, достигая минимума при единственном ребенке — сыне. Различия в конфликтности при единственной дочери и единственном сыне достоверны. У отцов заметна тенденция к повышению конфликтности, если они имеют дочь.

Изучение личностных аспектов конфликтности мы начнем с критерия «мягкость — твердость» характера по собственной оценке родителей. В семьях мальчиков выраженность конфликтных отношений родителей с мягкими или твердыми чертами характера не имеет различий. В семьях девочек матери с твердыми чертами характера достоверно чаще находят отношения с отцом конфликтными. У отцов подобное соотношение выглядит как тенденция.

Далее, конфликтность рассмотрена при различных сочетаниях характера у матерей и отцов

(мягкий — мягкий характер, твердый — твердый, мягкий — твердый, твердый — мягкий). Всего, таким образом, изучено 329 родительских пар. Наиболее высокая конфликтность получена в парах, где мать и отец девочки обладают твердым характером, — 90%, затем также в семьях девочек, где мать с твердым, а отец с мягким характером, — 81%. Достоверно меньшая конфликтность в семьях мальчиков, где мать с мягким, а отец с твердым характером. Аналогичная динамика и в плане разводов, когда их частота достоверно уменьшается от семей с дочерью, где мать и отец с твердыми чертами характера или мать с твердым, а отец с мягким характером, до семей с сыном, в которых мать — с мягким, а отец с твердым характером. Таким образом, риск конфликтов и разводов достоверно выше при наличии у матери твердого характера. По данным корреляционного анализа, твердость характера матерей связана с гиперсоциальной направленностью личности, ригидностью в мышлении и доминантностью (властностью) в характере. Вместе эти черты осложняют отношения в браке и, как мы убедились, прежде всего в семьях девочек, где мать монополизирует отношения с дочерью, образуя изолированную семейную подгруппу. В семьях мальчиков отношения чаще имеют паритетный характер, и отцы принимают большее участие в воспитании. Соответственно, уменьшается риск неразрешимых конфликтов и разрыва семейных отношений.

Мнение о конфликте, с точки зрения самих родителей, сопоставлялось с результатами их обследования следующими личностными вопросниками: Айзенка, MMPI, Кеттела, Розенцвейга, «незаконченные предложения», Лири, PARI, «шкала невротизации». В тексте «конфликтный родитель» означает мать или отца, считающих отношения друг с другом конфликтными. При изложении данных приводятся достоверные различия.

Вопросник Айзенка. Различия по шкале «экстраверсия — интроверсия» характерны только для отцов. При наличии конфликта они более интровертированы. У обоих конфликтных друг с другом родителей выше уровень нейротизма, особенно у матерей, что нужно рассматривать одновременно как причину и следствие конфликта. Заметно преобладание меланхолического типа темперамента при более редком сангвиническом у конфликтных отцов.

Вопросник MMPI. У обоих конфликтных родителей в отличие от бесконфликтных в профиле MMPI выделяются подъемы 2-й, 4-й, 6-й, 8-й шкал. Это расценивается как чувство внутренней неудовлетворенности, низкий уровень самооценки, моральный дискомфорт (2-я шкала); конфликтность, проблемы самоконтроля, трудности во взаимоотношениях с окружающими (4); недоверчивость, нетерпимость и упрямство, ригидность мышления, склонность к образованию сверхценных идей, предвзятых оценок, излишне категоричных и бескомпромиссных суждений (6); недостаточная эмоциональная отзывчивость, склонность к формализации отношений (8). К перечисленным характеристикам необходимо добавить у матерей подъемы по 1-й, 3-й и 7-й шкалам. Это указывает на хроническое чувство усталости, большое количество жалоб, тревожно-мнительную фиксацию болезненных ощущений (1); стремление к вытеснению неприятных переживаний, эмотивность и эгоцентризм (3); неуверенность в себе, тревожную мнительность, загруженность переживаниями, застревание на трудностях взаимоотношений, озабоченность вопросами морали (7). Таким образом, личностный профиль у конфликтных матерей более отягощен, чем у отцов.

Из дополнительных шкал MMPI у конфликтных матерей более выражены в сырых оценках показатели по шкалам: тревожности, зависимости (у матерей девочек), контроля, личностной изменчивости, плохой приспособляемости. У отцов при конфликте подчеркнуты шкалы: тревожности (в семьях мальчиков), зависимости, контроля (у отцов мальчиков), личностной изменчивости, плохой приспособляемости (у отцов мальчиков). Общей шкалой для конфликтных матерей и отцов детей обоего пола будет личностная изменчивость (нестабильность).

Вопросник Кеттела. Как и при сравнении с нормой, использованы формы А и С одновременно. Более низкий показатель по фактору «Н» у конфликтных родителей выделяет повышенную чувствительность к угрозе в свой адрес, а более высокий показатель по фактору «О» указывает на пессимизм, неуверенность в себе, подверженность беспокойству и опасениям, чувству вины. О недостаточной контактности, негибкости в общении говорит более низкий фактор «А» у обоих конфликтных родителей в семьях мальчиков. При конфликте с отцом матери напряжены, фрустрированы, усталые, перегружены работой, что особенно звучит в семьях девочек (высокий фактор «Q_4»). У отцов подобные изменения как тенденция.

Методика Розенцвейга. У матерей, определяющих отношения с отцами конфликтными, в отличие от матерей, отрицающих конфликт, преобладает сочетание самозащитного типа реакций (ЕД) и их экстрапунитивной направленности *(Е).* Это означает, что виноватым в конфликтной ситуации всегда

считается другой, на которого направлены обвинения, угрозы, упреки, саркастические замечания. Это более характерно в семьях девочек, матери которых часто конфликтуют с отцами, считая их неправыми и неспособными пойти на уступки. Фактически, как мы видим, односторонний, предвзятый взгляд присущ самой матери, что осложняет отношения в семье и делает трудноразрешимыми периодически возникающие в ней разногласия. У отцов девочек проявляется противоположное матери стремление к уменьшению обвинений кого-либо в конфликте, т. е. отцы более уступчивы и склонны в большей степени принимать вину на себя (тенденция).

По *методике «незаконченные предложения»* у обоих конфликтных родителей более заметно преобладание конфликтного отношения к семье, противоположному полу и половой жизни. К этому нужно добавить конфликтные переживания у матерей, связанные с чувством вины, и конфликтное отношение у отцов к прошлому. Сумма конфликтных отношений по всем шкалам выше у родителей, признающих конфликт друг с другом.

Отчетливо разделяет рассматриваемые группы родителей и предложенная нами *«шкала невротизации».* У родителей с индексом невротизма выше среднего конфликт встречается чаще, чем у родителей с более низким индексом невротизма.

По *вопроснику PARI* матери при конфликте чаще считают мужа безучастным к делам семьи (17-й признак). Кроме этого, в семьях мальчиков матери более чувствительно воспринимают семейный конфликт (7) и боятся обидеть сыновей (6), что надо расценивать как известное чувство вины. В семьях девочек матери при конфликте с отцом, помимо низкой оценки роли отца в семье, стремятся исключить внешнее влияние на дочь (10) и отказываются от выполнения роли только хозяйки дома (13), что подтверждает ранее полученные аналогичные выводы.

Вопросник Лири, как и PARI, специально направлен на изучение семейных отношений. Вначале рассмотрим характер взаимных оценок родителей вне связи с конфликтом. По аспекту «мой муж (жена)» матери в отличие от нормы оценивают отцов как более стремящихся к доминированию (доминантных), самоуверенных (т. е. недостаточно, с их точки зрения, критичных), непримиримых (повышенно требовательных) и упрямых (несговорчивых). Отцы оценивают матерей в отличие от нормы в большей степени стремящимися к доминированию, требовательными (принципиальными), упрямыми и одновременно зависимыми, конформными (т. е. согласными только внешне). Таким образом, уже в этих взаимных оценках, имеющих в немалой степени проективный характер, заложены предпосылки конфликта между родителями. Они наделяют друг друга такими одинаковыми чертами, как доминантность, требовательность — непримиримость, несговорчивость (упрямство), обнаруживания в этом сходство, одинаковый характер отношений.

По аспекту «я, по мнению мужа (жены)» оба родителя дают более выраженную конфликтную оценку, чем в норме, по всем октантам. Следовательно, конфликтность звучит как при оценке родителями друг друга, так и при оценке предполагаемого мнения другого о себе, подчеркивая этим конфликтную позицию в семейных отношениях.

Различия с нормой несущественны при конструировании супругами идеального образа друг друга, если не считать установку у матерей детей с неврозами на снижение самоуверенности у мужа.

При оценке родителями своих отношений как конфликтных они еще в большей степени, чем при отсутствии конфликта, выделяют ряд дезадаптивных черт характера друг друга. В семьях мальчиков это такие общие для обоих родителей характеристики, как недостаточная уступчивость и конформность; в семьях девочек — взаимно оцениваемое стремление к доминированию (доминантность) и негативизм (упрямство). Отцы в семьях девочек обращают особое внимание на непримиримость матери, ее повышенную требовательность и принципиальность.

В семьях девочек при конфликте родителей больше совпадающих отрицательных оценок друг друга, чем в семьях мальчиков. Так, матери при конфликте в семьях девочек считают, что отцы и они сами с точки зрения отцов более доминантны и негативны (упрямы). Отцы же считают, что матери и они сами с точки зрения матерей более доминантны и непримиримы (требовательны). В семьях мальчиков у матерей нет совпадения в отрицательной оценке отца и себя с его точки зрения. Отцы же определяют только меньшую конформность матери при конфликте с ней.

Рассмотренную конфликтную позицию в семьях девочек можно выразить со стороны матерей так: «Я знаю о том, какой муж (плохой) и так же (плохо) расцениваю его мнение о себе». У отцов то же в отношении матерей. В семьях мальчиков мать считает: «Я знаю о том, какой муж (плохой), но я не думаю, чтобы он так же (плохо) думал обо мне». Если у матери сравнить оценку себя с точки зрения отца и его собственную оценку матери, то окажется, что матери мальчиков достаточно верно угадывают

оценку мужа и между двумя этими видами оценок нет различий. В то же время у матерей девочек достоверные различия по этим оценкам существуют по большинству октант, и матери оценивают себя с точки зрения отцов более отрицательно (негативно), чем это делают сами отцы. Аналогичная ситуация имеет место у отцов в семьях мальчиков, когда они более конфликтно воспринимают отношение матери к себе, чем к ним относится сама мать. В семьях девочек у отцов, как и у матерей в семьях мальчиков, нет различий между двумя оценками, т. е. они совпадают. На основании этих данных можно сделать вывод о более активной конфликтной позиции у родителей одного пола с детьми (у матерей, имущих дочь, отцов — сыновей).

Таким образом, вопросник Лири является достаточно чувствительной методикой для выявления конфликтных отношений в семье между всеми ее членами.

Практическая ценность использованных вопросников в том, что по их данным можно составить мнение о вероятности конфликта между родителями еще до интервью на эту тему. Обнаруженные различия могут быть собраны воедино в шкалу «риска семейного конфликта».

Конфликт родителей с детьми. Его патогенетическая роль в происхождении неврозов у детей подчеркивается многими авторами. При конфликте с ребенком ему предписывается либо роль заменителя другого партнера (родителя, супруга, брата или сестры), либо субститута одного из аспектов собственного родительского «я», в том числе его полного отображения, идеальной или негативной концепции. Общим является нарцистическая проекция родителей на ребенка, когда в нем ищут, чем являются они сами, чем являлись, чем хотели бы быть, лиц, которые были частью «я», чем не должны быть. При этом родители видят ребенка лишь таким, каким он должен быть, а не таким, каким является (Richter H., 1983).

Конфликтный характер отношений с детьми оценивается с таких сторон, как неудовлетворенность отношениями и их проблемный характер, плохое взаимопонимание, частые трения с детьми. Приводимые в тексте различия достоверны.

Матери чаще, чем в норме, не удовлетворены отношениями с детьми при неврозах; у отцов различия минимальны. Тоже относится к плохому взаимопониманию с детьми, т. е. эти два понятия близки между собой. При неврозах у детей родители обнаруживают более плохое взаимопонимание с мальчиками, чем с девочками (у матерей — тенденция). В свою очередь, хорошее взаимопонимание отцов и сыновей связано, по данным корреляционного анализа, с отсутствием напряженных отношений между родителями и наличием взаимопонимания между ними. Сыновья, с которыми отцы находят взаимопонимание, уверены в себе и лидируют среди сверстников. При отсутствии взаимопонимания они, наоборот, не уверены в себе и играют зависимые роли. Таким образом, характер взаимопонимания с отцами — психологический фактор, существенно влияющий на особенности поведения мальчиков, прежде всего в отношении традиционных, соответствующих их полу норм поведения.

Проблемный или трудный характер отношений с детьми в первые годы их жизни типичен для родителей с неврозами и имеет высокие отличия от нормы ($p<0,001$) как у мальчиков, так и у девочек. В преморбиде проблемность в отношениях с детьми максимальна при последующем возникновении невроза страха. Сохраняется она и в дальнейшем. При наличии невроза у детей проблемность более всего характерна в отношениях с ними при обсессивном неврозе, подчеркивая гиперсоциальную направленность личности родителей, их повышенную требовательность и принципиальность.

Частые трения с детьми встречаются у 55% матерей и 34% отцов, у матерей мальчиков — в 57%, у матерей девочек — в 53% семей, т. е. без различий; у отцов мальчиков — в 39%, у отцов девочек — в 26%, т. е. несколько чаще в семьях мальчиков. Главное же, что отцы значительно реже, чем матери, конфликтуют с детьми обоего пола.

Признание частых трений с детьми означает открытый конфликт с ними в отличие от проблемного, часто психологически закрытого, характера отношений. Поэтому трений больше у матерей детей с истерическим неврозом и отцов детей с неврастенией, чем у более «эмоционально закрытых» родителей детей с неврозом страха и обсессивным неврозом.

Открытых трений с детьми относительно больше в дошкольном возрасте по сравнению с младшим школьным и подростковым, в то время как психологическая напряженность в отношениях с детьми наибольшая в младшем школьном возрасте, особенно у матерей мальчиков и отцов девочек. Это указывает, что с возрастом детей конфликт из внешней сферы отношений переходит во внутреннюю, главным образом в виде конфликтной позиции родителей в отношениях с детьми противоположного пола.

Представляет интерес мнение родителей о том, кто виноват в конфликте — они или дети. В

подавляющем большинстве случаев виновным считается или ребенок, или он вместе с родителем (так и так), но только не сам родитель. Подобная установка отражает неспособность взрослых прийти к пониманию реальных источников конфликта с детьми, т. е., по существу, говорит о проекции личных проблем в отношениях с детьми. У обоих родителей конфликт с детьми (частые трения) или возрастает, или остается без изменения, т. е. приобретает хроническое течение, что вместе значительно превышает число семей, где он уменьшается. При ответе родителей на вопрос: «повлияло ли настоящее заболевание ребенка на отношения с ним, трений стало больше, меньше или они остались без изменений?» — у матерей доминирует тенденция к нарастанию трений, у отцов — они остаются без изменений.

Источники конфликтных отношений с детьми распределены по двум группам. В первую группу вошли: нереализация требований родителей, повышенная требовательность со стороны ребенка, его чрезмерная ранимость и обидчивость, упрямство, медлительность, непоседливость и неугомонность, отрицательные, с точки зрения родителей, черты характера, нарушения поведения асоциального плана. Наиболее частыми источниками (тенденция) конфликтных отношений родителей с детьми обоего пола будут нереализация требований родителей и упрямство. Как правило, это говорит о невозможности детей соответствовать завышенным требованиям родителей, а также об их стремлении иметь свою точку зрения. К частым источникам трений следует отнести также медлительность мальчиков (по оценке матери) и повышенную требовательность девочек (по оценке отца). Как источники трений практически отсутствуют асоциальные проявления у детей, поскольку они не характерны при неврозах.

Вторую группу образуют проблемные ситуации с детьми, обусловленные недостаточной исполнительностью, организованностью, эмоциональной откликаемостью, затруднениями в самостоятельном приготовлении уроков и с едой. Проблема исполнительности, т. е. опять же нереализация требований родителей, стоит на первом месте, особенно при неврастении и неврозе страха у детей. Проблема организованности (усидчивости, концентрации внимания, утомляемости) наибольшая при неврастении, что связано с повышенной возбудимостью этих больных. Остальные проблемы — эмоционального отклика, приготовления уроков и еды — более характерны для невроза страха, отражая состояние заторможенности. Проблема еды типична для детей первых лет жизни с исходным фоном в виде невропатии и сопутствующей соматической ослабленности. В попытках принуждения к еде родители проявляют нетерпимость, максимализм, повышенную требовательность и беспокойство. В этом случае стресс, испытываемый детьми при еде, только усугубляет и так недостаточную ферментативную активность, сопровождаясь спазмами желудка и кишечника. Как следствие возникает устойчивое отрицательное отношение к принятию пищи вообще.

Из перечисленных проблем у дошкольников преобладает, с точки зрения родителей, упрямство, а у школьников — проблема приготовления уроков. Общим будет «неисполнение» детьми завышенных требований родителей, обусловленное не столько нежеланием, сколько болезненным психическим состоянием и невыносливостью (ослабленностью) их нервно-соматической сферы. В то же время у самих родителей в отношении уроков ярко выявляются гиперсоциальные и в ряде случаев — паранойяльные черты личности, а также тревожность, мнительность и стремление к избыточной заботе и контролю. Будучи повышенно требовательными, они часто не доверяют самостоятельности детей, перепроверяют сделанное и заставляют все переписывать даже из-за одной возводимой в абсолют ошибки. Состояние психологического напряжения, в котором находятся дети, сопровождается их скованностью, неуверенностью при ответах в школе, опасениями сделать что-либо не так, как нужно, как следует, что еще больше повышает их утомляемость и удлиняет время приготовления уроков.

Конфликтов родителей с детьми обоего пола меньше, если они походят внешне (лицом) на отца. У детей, похожих на мать, больше вероятность неблагоприятного влияния конституционального фактора в виде невропатии, нередко наблюдающейся у матери в детстве. Общая с матерью невропатическая конституция у детей создает дополнительные проблемы в отношениях с ними в настоящем, в первую очередь в плане еды и сна.

Наименее конфликтны отношения у матерей мальчиков, если и мать и сын, по оценке матери, обладают мягким характером, чем взаимно твердым (максимальный конфликт) или твердым (у одного) и мягким (у другого) характером. У матерей девочек конфликт меньше (тенденция), если мать имеет твердый, а дочь — мягкий характер. У отцов некоторое уменьшение конфликтных отношений наблюдается в семьях, в которых они обладают мягким, а сын или дочь — твердым характером. Если принять в расчет мягкость или твердость характера только родителей, то большая конфликтность отмечается при их твердом характере в семьях мальчиков (в семьях девочек это не характерно). Если

учитывать только характер детей, то конфликтность будет чаще с матерью при их твердом характере. На частоту конфликта с отцом мягкость — твердость характера детей не оказывает влияния.

Из приведенных данных следуют два вывода. Во-первых, твердый характер матери (как правило, более волевой, доминантный и недостаточно гибкий) или твердый, с ее точки зрения, характер детей — существенный фактор конфликтных отношений, достигающих наибольшей выраженности в семьях, в которых мать и сын оба обладают твердым характером. Во-вторых, проблема твердости — мягкости характера в большей степени заострена в семьях мальчиков, указывая на трудность их самоутверждения и безуспешность попыток родителей, прежде всего матерей, оказать на них чрезмерное давление.

Посредством корреляционного анализа установлена зависимость (связь) конфликта с детьми от наличия у родителей гиперсоциальной направленности личности: гипертрофированного чувства долга, обязанности, повышенной принципиальности, отсутствия компромиссов.

При доминировании матери в семье (по ее оценке) увеличивается конфликтность с мальчиками (с девочками — тенденция). При доминировании отца в семье (по его оценке) конфликтность возрастает в отношениях с девочками (с мальчиками, наоборот, уменьшается как тенденция). Из этого следует, что конфликт с детьми более характерен для доминирующего в семье родителя противоположного пола. Отчасти это обусловлено его попытками оказывать все большее влияние на детей с тем, чтобы избежать своей эмоциональной и половой изоляции в семье.

Невротизм (по среднему баллу «шкалы невротизации») влияет на конфликт с детьми только у матерей. Чем более невротична мать, тем чаще у нее конфликт с сыном. У девочек подобное соотношение в виде тенденции. Невротизм отцов не оказывает влияния на конфликт с детьми.

Вопросник Айзенка. По шкале «экстраверсия — интроверсия» не получено достоверных различий у родителей при наличии или отсутствии конфликта с детьми.

Данные по вопроснику Айзенка сравнивались при одновременно существующем конфликте между родителями, родителями и детьми и его отсутствии в обеих сферах отношений. По шкале «экстраверсия — интроверсия» у обоих родителей в этом плане нет достоверных различий. Невротизм у обоих родителей существенно выше при конфликте между собой и детьми, чем при его отсутствии.

Вопросник MMPI — высокочувствительная методика для выявления особенностей личности матерей, конфликтных с детьми. По всем шкалам профиля, кроме 5-й, получены различия с матерями, отрицающими конфликт. При кратком изложении шкал конфликтная, во многом противоречивая, структура личности матерей будет представлена следующими характеристиками: хроническое напряжение, недомогание, усталость, т. е. состояние стресса, фиксация неприятных ощущений (1); неудовлетворенность собой, сниженный фон настроения (2); эмотивность и эгоцентризм (3); внешняя конфликтность, импульсивность, трудности во взаимоотношениях с окружающими (4); настороженность и недоверчивость, склонность к образованию сверхценных идей (6); неуверенность в себе, тревожная мнительность (7); недостаточная отзывчивость, склонность к соблюдению излишней дистанции в отношениях, их формализация (8); эмоциональная возбудимость, раздражительность (9); затруднения в межличностных контактах (0). 5-я шкала имеет достоверные различия только у матерей девочек, выделяя их недостаточную женственность.

Если сравнить профиль матерей при конфликте с отцами и детьми, то в обоих случаях он будет существенно отягощен, в то время как у отцов это наблюдается только при конфликте с матерью и отсутствует при конфликте с детьми. Более того, у бесконфликтных с детьми отцов значительные подъемы профиля отмечаются по 2-й, 5-й и 7-й шкалам, указывая на внутреннюю неудовлетворенность, пониженное настроение и пессимизм (2), мягкость характера (5), неуверенность в себе и тревожную мнительность (7).

При наличии подобных проявлений отцы менее «способны» на открытый конфликт с детьми. Эти же характеристики, за исключением мягкого характера, играют противоположную роль у матерей, обостряя их отношения с детьми.

При генерализованном конфликте (с отцами и детьми) профиль у матерей психопатологически изменен еще в большей степени, чем при отдельном конфликте с отцами или детьми. Выраженный подъем профиля отмечается по всем шкалам, кроме 5-й и 9-й. Таким образом, чем больше у матерей конфликтных сфер отношений в семье, тем больше отягощен их личностный профиль. У отцов при генерализованном конфликте в семье появляются подъемы по 8-й и 9-й шкалам, что указывает на их недостаточную эмоциональную отзывчивость, склонность к соблюдению излишней дистанции в семейных отношениях, наряду с повышенной возбудимостью и раздражительностью. У матери и отца общей приподнятой (достоверно, как и все остальные) шкалой при конфликте между ними и с детьми

будет 8-я, что лишний раз подчеркивает недостаточную эмоциональную отзывчивость, способность к сопереживанию, а также склонность этих родителей к формализации отношений. Это создает контраст интимным, непосредственным и доверительным отношениям в бесконфликтных семьях.

Посредством дополнительных шкал MMPI удается выявить у обоих родителей, как при отдельном конфликте с детьми, так и при генерализованном конфликте в семье, более высокие показатели по шкалам контроля, силы «я» и лидерства. У матерей к этому следует добавить тревожность, общую личностную изменчивость — нестабильность и общую плохую приспособляемость — адаптацию. У отцов при отдельно рассматриваемом конфликте с детьми более низкий показатель по шкале зависимости, т. е. конфликтные отцы менее зависимы. Личность отцов, таким образом, также противоречива.

Различия по *вопроснику Кеттела* получены только по форме А. При конфликте с мальчиками низкий у матерей и высокий у отцов фактор «М» говорит о практичности, «заземленности» чувств матерей и развитом воображении, направленном на внутренний, чувственный мир, у отцов. Более высокий фактор «Q_4» при конфликте с детьми у матерей и с мальчиками у отцов подчеркивает внутреннюю напряженность и фрустрированность; высокий фактор «Н» у отцов детей обоего пола — склонность к риску, активность в контактах, в то время как низкий фактор «Q_3» — импульсивность. У отцов, конфликтных с мальчиками, низкий фактор «С» характеризует их как поддающихся чувствам, неустойчивых и легко расстраивающихся.

По *методике Розенцвейга* у матерей, считающих отношения с детьми конфликтными и бесконфликтными, различий нет. У отцов, определяющих отношения с детьми конфликтными, чаще, чем у отцов, отрицающих конфликт, встречается сочетание самозащитного типа реакций (ЕД) и их экстрапунитивной направленности (Е). Это означает, что отцы все порицания, обвинения, угрозы и упреки адресуют не к себе, а к другим, в данном случае — к детям, считая их большей частью виноватыми в возникновении напряженных отношений. У отцов девочек при определении отношений с ними как конфликтных также чаще имеет место сочетание упорствующего типа реакций (NP) и экстрапунитивной их направленности (Е). Эти отцы стремятся перенести бремя ответственности на других, требуя или ожидая в данном случае уступок от дочери, без того, чтобы самим перестроить отношения с ней.

По данным методики и наблюдений, можно отметить определенную закономерность в изучаемых семьях, когда более личностно измененные матери имеют обыкновение считать отцов ответственными за появление конфликта с ними, а отцы, в свою очередь, возлагают ответственность за напряженные отношения с детьми на них самих.

По *методике «незаконченные предложения»* у конфликтных с детьми матерей аналогичное отношение к своим отцам (в детстве) и семье в целом. В большей степени это выражено в семьях девочек, в то время как у конфликтных с ними отцов, наоборот, сферы отношений к отцу в семье менее конфликтны.

Чувствительным инструментом для исследования семейных конфликтов является предназначенный для матерей *вопросник PARI.* При конфликте с детьми матери вспыльчивы и раздражительны (9-й признак). В семьях девочек к этому следует добавить излишнюю дистанцию в отношениях с ними со стороны матерей (3-й фактор), общую конфликтность в семейных отношениях и отказ от выполнения роли только хозяйки дома (7-й и 13-й признаки), конфликтное отношение к своей семейной роли, т. е. ее неприятие (4-й фактор). Мать считает, что она жертвует собой во имя семейных интересов (5-й признак) и стремится воспитать в дочерях чувство обожания родителей, т. е. себя (11-й признак), что входит в противоречие с отрицательным отношением матери к семейной роли и семье в целом. При генерализованном конфликте матерей с отцами и детьми будут действовать все перечисленные выше характеристики ее отношения, в том числе излишняя эмоциональная дистанция в отношениях с детьми и отрицательное (конфликтное) отношение к семейной роли. К этому необходимо добавить безучастность мужа к делам семьи, по оценке матери, к ее собственную несамостоятельность и зависимость (17-й и 23-й признаки).

Вопросник Лири дополнен аспектами «мой ребенок» и «мой идеал ребенка». Анализ данных при конфликте проводится также по аспекту оценки родителями себя («я сам(а)»). У матерей, конфликтных с мальчиками, выделяются требовательность, скептицизм, упрямство (по аспекту «я сама»), оценка мальчиков, как стремящихся к доминированию (аспект «мой ребенок») и менее конформных (аспект «мой идеал ребенка»). У отцов, конфликтных с мальчиками, нет различий по аспекту «я сам» и «мой идеал ребенка». По аспекту «мой ребенок» подчеркивается их недостаточная уступчивость. У матерей,

конфликтных с девочками, по аспекту «я сама» больше выражены скептицизм, упрямство и зависимость в отношениях; но аспекту «мой ребенок» более выражены оценки девочек, как стремящихся к доминированию, неуступчивых, недоверчивых, непослушных и неотзывчивых. По аспекту «мой идеал ребенка» различий нет. У конфликтных с девочками отцов в большей степени звучит стремление к доминированию, уверенность в себе, требовательность и одновременно зависимость в отношениях (аспект «я сам»), оценка девочек, как стремящихся к доминированию, уверенных в себе, требовательных, упрямых и зависимых в отношениях (аспект «мой ребенок»). При конфликте с дочерьми отцы хотят, чтобы в идеале они были более доверчивыми, послушными и отзывчивыми.

По данным вопросника Лири видна значимость проблемы доминирования или иерархии внутрисемейных отношений при наличии конфликта с детьми. В этом случае более склонны наделять детей стремлением к доминированию родители другого пола: матери мальчиков и отцы девочек. В немалой степени это — реакция на угрозу внутрисемейной половой изоляции, устранить которую каждый из родителей пытается подчинением себе детей другого пола. Конфликт с детьми показывает безуспешность этих попыток. Если бы они осуществились, то мать образовала бы с сыном, а отец — с дочерью односторонне соподчиненную диаду, сформировав большинство или подгруппу в семье. Заметна при конфликте и проекция родителями на детей многих из своих отрицательных характеристик, т. е. родители конфликтно реагируют на те негативные, с их точки зрения, проявления у детей, которые фактически есть у них самих. Подобная конфликтная персонификация родительского «я» более выражена в семьях девочек, создавая сложную психологическую фабулу семейного конфликта.

Предложенный нами *вопросник оценки родителями характера поведения детей* состоит из 360 слов — определителей различного рода черт характера и поведения. Выделены 7 основных шкал-характеристик детей: эмоциональная чувствительность (в максимальном значении это — сензитивность); подверженность страхам (боязливость); неуверенность в себе (тормозимость); эмоциональная неустойчивость (лабильность); повышенная возбудимость; упрямство (неподчинение); суммарная шкала, отражающая проблемность в восприятии родителями характера и поведения детей. При конфликте с детьми матери меньше подчеркивают неуверенность и тормозимость детей, зато больше — их эмоциональную неустойчивость, повышенную возбудимость и упрямство. У отцов различие состоит только в определении дочерей как более эмоционально неустойчивых при конфликте с ними. Если матери более склонны находить при конфликте с детьми, особенно мальчиками, отрицательные черты их характера и поведения (по суммарной шкале), то у отцов это выражено только в отношении дочерей. В целом, конфликт у матери сопровождается большей проблемностью и негативностью в восприятии характера и поведения детей, чем у отцов. На первом месте в плане проблемности и негативности в восприятии детей будет отношение матери к сыну, на втором — к дочери, на третьем — отношение к ней отца и на последнем, как наименее конфликтное, отношение отца к сыну. Проблемность, таким образом, более выражена в восприятии детей другого пола, препятствуя эмоциональному контакту с ними и проявлению чувства любви у родителей.

Как мы видели, родители, прежде всего матери, при конфликте с детьми имеют более выраженные личностные изменения, чем родители, способные найти с детьми контакт и взаимопонимание. При прочих равных условиях конфликт матери в семье является характерологически, а отца — более ситуативно обусловленным феноменом.

Семейный конфликт. Это взаимообусловленный или генерализованный конфликт между родителями и родителей с детьми. В этой связи мы уже касались использования вопросников, теперь же рассмотрим динамику семейного конфликта.

По данным корреляционного анализа, конфликт между родителями, несмотря на все свое отрицательное звучание, предотвращает некоторые из крайностей отношений с детьми, в том числе физические наказания, подгонку и порицания. Наоборот, при отсутствии конфликта между родителями они чаще физически наказывают, торопят и ругают детей, поскольку у них нет разногласий по этому поводу. По данным корреляционного анализа, супружеский конфликт увеличивает сензитивность матерей, способствуя развитию эмоциональных расстройств. У отцов конфликт уменьшает невротизм, предоставляя им известную возможность отреагирования нервного напряжения. У обоих родителей супружеский конфликт сопровождается общим чувством неудовлетворенности браком, аффективно заостренным стремлением изменить свою семейную позицию.

Одновременный конфликт между родителями (с точки зрения матери или отца) и родителей с детьми — наиболее частый у матерей девочек — 36% и достоверно более редкий у отцов — 10%. У

матерей мальчиков совместный конфликт встречается в 27% семей, у отцов — в 20%. Эти данные показывают большую распространенность, генерализацию конфликтных отношений матери в семье, ее более выраженную конфликтную позицию, как и более частое подчеркивание семейных противоречий.

Конфликт между родителями и родителей с детьми, с точки зрения и матери, и отца, имеет место в 8% семей мальчиков и 4% семей девочек. Полное отсутствие конфликтов со стороны обоих родителей как в отношениях между собой, так и с детьми имеется в 9% семей мальчиков и 18% семей девочек. Практически число бесконфликтных семей будет еще меньше, если учесть конфликты между детьми и конфликты между родителями и проживающими в семье бабушками и дедушками. Таким образом, можно говорить о характерной при неврозах у детей конфликтной структуре семейных отношений.

У матерей наиболее часто (30%) встречается вариант, когда конфликт отсутствует с отцом, но присутствует в отношениях с мальчиками. Отцам при отсутствии конфликта с матерью более свойствен конфликт с девочками (42%). Заметно, что конфликт с детьми в том случае, если он не проявляется в отношениях между родителями, более характерен (тенденция) для родителя противоположного с ребенком пола. Последний, таким образом, чаще выступает в качестве своеобразного «козла отпущения» для отреагирования нерешенных личных и межличностных проблем родителей.

Рассмотрим различные виды сочетаний между конфликтом родителей в сфере супружеских, собственно родительских отношений и конфликтом с детьми. У матерей мальчиков обращает внимание менее выраженный конфликт в обеих сферах отношений с отцом и более выраженный в отношениях с ребенком. Подобная ситуация встречается достоверно чаще, чем когда отсутствует конфликт с сыном, но присутствует с отцом в обеих сферах отношений. У отцов мальчиков подобные различия незначительны. Следовательно, чем менее распространен (захватывает меньше сфер отношений) конфликт матери с отцом, тем более он выражен в отношениях с мальчиками. Другими словами, конфликт между родителями в наибольшей степени способен компенсироваться в отношениях с мальчиками.

Наиболее редкий вариант конфликтных отношений в семье (тенденция) тот, при котором конфликт между родителями сосредоточивается в сфере воспитания, минуя супружеские отношения и отношения с детьми. Это значит, что если родители ссорятся между собой из-за отношения к детям, то они, как правило, не вступают в открытый конфликт с ними. Родительский конфликт здесь является своего рода буфером, препятствием на пути конфликта с детьми. Особенно ярко это проявляется со стороны матерей девочек. В отношении супружеского конфликта подобная зависимость менее выражена. Тем не менее, если один из родителей усиливает конфликт с детьми, прибегая к крайним формам его выражения, например физическим наказаниям, то другой родитель может использовать это как повод для усиления супружеского конфликта. Так отношения с детьми становятся корректором и супружеских отношений между родителями.

Другим взаимосвязанным вариантом семейного конфликта будет такой, при котором доминирующая в семье мать неудовлетворена отношениями с отцом и компенсирует свое нервное напряжение на детях, непроизвольно способствуя нарастанию у них эмоциональных и поведенческих нарушений. Отец же, недовольный их поведением, пытается ужесточить свои требования, что, однако, встречает противодействие матери, увеличивая ее отрицательные чувства к мужу.

Во всех рассмотренных ситуациях получается замкнутый круг воспроизводства семейного конфликта, который периодически разгорается и затухает, создавая трудноразрешимую ситуацию конфликтного псевдоравновесия в семье, когда издержки конфликта между родителями покрываются за счет увеличения крайностей в отношениях с детьми и наоборот. При наличии конфликта между родителями они не могут стабилизировать конфликт друг друга с ребенком. Так, если мать конфликтует с детьми, то отец не может повлиять на мать, поскольку это приводит к нарастанию супружеского конфликта. Особенно неблагоприятна ситуация для отца, когда доминирующая в семье мать с холерическим темпераментом конфликтует с дочерью, напоминающей своим флегматическим темпераментом отца. Здесь большая вероятность разрыва семейных отношений по инициативе отца, когда он сближается с женщиной моложе себя, в отношениях с которой он может занимать главенствующую позицию. Девочки в большей степени, чем мальчики, реагируют на уход отца субдепрессивным оттенком настроения и, как правило, еще долгое время негативно относятся к мужчинам. Типична и ситуация, когда нарастающие разногласия в семье оказывают невротизирующее воздействие на детей и сам факт появления у них болезненного состояния препятствует разрыву семейных отношений.

Отец 10-летней девочки после 20 лет семейного стажа полюбил молодую женщину и собирался

уйти из семьи, считая, что он «отдал свой долг верности жене», тем более, что старшая, похожая на нее дочь, уже работала, а младшая училась в школе. Жена очень болезненно реагировала на намечающийся разрыв отношений, и ее напряжение передалось дочери, которая заболела неврозом, стала плохо есть, значительно похудела. Отец остался в семье. Мы помогли девочке и начали параллельное лечение матери. Постепенно ситуация в семье нормализовалась. Мать стала более тактично вести себя по отношению к мужу, уделяя ему больше внимания и приветствуя его улучшающийся контакт с дочерью.

Отец может находиться в неблагоприятной или уязвимой для себя позиции и тогда, когда в семье сын первых лет жизни, любящий и признающий только мать, и старшая дочь, отождествляющая себя с матерью. Мать здесь легче может решиться на развод, и в семье чаще возникают напряженные отношения. Это менее характерно в ситуации, когда младшая дочь любит отца, а старший сын подражает ему. В первом варианте возрастает угроза эмоциональной и половой изоляции отца в семье, во втором варианте она минимальна.

Как мы уже видели, определенную роль в происхождении семейного конфликта имеет опыт отношений в прародительской семье. При отсутствии эмоционально приемлемого опыта взаимоотношений с отцом в детстве как представителем мужского пола мать оказывается несостоятельной в роли прежде всего брачного партнера. Супруг же при отсутствии опыта общения и идентификации с отцом в детстве оказывается несостоятельным прежде всего в роли отца ребенка. Оба родителя неосознанно пытаются восполнить эти отношения в браке, как и освободиться от чрезмерного психологического давления матери в детстве. Если у жены это проявляется главным образом стремлением играть доминирующую роль в семье, то у мужа это выглядит как непроизвольное отражение в отношениях с женой прежних конфликтных отношений с матерью в подростковом возрасте. Во всех случаях необходимо известное время, чтобы стабилизировались и стали более зрелыми отношения в браке. Брак, таким образом, выполняет своего рода терапевтическую функцию для супругов, что далеко не всегда проявляется позитивными переменами в семейных отношениях, поскольку каждый из них ориентирован прежде всего на решение своих личных проблем. Многое здесь зависит и от степени соответствия у супругов реальных и идеальных концепций друг друга (и ребенка), умения быть более терпимыми и перестраивать свои отношения в связи с меняющейся динамикой жизненных обстоятельств. Следует учесть, что мужчины с возрастом обычно становятся более, а женщины — менее терпимыми в браке, что особенно заметно в возрастном интервале 35—45 лет, сопровождаясь критическим накоплением взаимных обид и недовольств, выявляемых в полной мере в отношениях с детьми. Каковы бы ни были источники семейного конфликта, он оказывает прежде всего невротизирующее влияние на мать, неблагоприятно отражаясь на отношениях с детьми, начиная с первых лет их жизни.

Семейный, в большинстве случаев хронически протекающий, конфликт — такой же частый источник психической травматизации для детей, как и неправильное воспитание. Если дети могут как-то воздействовать на отношение к себе несогласием, упрямством, перевозбуждением или тормозимостью, то при конфликте между родителями они часто лишены возможности прямо влиять на его исход, обычно до тех пор, пока их состояние не станет настолько тяжелым, что заставит обратить на него внимание по крайней мере одного из взрослых в семье и искать помощи у врача.

Реакция детей на конфликт в семье различается в зависимости от их эмоциональной чувствительности, особенностей темперамента и характера. Общим будет появление эмоциональных расстройств в виде возбудимости, беспокойства, сниженного фона настроения, нарушений сна и аппетита.

Конфликт детей с родителями. Он значительно менее выражен, чем конфликт родителей с детьми. Можно даже сказать, что больные неврозом дети не питают устойчивых отрицательных, тем более негативных или враждебных, чувств к родителям. Сам факт невротического заболевания показывает, что оно в немалой степени является следствием невозможности или неспособности психики ребенка противостоять действию психогенных, стрессовых по своей природе, факторов в семье. Протестные и конфликтные формы поведения предотвращают в известной мере накопление отрицательных эмоций (прежде всего, чувств беспокойства и обиды) посредством их отреагирования. Невозможность этого в силу разных причин, в том числе из-за развитых нравственно-этических чувств (совестливости, чувства вины, сострадания и переживания в целом), способствует повышению внутреннего психического напряжения, вплоть до появления болезненных расстройств.

Непросто диагностировать конфликт детей с родителями, и делать это нужно крайне осторожно, соблюдая известный такт при беседе. Главное — не обострить отношения в семье, не настроить детей и

родителей друг против друга, а по возможности смягчить некоторые из сторон их отрицательных взаимоотношений.

Необходимую информацию о конфликте детей с родителями можно получить посредством анализа ответов детей на ряд задаваемых при интервью вопросов. Причем все ответы нужно оценивать в их единстве, помня о том, что некоторые из них отражают, скорее, возрастную и психологическую значимость для детей, чем непосредственный конфликт с родителями.

Вопрос: «С кем ты живешь дома?»

Обычно ребенок на первое место ставит наиболее авторитетное (значимое) для него лицо, к которому он, к тому же, испытывает чувство привязанности. Перечисление одного из взрослых на последнем месте указывает как на его меньшую значимость для детей, так и на возможную диспозицию в отношении с ним. Последнее особенно характерно, если ребенок может забыть перечислить одного из членов семьи.

Вопрос: «Коли бы ты играл в воображаемую игру «Семья», кого бы в ней изображал — маму, папу или себя; папу, маму или себя; себя, маму, папу?»

Как уже отмечалось, старшие дошкольники обычно выбирают роль родителя того же пола, обнаруживая возрастную потребность в ролевой идентификации с ним. Если же ребенок в данном возрасте выбирает роль родителя другого пола, то это подчеркивает диспозицию в отношениях с родителем того же пола или обоими родителями, если он отказывается от их роли и выбирает себя.

Вопрос: «Если бы дома никого не было, кого бы ты ждал в первую очередь — маму, папу; папу, маму?»

Преобладающим ответом будет выбор мамы, что указывает на привязанность к ней. Если же в ответе мать не стоит на первом месте, это свидетельствует о выраженных эмоциональных проблемах в отношениях с ней.

Вопрос: «Если бы с тобой случилось горе, беда, несчастье, обидел тебя кто-нибудь, ты всегда бы рассказал об этом маме, поделился, или не всегда?» Затем вопрос повторяется в отношении отца. Опять же не во всех случаях отрицательный ответ свидетельствует о разногласиях с родителями. Так, один мальчик 6 лет не поделился бы с мамой и папой, «потому что мне стыдно им говорить, что со мной произошло что-то такое». У другого мальчика 8 лет мотивом отрицательного ответа был страх, что его неправильно поймут, осудят или накажут. Да и сам он видел взаимную неоткровенность родителей. Приведем ряд других ответов: «Ябедничать нехорошо», «Я дам сдачи», «Не поделился бы, потому что знаю, что мама огорчится, а если бы знал, что мама не огорчится, то рассказал бы». Тем не менее нельзя сбрасывать со счета и известную конфликтную направленность в отношениях с родителями при отрицательном ответе. Из 134 детей с неврозами не поделились бы переживаниями с матерью 31% и отцом — 45%, без существенных различий по полу. Обращает внимание меньшая откровенность с отцом, что указывает не столько на конфликт с ним, сколько на его недостаточную роль в семье и отсутствие доверительных отношений с детьми.

Вопрос. «Скажи, ты боишься или нет, что тебя накажет мама (папа)?»

Наказания со стороны матери боятся 35% детей, со стороны отца — 56% (достоверно чаще), без особых различий по полу. Можно одновременно уточнить, как наказывают в семье (часто практикуются: становление в угол, физические наказания или запрет выходить из дому), строгие ли родители, отношение к этому детей.

Вопрос: «Если бы ты вырос и сам стал мамой (папой — соответственно полу), у тебя была бы девочка (мальчик), то ты бы так же относился, воспитывал ее (его), как к тебе относятся, воспитывают родители, или по-другому?» По-другому относились бы 36% детей (в роли матери — 22% девочек и в роли отца — 49% мальчиков, т. е. достоверно чаще). Мальчики, таким образом, более радикальны в изменении отношения отца. Когда мы интересовались причинами другого поведения в родительской роли, то получали разные, но достаточно характерные, ответы у мальчиков: «Не кричал бы, играл бы больше»; «Я бы не ставил его в угол, не бил»; «Не орал бы, спокойнее сказал» (6 лет); «Не ругался бы с ними» (7 лет); «Не бил бы ремнем» (8 лет); «Не сердился бы на них, не ругал, общался бы с ними, любил бы их» (9 лет); «Обращался поласковее» (10 лет); «Относился бы к ним хорошо» (12 лет); «Вел себя без самодурства», «Я бы находил для занятий с сыном время» (14 лет). Не менее красноречивы и ответы девочек: «Била бы рукой, а не ремнем» (5 лет); «Ласково говорила бы, не ругала бы»; «Не била бы их и не так бы ругала, а больше бы их воспитывала» (8 лет); «У меня было бы несколько детей» (14 лет). Наиболее ярко причину изменения себя в соответствующей роли родителя выразил мальчик 8 лет: «Я бы относился по-человечески!». Но в большинстве случаев дети не меняют родительскую роль, явно

предпочитая сохранить хорошие отношения. Ведущий мотив при этом — страх утраты любви, угроза которой и так существует у чрезмерно занятых и принципиальных родителей.

Вопрос: «Когда ты вырастешь, ты будешь как папа (мама) работать...?» Предпочтение той же профессии, как правило, — признак высокого авторитета родителей в представлении детей.

Характер отношений с родителями помогают понять рисунок «Семья», ответы на ТАТ, совместные с родителями игровые занятия и игра с врачом в куклы, воспроизводящие различные аспекты семейных отношений. Можно использовать и ряд рисунков из детских книг и журналов, где изображены ситуации взаимодействия взрослых и детей.

При интервью со 130 детьми с неврозами применялся также разработанный нами вопросник с перечислением проблемных ситуаций во взаимоотношениях с детьми. Всего использовано 57 диагностических утверждений, вроде: «много заботится о тебе», «часто беспокоится, что что-нибудь может с тобой случиться», «много говорит, как нужно себя вести», «требует, чтобы ты все делал вовремя», «часто заставляет тебя делать то, чего ты не хочешь» и т. д. Ответы последовательно отражают отношения матери, отца и других взрослых. Большинство детей выделяют такой аспект отношения матери, как «много заботится о тебе» (91% детей), а также другие стороны ее отношения: «требует, чтобы ты все делал вовремя», «все время напоминает, чтобы ты хорошо себя вел», «часто беспокоится, что что-нибудь может с тобой случиться»; «часто заставляет тебя делать то, чего ты не хочешь»; «требует беспрекословного послушания»; «много говорит, как нужно себя вести».

Сравним переживания, обусловленные отношениями с родителями при неврозах (27 детей) и в норме (25 детей) у 4-летних детей. Дети с неврозами реже, чем в норме, делятся с родителями, чаще определяют отношения родителей между собой как плохие; их чаще ругают и наказывают дома; мальчики чаще боятся кого-либо из взрослых в семье; как мальчики, так и девочки реже хотят походить на кого-либо из родителей и чаще хотят сразу стать взрослыми.

Формами эмоционального неприятия отношения родителей у детей с неврозами являются крик и плач в первые годы жизни, обида — в последующие. Наиболее болезненно дети с неврозами реагируют, когда их не ценят, к ним относятся пренебрежительно, равнодушно, когда их чувства остаются неразделенными, а потребность быть самим — блокированной. Конфликтное неприятие распространяется не только на некоторые стороны отношения с родителями в настоящем, но и на отношение к семье в будущем. В этой связи вспоминается мальчик 13 лет, который на вопрос о том, как бы он себя вел, будучи отцом, сказал: «Я не хочу иметь семью, я не люблю маленьких детей, девочек и женщин, потому что хочется самому распоряжаться своей судьбой; хочу быть сам себе главой, чтобы мне никто не мешал; никакой жены, потому что между мужем и женой бывают скандалы». В семье у него безраздельно доминирует мать, которая, замещая роль отца, систематически физически наказывает сына, проверяет каждый его шаг, во всем опекает, строга и принципиальна. Мягкий по характеру и занятый отец блокирован матерью и не пользуется авторитетом сына, поскольку всегда проигрывает в конфликте с женой. В свою очередь, чем больше конфликтно-требовательна мать к сыну, тем больше возражает (ссорится с ней) отец. Хронический стресс у мальчика привел к тому, что он стал часто болеть и, в итоге, почти не ходил в школу, так как, будучи неуверенным в себе, не мог постоять за себя, и его постоянно обижали сверстники. Так одностороннее влияние матери при недостатке мужского влияния, авторитета отца сформировали проблемы общения в школе и страх перед ее посещением. Вместе с тем болезненное состояние сына несколько смягчило отношение матери, выполняя таким образом роль своеобразного регулятора внутрисемейных отношений. Как только он начинал снова ходить в школу, так еще больше обострялись семейные трения, ухудшающие его нервное и соматическое состояние, и он опять оставался дома. Для себя мальчик уже решил дилемму: быть или не быть его семье в будущем, поскольку он не переносил семейные конфликты и не хотел такой семьи.

Конфликт между детьми. Чем больше размеры группы, в данном случае семейной, тем больше вероятность появления в ней непринятых и изолированных членов. Подобная социально-психологическая тенденция может иметь место в семье, где двое и больше детей. Тогда отрицательные чувства к родителям со стороны одного из обделенных вниманием детей возмещаются конфликтом с сибсом (братом или сестрой), позволяющим эмоционально отреагировать возникающее напряжение и недовольство и повысить личную значимость в семье. Сибс-конфликт, следовательно, также способен играть роль регулятора внутрисемейных отношений. Отмечается более частая враждебность (агрессивность, конфликтность) к старшему брату или сестре в возрасте младшего от 2 до 5 лет, т. е. в периоде, расцениваемом как наиболее интенсивный в плане формирования эмоций (Фрейд З., 1922; Уайт Б., 1982).

При хронических напряженных отношениях между детьми всегда можно отметить эмоциональное выделение одного из них со стороны родителей. Другой тогда оказывается в изолированной позиции в семье, особенно если он несговорчивый и упрямый, с точки зрения взрослых, нежеланный или несоответствующий по полу.

При прочих равных условиях сибс-конфликт чаще встречается у детей, родители которых обладают гиперсоциальными чертами характера, максималистски и нередко излишне требовательно настроены к детям, так же, как и у родителей с истерическими чертами характера, не способных эмоционально ровно и адекватно относиться к ним. Можно так сформулировать ведущую мотивацию эмоционального неприятия одного из детей в семье: «Он не такой, как нужно» (при гиперсоциальных чертах характера родителей); «Он вредный» (при паранойяльных чертах); «Он не мой, он не любит меня и слишком напоминает мужа или жену» (при истерических чертах характера). Помимо этого, если один из родителей испытывает страх одиночества и заостренное желание эмоционального признания в семье, то он непроизвольно стремится приблизить к себе кого-либо из детей по типу создания невротической зависимости или привязанности.

Конфликт между детьми в рассматриваемых семьях не сопровождается жестокостью, враждебностью или устойчивой агрессивностью, как у детей и подростков с психопатическим развитием. Обычно он нестоек, носит открытый характер по типу «врозь скучно, а вместо тесно», проявляется часто иронией, насмешками, обидой и дразнением. Длительный конфликт оказывает дополнительное невротизирующее влияние на формирование личности детей, заболевающих неврозами. Как правило, при конфликте они выступают в роли эмоционально непринятых или изолированных членов семейной группы.

Проиллюстрируем приведенные данные статистическими выкладками. Из 66 мальчиков с неврозами, имеющих братьев или сестер, конфликт встречается в 38%; у 41 девочки с неврозами он будет в 54%, т. е. более частый. Если проранжировать частоту конфликта у детей с разницей в 2, 3, 4, 5 и больше лет, то он более частый (тенденция) у детей с разницей в 3 года. Конфликт почти всегда встречается в отношении старшей девочки, больной неврозом, и младшего здорового в нервно-психическом отношении мальчика. В половине наблюдений отмечается конфликт старшего мальчика с неврозом и младшей, здоровой в нервно-психическом отношении, сестры. Общим выводом будет существование большей вероятности конфликта в отношениях детей противоположного пола, когда старший из них болен неврозом, а младший здоров и пользуется обычно большим эмоциональным предпочтением в семье. Представляет интерес, что в прародительской семье бабушка по линии матери достоверно чаще выделяла не ее, а кого-либо из братьев и сестер, что являлось одним из факторов невротизации матери и ее различного отношения к собственным детям.

В изучаемых семьях оба родителя (за исключением отца девочек) эмоционально выделяют (любят) не столько ребенка, больного неврозом, сколько его, как правило, более благополучного во многих отношениях сибса (различие достоверно). Подобный родительский максимализм не способствует ровным отношениям между детьми, когда обделенный любовью ребенок испытывает чувство обиды и ревности, а сибс сопротивляется попыткам изменить благоприятную для него обстановку в семье. Известное равновесие в семье может быть достигнуто, когда болезненное состояние детей с неврозом способствует некоторому выравниванию эмоциональных отношений в семье.

Каким бы ни было общение между детьми, оно позволяет в известной мере отреагировать эмоции, раскрыть потребность в движении, играх, взаимодействии со сверстниками. Периодически возникающие конфликтные ситуации между детьми позволяют приобретать и некоторый опыт психологической защиты при общении со сверстниками. Вместе с тем очевидно отрицательное воздействие конфликта между детьми на формирование их личности.

Приведем несколько примеров. В первом из них девочка 8 лет с истерическим неврозом ревнует мать к младшей сестре, которой уделяется больше внимания. Мать находится в конфликте с отцом и блокирует все его попытки эмоционального сближения со старшей дочерью, считая, что он оказывает неблагоприятное воздействие. Старшая, таким образом, находится в эмоциональной изоляции в семье. От постоянно преследующего ее чувства обиды и досады она испытывает периодически нарастающее напряжение в такой степени, что непроизвольно (навязчиво-импульсивно) выщипывает все брови и ресницы, привлекая к себе дополнительное внимание матери и добиваясь отчасти смягчения ее отношения. Условно данную ситуацию можно обозначить как «ситуацию падчерицы» в семье.

Следующий пример относится к мальчику 5 лет с неврастенией, который незамедлительно требует прощения от старшего брата при любом недоразумении между ними. Вторым ребенком мать

хотела иметь девочку. Несколько лет назад из семьи по настоянию матери ушел отец, злоупотреблявший алкоголем. Испытывая большую нервно-психическую перегрузку, мать часто «срывает» свое напряжение на упрямом, с ее точки зрения, младшем сыне, обладающем повышенным чувством собственного достоинства и совсем не похожем на послушную девочку, какой бы она была в ее представлении. После ссор она требует, чтобы сын незамедлительно попросил прощения. Он же, категорически отказываясь от унижения (что вообще характерно для детей с неврозом), переносит, в свою очередь, напряжение на старшего брата, ссорясь с ним.

Третий пример относится к мальчику 9 лет. В последнее время он непроизвольно стал говорить писклявым голосом, словно подражая маленькому ребенку. Родители, взволнованные этим, постоянно поправляют его речь. Мать раздражительна и возбудима, все время подгоняет и торопит сына. Отец же требователен в обращении с ним, ограничивает активность и выражение эмоций. Оба родителя тщательно проверяют уроки и заставляют все переписывать при малейшей ошибке. Невротизирующая семейная ситуация дополняется подчеркнуто теплым и снисходительным отношением родителей к младшей сестре, которая устраивает их во всем, уже не говоря о ее прелестном для родителей голосе. Неосознанное подражание ей со стороны брата означает регресс на более раннюю ступень психического развития, поскольку он надеется вызвать этим более теплый отклик родителей и ослабление непосильных для него требований. Таким образом, это — реактивный уход, психическая защита, символическое отключение от психотравмирующих условий действительности. В соматическом санатории, где мы проводили консультацию, мальчик говорил своим голосом, потому что рядом не было родителей и сестры как главных источников его нервного состояния.

Четвертый пример относится к девочке 5 лет с неврозом страха и заиканием. Будучи стеничной и одновременно сензитивной, она тяжело перенесла в 1,5 года разлуку с матерью, когда была отдана на год к родителям отца. Если до разлуки дочь была относительно спокойной, то при возвращении в семью стала возбужденной, «цеплялась» за мать, не отпуская от себя. В 2 года перенесла несколько сильных испугов на фоне соматогенной (пневмония) астении. Вскоре появилось нестойкое заикание, которое усилилось при помещении в детский сад и особенно после рождения брата, на которого перешло внимание матери. Одновременно мать стала более требовательной к дочери, ограничивая активность и наказывая за малейшее несогласие с ее точкой зрения. В этих условиях заикание не проходило, а, наоборот, нарастало, сопровождаясь эмоциональной неустойчивостью, капризностью и плаксивостью. Девочка не оставалась одна даже на короткое время, всего боялась, часто спрашивала мать: «А ты меня любишь?» Просила посидеть или полежать с ней перед сном, укачать ее как маленького ребенка. Днем временами становилась словно беспомощной, просила, чтобы ее одевали как брата, ухаживали за ней. При этом была послушной, кроткой, как говорили родители, и почти не заикалась. Так девочка реагировала на эмоциональное ущемление в семье, на выделение брата, отнявшего, в ее представлении, любовь родителей. После того как нам удалось повлиять на отношение матери, а также усилить влияние отца и его контакт с дочерью, заикание, страхи и проявления психогенного инфантилизма постепенно сошли на нет.

Последний пример касается девочки 11 лет, напоминающей своим темпераментом и эмоциональностью отца. Но отец занят и мало уделяет ей внимания. Мать — учитель математики, больна неврозом и, обладая гиперсоциальными чертами характера, все свое напряжение и раздражение переносит на дочь. Точно также командует ею, унижает и кричит старшая сестра, похожая на мать. Основной источник конфликтного противостояния матери состоит в том, что младшая дочь, с ее точки зрения, «не тянет» по математике, хотя и получает устойчивые тройки. От жесткого контроля, бесконечных придирок и аффекта мать переходит к физическим наказаниям, «выбивая пыль из головы дочери». Будучи нежеланной по полу, младшая дочь в 1 год была отдана в ясли, где стала заторможенной, часто болела, неоднократно по 2 смены находилась в санаториях, в последний раз — с вегето-сосудистой дистонией. При беседе ее беспокоили головные боли, повышенная утомляемость, трудность засыпания. Это не было случайным, поскольку ее «рабочий день» составлял не меньше 10 ч, уже не говоря о психологическом стрессе, испытываемом дома. В школе чувствовала себя неуверенной, опасалась сделать что-нибудь не так, как нужно, терялась при ответах и контрольных работах. К тому же испытывала проблемы в общении со сверстниками, т. е. налицо была клиническая картина неврастении. Данная семейная ситуация — это ситуация «золушки» и «мачехи», причем, роль последней с переменным успехом, но каждый раз с драматическими последствиями исполняли мать и старшая сестра. И нам стоило немалых усилий перестроить отношение матери, оказывая одновременно лечебную помощь как ей, так и дочери.

Все рассмотренные случаи показывают, как конфликт братьев и сестер в семье перекликается с издержками отношения родителей, являясь одним из источников хронической и неразрешимой психической травматизации для детей, заболевающих неврозами.

Глава 6. ОСОБЕННОСТИ ВОСПИТАНИЯ

Под воспитанием подразумевается не только целенаправленное воздействие родителей, в том числе обучение знаниям и навыкам поведения, но и непосредственный характер отношения (обращения) с детьми. Преобладающим типом воспитания при неврозах будут гиперопека и ограничивающий контроль (Симеон Т. В., 1958; Зачепицкий Р. А., Яковлева Е. К., 1960; Сухарева Г. Е., Юсевич Л. С, 1965; Лакосина Н. Д., 1970; Шкловский В. М., Ильдеркина В. С. 1972). Обоим родителям свойственны завышенные, не соответствующие реальным возможностям детей требования, наряду с их непоследовательностью и противоречивостью (Захаров А. И., 1972). Аналогичные данные получены в исследованиях Н. В. Конончук (1976), В. Н. Арбузовой, И. В. Доброгаевой, Г. В. Таныгина (1977). У детей, заболевающих неврозами, неудовлетворенными часто оказываются потребности в индивидуально-адекватной заботе и любви, самораскрытии, выявлении своего «я», эмоциональном и двигательном самовыражении (Захаров А. И., 1972). Сквозной линией в отношении к детям будет их неприятие как отсутствие положительных чувств и любви со стороны одного или обоих родителей (Гарбузов В. И., 1977; Кириченко Е. И., 1986).

Существует риск повышения нервности у единственных детей ввиду ее непроизвольной передачи со стороны взрослых в семье (Черни А., 1928). Небезразличным для воспитания было и снижение рождаемости в 60—70-е годы (Антонов А. И., 1980). Выделяется понятие «невроз материнства», когда материнская забота затемняет рассудок; в страхе мать не имеет покоя ни днем, ни ночью. Она не решается искупать ребенка, боится простудить или недокормить, считает своего совершенно здорового ребенка больным и без конца обращается к врачам (Moll L., 1920). Конфликты родителей по поводу воспитания, психологический отказ матери от ребенка, неровное поведение родителей высоко коррелируют с нарушениями поведения детей (Cameron J. R., 1978). Если ребенок чувствует любовь и поддержку, его развитие происходит в атмосфере безопасности и уверенности в себе. Если родители, имеющие собственные невротические потребности, колеблясь между полным одобрением, идеализацией ребенка и неодобрением, чрезмерными требованиями и ожиданиями, создают в семье климат тревоги, то правильное развитие ребенка становится невозможным (Horney К., 1937). Патогенная роль «маятникообразного» воспитания, когда запреты сменяются разрешениями и наоборот, в происхождении неврозов у детей выделена также К. Leonhard (1965).

При изложении предыдущего материала мы уже затрагивали ряд проблем воспитания. Систематизируем их в 5 групп факторов, отражающих специфику воспитания детей, заболевающих неврозами.

Первая группа *факторов. Наличие большого количества неразрешимых проблем воспитания* или неспособность родителей справляться с возрастными проблемами психического и личностного развития детей. Отметим трудности взаимоотношений с мальчиком 5 лет с неврозом страха в изложении матери, инженера по специальности. Ее слова отмечены кавычками, за ними следует наш анализ: а) «Когда прошу или заставляю что-либо сделать, например вымыть свои сапоги, идти чистить зубы, то надо повторять это по нескольку раз». У сына флегматический темперамент в отличие от холерического темперамента матери, и, кроме того, он устал от бесчисленных требований матери; б) «В ответ на мой *приказ* (выделено нами): «Прекрати или сделай сейчас же!», выдвигает свое требование: «Скажи — пожалуйста!», что, конечно, выводит меня из себя». Мать не принимает во внимание чувство собственного достоинства у сына, который уже в 5 лет не хочет быть бездушной игрушкой или роботом в обращении с ним матери; в) «Если поранил руку или получил занозу, то сразу ударяется в слезы и боится даже мне показать рану». Мальчики не плачут, в представлении матери, да и вместо сочувствия она будет ругать и читать мораль; г) «В ответ на предупреждение о предстоящем наказании он не успокаивается или прекращает плакать, а, наоборот, угрожает, замахивается и ведет себя так плохо, что почти сразу следует наказание. Такие ситуации повторяются несколько раз за день». В ответ на непереносимые для него, но привычные для матери угрозы сын пытается защитить себя, но не может. Даже предвидя в дальнейшем физическую агрессию матери в виде избиения, он не может молчать, безропотно сносить оскорбления, как и быть слепым и бездушным исполнителем деспотической воли

матери; д) «Моим ответам на свои вопросы не доверяет, а больше верит сверстникам или вообще посторонним людям. Это иногда очень раздражает меня». Дискредитировав свой образ в представлении сына, мать требует искренности, одновременно чрезмерно опекая и предохраняя от контактов со сверстниками, в которых мальчик испытывает подчеркнутую возрастную потребность; е) «Не умеет играть, приходится все в игре говорить за него. Поэтому надоедает с ним играть». Мать слишком нетерпелива и требовательна, мальчик боится сказать что-либо не так, поскольку это не подвижные, эмоционально насыщенные игры, а игры-нравоучения; ж) «Не хочет читать» (ему 5 лет); з) «Если что-либо у него не получается, сразу же раздражается и требует помощи с плачем». Иначе, как плачем, сын не может получить поддержку и помощь матери, «достучаться» до нее. К тому же мать страстно хотела девочку и не приемлет самостоятельности и ранимости мальчика; и) «Не оттащить от телевизора или магнитофона», поскольку это восполняет недостающие эмоции; к) «Не хочет помогать сам». Фактически он еще не может.

Проблемы воспитания, диагностируемые по вопросу «трудно найти оптимальный подход к ребенку», наиболее выражены при неврозе страха и обсессивном неврозе, наименее — при неврастении.

Отражение в воспитании неблагоприятных личностных особенностей родителей. Со стороны направленности личности это прежде всего отражение гиперсоциальности: излишней принципиальности, требовательности и нетерпимости, завышенного уровня притязаний в отношении возможностей детей. Принципиальное сдерживание родителями своих эмоций, их чрезмерная рационализация оборачиваются недостатком теплых и непосредственных чувств к детям, недоучетом особенностей их темперамента, эмоциональности и половых предпочтений.

Со стороны характера это — эгоцентризм родителей, внутренняя конфликтность, неприятие себя, тревожная мнительность. Вследствие этого они чрезмерно настойчиво, бескомпромиссно и претенциозно пытаются создать идеальный образ ребенка, ожидая, обязывая и требуя от него то, в чем сами оказались личностно - несостоятельными. Но как раз поэтому воспитание теряет свою прочность, устойчивость, естественность и последовательность. В то же время родители аффективно болезненно реагируют на несоответствие своих требований и ожиданий, усиливают психологическое давление на детей, прибегая к различным санкциям и наказаниям.

Как уже отмечалось, эмоционально чувствительные, душевно тонкие, добрые и ласковые дети заболевают неврозом прежде всего постольку, поскольку есть психопатические черты в отношении к ним родителей в виде неприятия, агрессивности (раздражения, негативизма и физических наказаний) и чрезмерной, всепоглощающей принципиальности (жесткости, негибкости, условности и формализма). Сами родители догадываются, подсознательно ощущают неестественность своего отношения к детям, но тем не менее не могут конструктивно изменить себя без внешней помощи и руководства, выполняющего роль стабилизатора и корректора их собственной личностной противоречивости и конфликтности. Сам факт, что большинство родителей, испытывая чувство вины и беспокойства, способно на перестройку своих взаимоотношений, указывает на преобладание у них невротической, а не психопатической структуры личности.

Условно можно выделить следующие психологические типы или образы матерей детей с неврозами.

«Царевна Несмеяна». Всегда чем-то озабочена и обеспокоена, повышенно принципиальна и честолюбива, сдержанна в выражении чувств и эмоций, доброты и отзывчивости. Не признает детской непосредственности, шума и веселья, считает это пустым времяпрепровождением. Никогда не смеется, любит иронизировать. Имеет навязчивую потребность делать замечания, стыдить, читать мораль, выискивать недостатки. Больше всего боится избаловать ребенка. Часто поступает подчеркнуто правильно, но, что называется, «без души» и учета реальных обстоятельств. Именно о такой матери мальчик 7 лет сказал: «Мне хочется, чтобы мама была ко мне всегда доброй, чтобы она меня не ругала, чтобы она меня ласкала, не била, просто бы сказала спокойно и все».

«Снежная Королева». Любит повелевать, держит всех на расстоянии, жестока и непреклонна, внутренне холодная и неотзывчивая, расчетливая и эгоистичная, равнодушная к страданиям других, считает ошибки заблуждениями, недостатки — пороками, а любую критику в свой адрес — злым умыслом.

«Спящая Красавица». Склонная к мечтательности, депрессивному мироощущению и пессимизму, заторможенная, нарцистическая (самовлюбленная) натура, пребывающая в плену своих идеализированных представлений, ждущая своего «принца», разочарованная и усталая, погруженная в свои мысли и переживания, отстраненная от ребенка и его потребностей, обращающаяся с ним как с

живой куклой.

Общее между тремя психологическими типами матерей можно систематизировать по следующим пунктам: «Она всегда молода и прекрасна»; исключительно много времени уделяет себе; исходит только из своей точки зрения; хочет покровительствовать; высокомерна, претенциозна по отношению к другим, которых всегда считает ниже себя; стремится во что бы то ни стало господствовать или доминировать среди окружающих; не переносит невнимания к себе и больше всего на свете боится остаться одна, без восхищения и признания со стороны других.

«Унтер Пришибеев». Недостаточно чуткая, часто грубая и безапелляционная, во всем командует детьми, понукает, принижает их чувство собственного достоинства, с недоверием относится к их опыту, самостоятельности, легко раздражается и выходит из себя, гневлива и раздражена, придирчива и нетерпима к слабостям и недостаткам, часто прибегает к физическим наказаниям, долго помнит плохое.

«Суматошная» мать. Неустойчивая, взбалмошная, неугомонная, непоследовательная и противоречивая. В своих действиях и поступках бросается из одной крайности в другую, часто взрывается, кричит, любой пустяк превращает в трагедию, из ничего создаст проблемы и на них же бурно реагирует.

«Наседка». Жертвенная, тревожно-беспокойная, во всем опекает, не отпускает детей от себя, сопровождает каждый их шаг, предохраняет от любых, в основном кажущихся, трудностей, стремится заменить собой сверстников, все сделать за ребенка, но только не способствовать его самостоятельности и активности.

«Вечный ребенок». Мать, которая не стала взрослой, по-детски обидчива и капризна, драматизирует любые события, жизнь считает невыносимой, детей — обузой, себя — жертвой обстоятельств, постоянно ищет помощь и поддержку, покровительства. Не может справиться с самыми обычными проблемами детей, охотно сдает их «на поруки» кому-либо, страдая при этом от своего чувства бессилия и беспомощности.

Приведенные психологические портреты следует интерпретировать как дополняющие друг друга психологические образы или тенденции в отношении матерей к детям. Наиболее типичен образ Царевны Несмеяны. Образ Снежной Королевы представлен лишь фрагментарно, являясь, скорее, психопатической, чем невротической, транскрипцией отношения, как и жестокость, неприятие, безразличие, которые присутствуют у шизоидных, паранойяльных и асоциально-попустительствующих матерей.

Проекция личностных проблем родителей на отношения с детьми тесно перекликается с предыдущим и является, по существу, его дополнением. Здесь повышенная требовательность к детям и отсутствие адекватной требовательности к себе; чрезмерная опека, исходящая из чувства беспокойства и страха одиночества; ритуальный контроль и педантизм, основанный на мнительности и неуверенности в себе у родителей. В этом же ряду невротически спровоцированные эффективность и непоследовательность в обращении с ребенком; конфликтное неприятие у него каких-то нежелательных, с точки зрения родителей, черт характера и темперамента друг друга и др.

Большое количество взрослых, прямо или косвенно принимающих участие в воспитании, нередко заменяющих собой родителей в первые годы жизни детей. Прежде всего это касается единственных детей, разночтения в подходе к которым служат источником хронической и неразрешимой стрессовой жизненной ситуации.

Односторонний характер воспитания. Как правило, речь идет о доминировании матери и бабушки в воспитании. Подобная ситуация особенно неблагоприятна для личностного развития мальчиков в старшем дошкольном и подростковом возрасте, поскольку исключение отца из сферы воспитания нарушает выработку навыков поведения, адекватного полу.

Инверсия воспитательных ролей, когда бабушка играет роль матери, мать — отца, а последний — роль «приемного сына». Выход матери из своей роли сопровождается усилением требовательности, ужесточением санкций и физических наказаний детей.

Конфликтный характер воспитания, когда оно отличается противоречивостью и напряженностью, объявлением «войны» упрямству, своеволию, эмоциональности и природному темпераменту детей.

Вторая группа *факторов. Преобладание рационального аспекта в воспитании* в виде большого количества моральных предписаний и требований, его «заорганизованность», формальность в ущерб эмоциональности, спонтанности и детской непосредственности Родители много учат, наставляют,

советуют, объясняют, проверяют, но забывают поиграть с детьми, сходить с ними на концерт, в гости, дать им возможность побыть собой и эмоционально отреагировать свои чувства и желания. Следствием рационального характера воспитания будет недостаток воображения и гибкости у детей. В отличие от сверстников они нередко затрудняются в выборе свободной темы для разговора, не знают, как себя вести в новой непредвиденной ситуации общения, боятся выразить свои чувства и сделать что-либо не так, как нужно, как следует, как внушено родителями.

Отношение к детям, как к уже «почти взрослым», т. е. наделение их всеми атрибутами взрослого поведения без достаточного учета возрастных особенностей. Так, родители, жалуясь на сына 3 лет, отмечают в качестве его постоянных недостатков трудность сосредоточения, неусидчивость, своеволие и плаксивость. Фактически же речь идет о нормальных и преходящих возрастных проявлениях у эмоционально чувствительного и стеничного мальчика, который не может соответствовать завышенным требованиям и ожиданиям родителей. Трудность сосредоточения и неусидчивость на поверку оказываются его активностью, своеволие — чувством «я», плаксивость — свойственным эмоциональным детям плачем при сильной обиде, боли или непреодолимом препятствии. Проблема здесь заключается в недостаточной приспособляемости нежной, ранимой психики детей к практицизму взрослых, их безоговорочности и категоричности.

Недостаточное внимание к половым аспектам в формировании личности детей. Как сказала с осуждением одна мать про сына 3 лет: «У него на уме только машинки». Как правило, это бесполое воспитание, нивелирование прежде всего психологических особенностей формирования личности мальчика, вызванное несоответствием его пола ожидаемому, чрезмерной опекой со стороны матери и предохранениями от общения со сверстниками. В этой связи нередкой будет ситуация, когда матери не принимают взросления сыновей, продолжая относиться к ним как к слабому и беспомощному ребенку, которого нужно во всем наставлять и сопровождать.

Заданность, шаблонность, схематизм, когда воспитание подгоняется под заранее составленные схемы, предписания, установки, без учета реальных обстоятельств, своеобразия формирования личности детей.

Недостаток индивидуализации в подходе к детям — следствие действия предыдущего фактора. В первую очередь это относится к первым годам жизни детей, когда родительская принципиальность и стремление к как можно более ранней социализации неизбежно оборачиваются потерей индивидуального настроя в воспитании.

Разрыв между словом и делом в воспитании означает невыполнение родителями своих обещаний, их необязательность при требовании обязательности у детей. Также это ситуация, когда много слов, разговоров и мало дела, практических мероприятий.

Дефицит душевной щедрости, доброты и естественности (искренности) в отношениях с детьми. Обычно это проявление как эгоцентризма и гиперсоциальности в настоящем, так и канонизированного типа воспитания у самих родителей в детстве.

Третья группа факторов. *Непонимание своеобразия детей,* возрастных особенностей формирования их личности, неблагоприятного действия резкого обращения, чрезмерного давления и семейных конфликтов.

Неприятие в отношениях с детьми рассматривается как в плане недостаточного учета их индивидуальных особенностей, в том числе темперамента, пола и характера, так и нежеланности ребенка, несоответствия его пола ожидаемому. Такие стороны родительского неприятия, как нежеланность ребенка, преждевременность появления, несоответствие его пола ожидаемому встречаются в 70% семей без особых различий по полу детей и диагнозу. В целом, неприятие более характерно для детей первых лет жизни, когда родители еще незрелы в своем чувстве материнства и отцовства и все их интересы заострены на вопросах профессиональной карьеры и престижа. Обычно это ситуация, когда ребенок «не тот», кто ожидался, кто устраивает, а «тот», кто создает проблемы, омрачает существование и мешает профессиональной карьере. Непримиримость и предвзятость отношения, категоричность и максимализм матери оказывают наибольшее патогенное воздействие на эмоциональное развитие детей, поскольку нет чувства любви и сочувствия, которые заменяются излишней требовательностью и недовольством. Одна мать выразила это следующими словами: «Меня дочь раздражает, когда делает не так, как положено, иногда в такой степени, что я не могу с ней находиться в одной комнате».

О негативном восприятии мальчиков матерями с твердым, волевым, гиперсоциальным и бескомпромиссным характером мы уже говорили. В этой связи нам вспоминается мальчик 8 лет с

истерическим неврозом, у которого, со слов матери, полностью отсутствуют положительные черты характера. Мать постоянно обвиняет отца, что он не умеет зарабатывать, «как другие», хотя и занят все время на работе. Считает, что он во всем виноват, «слишком мягкотелый», и при любых семейных затруднениях прибегает к угрозе развода и отделении сына. Сама мать вообще не хотела иметь детей, с отвращением относилась к родам и всему тому, что связано с функциями женского организма. Тем не менее родила по настоянию мужа. Роды были тяжелые. В возрасте 1 года отдала эмоционально беспокойного мальчика в ясли, к которым он не мог адаптироваться. В семье верховодит авторитарная бабушка, мать же поступает по отношению к сыну подчеркнуто правильно, жестко и наказующе. Еще до школы он несколько рад отправлялся в санаторий, в школе посещает продленный день, летом отбыл 2 смены в пионерском лагере «санаторного» типа. При беседе с нами мать призналась, что не любит мужа и не хочет от него второго ребенка. В детстве была свидетелем приниженного положения своего отца в семье, что, по-видимому, сформировало у нее аналогичный стереотип взаимоотношений с мужем.

В другом случае мать мальчика 9 лет с неврастенией и энурезом уже была в разводе с мужем. Она постоянно «воевала» с сыном, поскольку видела в нем только отрицательные, с ее точки зрения, черты характера мужа. Будучи неудовлетворенной во многих отношениях, нетерпимой и нервной, периодически вымещала раздражение на сыне, подвергая физическим наказаниям, поскольку он «не понимал человеческого языка». Использовались и постоянные угрозы отдать в интернат, что могло иметь под собой реальные основания, если бы представилась такая возможность. Вскоре выход был найден. Мать заставила его одновременно посещать английскую и музыкальную школы. Перегрузка от учебы в двух школах, повышенная требовательность матери и конфликты в семье явились причиной развития неврастении у мальчика.

Типичной будет и ситуация неприятия одного из двух детей в семье. Так, мать дочери 12 лет с неврозом страха вначале не хотела ее, поскольку училась в аспирантуре. Отец же, наоборот, настаивал на исполнении ею материнского долга. В 7 лет девочка заявила, будучи уже боязливой и тревожной: «Зачем я живу, зачем я родилась, лучше бы я умерла». Вскоре появилась младшая дочь, которую категорически не хотел отец, но хотела уже мать. Затем все переменилось, отец забыл о старшей, признав «своей» младшую дочь, так что старшая оказалась в позиции «сироты при существующих родителях».

Другая ситуация неприятия обусловлена наличием «промежуточного» ребенка в семье. Так, в одной семье есть дочь 13 лет, не страдающая нервными отклонениями, дочь 9 лет, больная неврастенией, и сын 2 лет так же, как и старшая, без нарушений. Младший — долгожданный мальчик в семье, на которого обращена любовь отца, в то время как старшую дочь любит больше мать. Средний ребенок в семье — девочка с неврозом 9 лет — оказалась таким образом «не у дел», не любима обоими родителями, поскольку ожидался мальчик, и своим поведением она действительно напоминает образ «полудевочки-полумальчика», являясь, как и в предыдущем случае, эмоциональной сиротой в семье.

В заключение раздела рассмотрим семейные ситуации у 3 детей на одном приеме. Первый мальчик 13 лет, производящий впечатление «заморыша», страдает ночным недержанием мочи и заиканием днем, легко устает, эмоционально подавлен. Он нежеланный (в семье есть старший сын) и «вредный», в представлении обоих родителей. Второй мальчик 9 лет с психопатоподобным поведением: расторможенностью, в том числе сексуальной, циничностью, агрессивностью и асоциальными тенденциями, также нежеланный, потому что в семье есть две любимые, без каких-либо отклонений, дочери 15 и 17 лет, одну из которых любит мать, а другую — отец. Паранойяльно настроенная мать с непоколебимой решимостью говорит про сына: «Мы растим преступника», в результате чего мальчик при отсутствии любви все в большей степени оправдывает «ожидания» матери. Третья — девочка 3 лет «с истериками», со слов родителей, упрямая и своевольная. Она — опять же нежеланный ребенок в семье, в которой есть любимый старший брат.

Все приведенные случаи имеют одну общую черту — они выявляют в ситуации неприятия в максимальной степени неблагоприятные черты личности родителей преимущественно паранойяльного и отчасти истерического круга.

Несоответствие повышенных ожиданий и требований родителей реальным психофизиологическим возможностям детей, в том числе ритму развития, темпу протекания психических процессов, а также особенностям формирования характера и личности. Степень несоответствия следует рассматривать именно в приведенной последовательности, т. е. оно наиболее выражено в отношении психофизиологических возможностей детей и наименее — в отношении

формирования личности. Заметим, что при психопатических развитиях соотношение, скорее, будет обратным. Фактор несоответствия отражает неспособность родителей найти адекватный подход к ребенку. Они не способствуют естественным для него тенденциям психического развития, а противостоят им, исходя из своих односторонне понятых, заостренных и болезненно измененных требований. В наибольшей мере несоответствие воспитания проявляется в дошкольный период жизни детей и встречается в 5 раз чаще, чем адекватное воспитание. В младшем школьном возрасте подобное соотношение составляет 2:1. В подростковом возрасте можно говорить только о некотором несоответствии воспитания. Подобный родительский путь проб и ошибок оборачивается дорогой ценой для детей, как правило, заболевающих неврозами в дошкольный и младший школьный период их жизни.

Негибкость воспитания подразумевает отсутствие альтернатив, заданность, некоторую косность суждений, их трафаретный, не учитывающий обстоятельств характер. Во многом это — проявление гиперсоциальных, доминантных и паранойяльных черт личности родителей. Когда ребенок, подрастая, начинает критически воспринимать безоговорочное для него ранее мнение родителей, то большинство родителей, понимая и уважая его право на свое мнение, перестраивают свои взаимоотношения, делая их более гибкими и направленными на развитие собственных возможностей ребенка. Родители детей с неврозами не могут перестроить свою тактику, продолжая усиливать давление на детей, пытаясь во что бы то ни стало подчинить своей воле, готовым решениям. Возникающий конфликт с детьми и нарастание репрессий к ним приводят к тому, что вся созидательная сила обеих сторон уходит на борьбу — противостояние. Таким образом, вместо изменения принципа руководства ребенком, уже не говоря о том, что оно неправильно с самого начала, родители «застывают» в нем, требуя невозможного или ожидая безоговорочного подчинения.

Неравномерность воспитания включает в себя главным образом недостаток эмоционального контакта с детьми в первые годы их жизни и избыток его в последующие годы. Неравномерность также относится к чрезмерному влиянию одного из взрослых на ребенка при недостаточном влиянии со стороны другого.

Непоследовательность воспитания препятствует формированию устойчивого «я» у детей и создает состояние тревожного ожидания и неуверенности в себе. Приведем реплики матери 41 года, обращенные к сыну 14 лет и дочери 12 лет. Утром: «Витя и Оля, вставайте, хватит спать, вы сюда не спать приехали, спать можно и дома (дети лениво, нехотя пытаются встать)». Мать тут же: «А пусть спят, сколько хотят, хоть на каникулах отоспятся» (и дети продолжают спать до полудня). Днем: «Витя, уйди куда-нибудь. Уйди на балкон, там посиди, не мешайся, здесь и так тесно». Сын уходит на балкон. Мать вскоре: «Витя, ты где? С ума что ли сошел, сидишь на балконе, там сквозняк, сейчас же домой, садись в кресло, смотри телевизор». Через некоторое время: «Что, заняться нечем? Возьмите книги и читайте. А впрочем, сколько можно читать, и так зрение у одного и другого испорчено. Идите на улицу, посидите на скамейке. Нет, хотя не ходите, там всякие пьяницы. Ну, тогда походите вокруг дома». Пришли с улицы: «Прежде чем обедать, помойтесь, все грязные, потные». Сын наливает в ванну воду, моется. «Витя, долго я буду ждать, все уже остыло. Что ты там делаешь?» Сын: «Моюсь».— «Я же тебе сказала умыться. Вот бестолковый. Разве ты сам можешь вымыться. Теперь мне приходится бросать обед и мыть тебя».

По данным корреляционного анализа, непоследовательность в обращении с детьми связана с конфликтами между родителями (в семьях девочек), частыми порицаниями (в семьях мальчиков), подгонкой (стремлением торопить) и физическими наказаниями (последнее только со стороны матерей), образуя характерное сочетание при неврозах у детей. Непоследовательность коррелирует с тревожностью матерей и наличием у них истерических черт характера. Соответственно, больше всего непоследовательность выражена у матерей детей с истерическим неврозом.

Несогласованность воспитания — социально-психологическая характеристика, обусловленная доминированием в нем одного из взрослых, конфликтной структурой семейных отношений и трудностью сочетания установок родителей. Разные взгляды на воспитание характерны для 50% матерей и 51% — отцов, без особых различий по полу детей. Более часто (тенденция) они проявляются у родителей детей с истерическим и обсессивным неврозом. При последнем матери несколько чаще подчеркивают свои противоположные (полярные) характеры с мужем. В свою очередь, сходство взглядов на воспитание, по данным корреляционного анализа, связано с удовлетворенностью семейными отношениями, отсутствием напряженных отношений у родителей, их взаимопониманием и сходством характеров.

Четвертая группа факторов воспитания в основном детерминирована неблагоприятными личностными изменениями у родителей. *Гиперсоциальность* — повышенная принципиальность в отношениях с детьми, гипертрофированное, односторонне понятое чувство долга, обязанности, отсутствие компромиссов, что, в целом, более характерно для матерей. У обоих родителей гиперсоциальность коррелирует с твердостью характера. Гиперсоциальность оборачивается негибкостью в отношениях с детьми, недоучетом эмоционального и ситуативного фактора в их развитии, когда матери скорее поступают, что называется «не от сердца, а от ума». Выверяя каждый свой шаг, они в то же время опасаются сделать что-либо не так, как нужно, как следует, что-либо упустить, потерять, нарушить. Но именно эти матери предпочтут лишний раз не привести ребенка на прием, чтобы не уйти с работы на короткое время, даже имея справку врача, требовательны и категоричны в своих суждениях, нетерпимы к другому мнению, непримиримы к ошибкам и слабостям. Будучи честолюбивыми, эти родители стремятся, чтобы ребенок все делал лучше всех, был примером, образцом для подражания других детей.

Тревожность в отношениях с детьми — следствие гиперсоциальных и тревожно-мнительных черт характера родителей, их невротического состояния. Эти родители не столько радуются, спокойны и уверены в себе, сколько печалятся, беспокоятся и сомневаются в правильности своих действий. Можно сказать и так, что тревожность (как и эффективность) смягчает, «размывает» отчасти гиперсоциальность родителей, особенно матерей, которым тревожность и гиперсоциальность присущи больше всего. При тревожности требования не кажутся уже такими непоколебимыми, возникают альтернативные варианты взаимоотношений с детьми, в большей степени учитываются обстоятельства. В целом же тревожность действует отрицательным образом на психическое развитие детей, сопровождаясь снижением у них активности и уверенности в себе. Тревожная мать постоянно куда-то спешит, вскакивает, все время смотрит на часы, не переносит ожидания, без конца звонит в гостях, чтобы убедиться, все ли в порядке дома. Она постоянно торопит (подгоняет) детей, не отпускает от себя. Ей все время кажется, что кто-нибудь испугает ребенка, с ним может произойти несчастье, непоправимая беда. В итоге, резко возрастает число советов, предписаний и предохранений, с каждым годом все плотнее окружающих детей, вместо развития у них самостоятельности, инициативы и активности. По данным корреляционного анализа, тревожность в воспитании связана с тревожностью в характере родителей и конфликтом между ними из-за проблем отношений с детьми.

Выраженное беспокойство в отношениях с детьми присуще 57% матерей (из 161) и 15% отцов (из 129), т. е. встречается достоверно чаще у матерей. Тенденция к увеличению тревожности у родителей прослеживается по мере взросления детей, достигая максимума в подростковом возрасте. Достоверно чаще тревожность проявляется у матерей в отношении мальчиков, чем девочек; у отцов подобных различий нет. При разделении родителей на группы с возрастными интервалами 20—30, 30—40, свыше 40 лет в последней группе как матери, так и отцы достоверно более тревожны, т. е. чем старше родители, тем более они беспокойны в отношениях с детьми. Этим объясняется, почему дети у «поздних» родителей более тревожны и у них чаще диагностируется невроз страха и навязчивых состояний. При них тревожность родителей достоверно выше, чем при неврастении и истерическом неврозе.

Аффективность в обращении с детьми подразумевает эмоционально бурные проявления родителями своего раздражения и недовольства. Обычно это — крик, ругань и угрозы в адрес детей. Родители переживают затем крайности своего отношения, квалифицируют их как срывы. В большей степени эффективность присуща родителям, находящимся в невротическом состоянии, перевозбудимость которых и является основой аффекта в отношениях с детьми. После приступа аффекта нервно-психическое состояние матери и отца несколько облегчается, но появляющееся вскоре чувство вины и отсутствие изменений в поведении детей порождают чувство безысходности и отчаяния, рано или поздно нарастающее вновь до критической точки. В целом, эффективность больше свойственна матерям и, по данным корреляционного анализа, связана с их истерическими чертами характера, ригидностью мышления и гиперсоциальностью, стремлением постоянно торопить (подгонять) детей. В семьях девочек, как со стороны матери, так и отца, аффект в отношениях с детьми тем больше, чем менее выражен конфликт между родителями, т. е. здесь налицо психологический механизм компенсации или проекции нервного напряжения родителей и их недовольства друг другом на детей.

Вместе гиперсоциальность, тревожность и эффективность в отношениях с детьми составляют наиболее типичную триаду отклонений в воспитании детей с неврозами.

Доминантность, или властность, в отношениях с детьми означает безапелляционность, категоричность и директивность суждений родителей, стремление подчинить себе детей и добиться беспрекословного послушания, не принимая во внимание их выраженное чувство собственного достоинства и своеобразие формирования личности. В полной мере это проявляется в противоборстве с так называемым упрямством у детей первых лет жизни и со стремлением к независимости у подростков. Доминантность более свойственна матерям и является отражением авторитарных черт личности бабушки, оказывающей одностороннее влияние на формирование личности матери в детском возрасте. Доминантность вызывает феномен «замены» детей матерью, когда она живет вместо них, а не вместе с ними. Когда мы просим детей позвонить и сообщить о выполнении терапевтического задания, вместо них это всегда делают матери, как и во время приема, оставляя детей за дверью. По данным корреляционого анализа, Доминантность в характере матерей оборачивается стремлением торопить (подгонять) детей, в то время как у отцов, наоборот, подобное отношение менее выражено. Властные матери чаще кричат на мальчиков и ругают девочек, властные отцы больше контролируют мальчиков.

Недоверие к детям, их возможностям, собственному опыту, — как правило, это субъективно сформулированное мнение родителей о неспособности детей к самостоятельным действиям. Недоверие часто идет параллельно с тревожностью и нетерпимостью родителей, их категоричностью и властностью. Наибольшее удивление у матерей вызывают наши слова о наличии воли у сыновей. «Разве?» — с недоверием и сомнением вопрошают они, потому что воля в их понимании — это прежде всего безоговорочное согласие с их точкой зрения.

Недоверие к детям разрушает саму возможность индивидуализации воспитания, как и способность формирования полноценного и адекватного чувства «я».

Недоверие и властность в отношениях с детьми образуют черты авторитарности в воспитании. Кредо этих родителей выражено одной матерью так: «Я не успокоюсь, пока не заставлю его сделать все, что хочу». Авторитарная линия воспитания представлена в совокупности такими характеристиками родителей, как эгоцентризм, обязывание детей думать определенным, раз и навсегда заданным, образом, безоговорочное подчинение воле взрослых, категоричность суждений (отражение доминантных черт в личности родителей), предвзятость оценок, нетерпимость к собственному мнению детей, недоверие и подозрительность (отражение паранойяльных черт личности).

Недостаточная отзывчивость в отношениях с детьми подразумевает недостаток эмоционально-теплых и непосредственных чувств к детям. Об этом не раз говорилось ранее. Эмоциональная неотзывчивость может быть обусловлена интровертированными чертами личности родителей, но чаще является следствием сочетания гиперсоциальных, доминантных и истерических черт характера, представленных обычно психологическим образом Царевны Несмеяны. Другой источник неотзывчивости — состояние эмоциональной заторможенности родителей при наличии невротического состояния с ведущим тревожно-депримированным фоном настроения.

Противоречивость подчеркивает сложность, проблемность, непоследовательность и взаимоисключаемость воспитательных подходов в семье. Например, гиперсоциальность родителей, повышенная принципиальность сочетаются с тревожностью и неуверенностью в правильности своих действий, а также аффективными «срывами» при непосредственном общении с детьми. Требования безоговорочного подчинения уживаются с недостаточной отзывчивостью родителей в ответ на ожидания и требования детей и т. д. Противоречивость отношений родителей является выраженным психогенным фактором, способствующим возникновению внутреннего конфликта у детей.

Пятая группа факторов представляет базисные характеристики воспитания.

Забота. Как и отношение родителей к дисциплине это — ведущий фактор или параметр воспитания. При неврозах у детей (325 полных семей) гиперопека со стороны матери встречается достоверно чаще, а опека — достоверно реже, чем в норме (175 семей) при одинаковой выраженности гипоопеки. В свою очередь, гиперопека у бабушки, проживающей в семье детей с неврозами, еще выше, чем у отдельно взятых матерей.

Гиперопека, опека и гипоопека со стороны матери встречаются соответственно в 57, 37 и 6% семей, т. е. достоверно преобладающим видом материнской заботы при неврозах у детей будет гиперопека, что относится в первую очередь к мальчикам. Со стороны отца гиперопека, опека и гипоопека будут представлены в 17, 61 и 22% семей, т. е. достоверно преобладающий вид отцовской заботы при неврозах у детей — это опека или средний уровень заботы без различий в отношении мальчиков и девочек.

Гиперопека матери чаще всего встречается при истерическом неврозе у детей, достигая 78% в

семьях мальчиков и 70% — в семьях девочек. Менее всего гиперопека выражена при неврастении — у 53% мальчиков и 44% девочек. У отцов подобные различия в заботе не так значительны. При истерическом неврозе у мальчиков и обсессивном неврозе у девочек отцы чаще, чем при других неврозах, обнаруживают недостаточный уровень заботы. Наибольший контраст родительской заботы по типу гиперопеки матери и гипоопеки отца имеет место при истерическом неврозе у мальчиков и обсессивном неврозе у девочек.

Гиперопека выражается стремлением родителей: 1) окружать ребенка повышенным вниманием; 2) во всем защищать, даже если в этом и нет реальной необходимости; 3) сопровождать каждый его шаг; 4) предохранять от опасностей, которых нет; 5) беспокоиться по любому поводу и без повода; 6) удерживать детей около себя, «привязывать» к своему настроению и чувствам; 7) обязывать поступать определенным способом.

Как правило, гиперопека, как неестественный, повышенный уровень заботы, нужна прежде всего не столько детям, сколько самим родителям, восполняя у них нереализованную и нередко — невротически заостренную потребность в привязанности и любви. Стремление матери «привязать» к себе ребенка имеет в своей основе и выраженное чувство беспокойства или тревоги, когда постоянное присутствие детей становится своего рода ритуалом, уменьшающим перманентно присущее матери чувство беспокойства и страх (точнее тревогу) одиночества. Гиперопека является в таких случаях навязчивой, невротически спроецированной потребностью в психологической защите себя скорее, чем ребенка. Когда мать непрерывно испытывает страх, что с ним может что-то случиться, произойти и предохраняет от всех, даже кажущихся опасностей, то это нередко имеет своей подоплекой, как любой страх, инстинкт самосохранения, выраженный в большей степени у «пожилых», более беспокойно и ответственно настроенных родителей. Таким образом, гиперопека мотивирована как тревогой собственного одиночества у родителей, исходящей из их аффективно заостренной потребности в признании и эмоциональной поддержке, так и страхом несчастья с ребенком, основанным на инстинкте его сохранения. Выражается это фразами типа: «Ты только не задерживайся, а то я буду очень волноваться», «Никуда не уходи без меня», «Делай, как я тебе сказала» и т. д. В большей степени гиперопека свойственна доминирующим в семье матерям, отражая их непроизвольное стремление к созданию зависимости у детей. Здесь срабатывает психологический механизм не столько «привязывания», сколько «обязывания» детей действовать определенным, раз и навсегда заданным образом.

По данным вопросника Айзенка гиперопека достоверно более свойственна интровертированным матерям, т. е. менее общительные матери склонны больше опекать детей. Соответственно, нормальный уровень заботы достоверно преобладает у более общительных матерей. У отцов подобные соотношения выражены на уровне тенденции. В группе отцов с высоким нейротизмом достоверно чаще встречаются случаи недостаточной заботы, в то время как уменьшение нейротизма сопровождается достоверным возрастанием нормальной заботы.

Тип темперамента родителей также влияет на характер заботы о детях. Гиперопека матерей достоверно преобладает в группе флегматического и меланхолического темперамента, в то время как нормальный уровень заботы характерен для матерей с холерическим и сангвиническим темпераментом. У отцов это выражено тенденцией в семьях мальчиков.

По данным корреляционного анализа, чем выше тревожность матерей и отцов, тем больше они опекают детей. У матерей гиперопека выражена больше также при нейротизме и истерических чертах характера. Гиперопека типична у часто болеющих и соматически ослабленных детей. При наличии у них невротического заболевания она, как правило, не уменьшается со стороны матери, а еще больше возрастает, сопровождаясь высоким уровнем беспокойства.

Обобщая, можно отметить следующие мотивационные аспекты гиперопеки у матерей: 1) беспокойство, обусловленное семейной ситуацией и тревожно-мнительными чертами характера; 2) инстинктивно и психогенно детерминированный страх несчастья с ребенком; 3) страх одиночества с заостренной потребностью в «привязывании» детей; 4) подчеркнутая потребность в признании, исходящая из истерических черт характера; 5) доминирование в отношениях с окружающими, создающее феномен подчинения и зависимости; 6) необщительность; 7) нейротизм и еще в большей степени невротизм.

Любовь родителей к детям в первые годы их жизни рассматривалась ранее, так что сейчас мы оттеним некоторые ее особенности, характерные и для детей старшего возраста. Проявления любви далеко не всегда адекватны заботе, так как последняя может быть основана и на одном чувстве

беспокойства. Обычно речь идет о недостатке теплых и непосредственных чувств к детям, как и «реальной» любви, в отличие от абстрактной, гипотетической любви вообще. Мать любит не столько реального ребенка, который всегда в чем-то не устраивает ее, особенно уже будучи больным неврозом, сколько некую модель идеального, с ее точки зрения, ребенка. Любовь часто «омрачена» его первичным неприятием, и в ней отражаются проблемы взаимоотношений родителей. Ребенок может быть в чем-то нелюбим именно потому, что он напоминает темперамент и характер того родителя, с которым нет теплых, любящих отношений. Любовь проявляется только тогда, когда ребенок во всем оправдывает ожидания и требования взрослых. Любовь в этом случае носит условный и нередко противоречивый характер. Любовь детей к матери, столь необходимая в младшем дошкольном и преддошкольном возрасте, часто не получает достаточного развития из-за чрезмерной принципиальности матери, как это видно на примере психологического образа Царевны Несмеяны. Осложняет чувство любви к детям также невротическое состояние матери, проявляемое тревожно-депримированным фоном настроения, общей заторможенностью и усталостью. Наконец, родители могут не любить детей потому, что они не оправдали их завышенных и в чем-то непримиримых установок. Подобная ситуация патогенно значима прежде всего для подростков, тонко чувствующих и переживающих, что они становятся не такими, какими их хотели видеть и любить родители. Но сделать что-либо с собой они не могут, как и изменить отношение к себе в семье.

Одна из главных проблем в изучаемых семьях, как уже отмечалось, состоит в том, что родители не успевают полюбить ребенка, когда он еще так нуждается в этом, особенно в возрасте от 2 до 5 лет. Пока созревает родительское чувство, пока ребенок начинает приниматься таким, каков он есть, а не таким, каким он представляется родителям, пока идет война с упрямством и существует конфликтное противостояние в семье, происходит безвозвратная потеря времени для развития у детей ответного чувства любви, эмоциональной отзывчивости и сострадания. Этим объясняется «приставучесть» детей с неврозами, когда они повышенно требовательны к вниманию окружающих, фактически добиваясь получения столь необходимых для них чувств любви и признания.

Контроль за детьми является необходимым инструментом социализации и одним из условий формирования самосознания личности. Условно контроль разделяется на отношение родителей к дисциплине и конкретное выражение ее в виде санкций (стимуляция, в том числе подгонка, ограничения, порицания, угрозы и физические наказания). Далеко не всегда установка на тот или иной тип дисциплины в семье реализуется на практике, что отражено во фразе матери: «Я всю жизни приучала его к режиму, а он стремился его нарушать». Нереализация установок родителей происходит вследствие их тревожной мнительности и невротического состояния, непоследовательности и конфликтов в семье.

Контроль (дисциплина) делится на ограничивающий (строгая дисциплина в семье), разрешающий и средний (сочетание строгости и разрешений). Чрезмерный контроль или строгая дисциплина в семье выражается стремлением родителей: 1) во всем контролировать детей, проверять каждый шаг; 2) следить за их попытками сделать что-либо по-своему; 3) ограничивать активность и самостоятельность; 4) предписывать образ действий; 5) часто запрещать; 6) ругать за малейшие промахи и недостатки; 7) прибегать к различным санкциям.

Подобный контроль виден на примере отношения родителей к дочери 11 лет. Эту родившуюся в асфиксии, эмоционально чувствительную и часто болеющую девочку они решили воспитывать в «рамках», предопределяя во всем ее образ жизни и наказывая за малейшее непослушание. По счету «раз-два-три» она должна была немедленно выполнять приказания нетерпимых и нетерпеливых родителей, не обращающих внимания на ее ухудшающееся состояние и все более считающих его проявлением распущенности. Мать — инженер по профессии, обладает холерическим темпераментом, твердым и гиперсоциальным характером. Отец — флегматик, как и дочь, но он хотел мальчика и, подобно матери, всячески стремится, чтобы она была быстрой и точной в действиях, во всем исполнительной и безупречно внимательной при приготовлении уроков. С 5 лет девочку отдали в спортивную секцию гимнастики, где нетерпеливый, властный и строгий тренер физически наказывал ее за любую оплошность. В результате ухудшилось зрение, появились головные боли, расстроился сон, девочка стала заторможенной — еще более «упрямой» в представлении родителей и легко устающей. Налицо была клиника неврастении, и, хотя дочь уже освободили от занятий в школе «олимпийского», в данном случае «невротического», резерва, нам стоило немалого труда перестроить отношение родителей и оказать помощь больной.

Чрезмерный контроль часто распространяется на эмоциональную и двигательную активность

детей, непосредственность в выражении чувств, приготовление уроков и «свободное» времяпрепровождение, которое в данном случае просто отсутствует. Избыток контроля наблюдается также в отношении приема пищи и формирования навыков самообслуживания в первые годы жизни детей. Нередко контроль носит характер тотальных, прямо или косвенно подразумеваемых запретов, когда запрещается делать что-либо без разрешения или даже выражать свои желания, что видно из фразы бабушки, обращенной к внуку: «Нет таких слов — я хочу!». Особенно много запретов, если дети (в первую очередь мальчики) «не устраивают» взрослых своим темпераментом или характером. Но даже тогда нет последовательной твердости, а есть главным образом повышенная принципиальность, компенсирующая собственную недостаточность в характере родителей, их нерешенные личностные проблемы. К тому же нередко чрезмерный контроль одного из родителей восполняется нормальным или разрешающим контролем со стороны другого, что и является, как правило, основой конфликта по поводу воспитания.

Разрешающий контроль представляет другую его крайность — отсутствие запретов и предписаний до степени попустительства и полной неспособности родителей совладать с чувствами детей. Здесь нет стремления контролировать действия детей, следить за их попытками поступать по-своему; допускаются полная активность и самостоятельность, отсутствуют порицания и наказания. Родители во всем идут навстречу и нередко потакают неадекватным, с позиции здравого смысла, желаниям и требованиям (капризам) детей.

Средний, обычный тип контроля сочетает как некоторую твердость родителей, не перерастающую в излишнюю принципиальность и настойчивость, так и определенную ситуативную уступчивость в отношении желаний и требований детей. Родители также более терпимы к их недостаткам и слабостям, чем при стремлении к строгой дисциплине.

В разработанном нами вопроснике «раннее развитие» шкала «строгость в обращении матери с ребенком первых лет жизни» достоверно более выражена при неврозах, чем в норме, показывая исходную установку матери на чрезмерный контроль в отношениях с детьми.

При разделении в последующем контроля только на два типа — преимущественно ограничивающий или разрешающий — у обоих родителей детей с неврозами в отличие от нормы заметна только тенденция к преобладанию ограничивающего контроля. Следовательно, степень ограничений со стороны матери несколько уменьшается с возрастом детей, т. е. матери становятся менее категоричными и бескомпромиссными, убеждаясь на практике в безрезультатности чрезмерных предписаний.

При разделении контроля на три типа в отношении матерей детей с неврозами в настоящем достоверно преобладает ограничивающий контроль (38%) над разрешающим (25%) при одинаковой выраженности с ограничивающим среднего контроля (37%). У отцов ограничивающий контроль (46%) достоверно преобладает над средним (29%) и разрешающим (25%). У обоих родителей выявляется тенденция к еще большему преобладанию ограничивающего контроля над разрешающим в отношении детей того же пола, у матерей по отношению к девочкам, у отцов — к мальчикам.

Доминирование ограничений над разрешениями больше всего выражено (достоверно) у матерей при неврастении у детей, у отцов — при истерическом неврозе и неврозе страха. При последних двух диагнозах отцы ограничивают наиболее часто мальчиков — в 62%.

При сравнении сочетания типов контроля и заботы у матерей преобладает сочетание гиперопеки с различными типами контроля. У отцов наиболее частым является сочетание средней заботы и ограничивающего контроля. Наиболее редко встречаются у матерей гипоопека и средний или разрешающий контроль. В последнем случае это выражается «заброшенностью» ребенка, равнодушием к нему, что типично у детей с психопатическим развитием и асоциальным поведением.

При истерическом неврозе у детей у матерей преобладает сочетание гиперопеки как с ограничивающим, так и с разрешающим контролем, т. е. две его крайности. При неврозе страха типично сочетание гиперопеки и разрешений. У отцов при истерическом неврозе и неврозе страха у детей чаще выражены вместе средняя забота и ограничения. При истерическом и обсессивном неврозе несколько чаще, чем при остальных неврозах, у отцов проявляется недостаток заботы в сочетании с ограничениями или разрешениями.

Рассмотрим выраженность контрастных типов заботы и контроля у обоих родителей при различных неврозах у детей. Как со стороны заботы (гиперопека у одного родителя и гипоопека — у другого), так и со стороны контроля (ограничения — у одного и разрешения — у другого) контраст чаще всего встречается в отношениях с детьми при истерическом неврозе, затем при неврозе страха и

обсессивном неврозе. Менее всего он выражен при неврастении.

Подобно гиперопеке, частым мотивом чрезмерных ограничений у родителей, особенно матери, является латентно существующий страх или тревога несчастья с ребенком, от которого можно освободиться повсеместным контролем за его деятельностью, исключающим самостоятельность и саму возможность опасности. Другим лейтмотивом повышенных ограничений и требовательности являются опасения потери контроля, влияния на ребенка при предоставлении ему необходимой свободы и самостоятельности. Кроме этого, существуют навязчивые опасения несоответствия его социальным стандартам и предписаниям, выражаемые фразами: «Он не такой, как все», «А вдруг вырастет не тем, кем нужно». Опять же в этом родители излишне тревожны и категоричны, в чем находят отражение тревожные и гиперсоциальные черты их личности. Нередко избыточное психологическое давление в семье обусловлено буквальным восприятием совета некоторых воспитателей и учителей усилить принуждение и строгость к детям, оправдывая их тем, что они «избалованы», хотя фактически они больны.

Показатель IQ по тесту измерения интеллекта Векслера имеет тенденцию к более высоким показателям у матерей, не придерживающихся чрезмерно строгой дисциплины в воспитании, у отцов — без различий.

При разделении контроля на преимущественно ограничивающий или разрешающий (средний тип контроля тогда входит в обе группы) как матери, так и отцы с твердым характером достоверно чаще запрещают, чем разрешают детям. При мягком характере матери, наоборот, чаще (достоверно) сторонники разрешений, чем запретов. У отцов подобная тенденция имеет место в отношении девочек, к мальчикам они более строги.

По данным корреляционного анализа, контроль больше у родителей с невысоким (интровертированным) уровнем общительности. Чем более выражен нейротизм у матери, тем более она строга (ограничивающе) к девочкам; у мальчиков это представлено тенденцией. У отцов подобные различия не существенны.

Если мать доминирует в семье, то она обнаруживает достоверно большую строгость к мальчикам.

При неудовлетворенности браком в семьях девочек матери, по данным корреляционного анализа, предпочитают строгую дисциплину. В семьях же девочек матери, конфликтующие с отцами из-за вопросов воспитания, стремятся также к использованию односторонне строгой дисциплины. Матери, таким образом, на конфликтную диспозицию в семье отвечают усилением ограничений к дочери, держа ее в «ежовых рукавицах».

Мы видим, что на выраженность того или иного типа контроля оказывают значительное влияние как личностные, так и ситуативные факторы в семье.

Патогенное значение крайних выражений контроля можно понять и адекватно оценить только в сочетании с характером чувств, испытываемых к детям. Теплота, любовь, доброжелательность оказываются часто более важными характеристиками, чем строгость или мягкость в отношениях с детьми. Тем не менее и сам по себе контроль, особенно в плане излишних регламентации, ограничений и запретов, играет существенную роль в происхождении неврозов у детей, повышая до критического уровня их возбудимость и тормозимость. Главное заключается в формировании черт зависимости, несамостоятельности и неуверенности в характере детей, испытывающих чувство беспокойства каждый раз, когда они попадают в новую, непривычную для них сферу общения, где нет родительского контроля и где нужно действовать творчески и инициативно.

Контроль-санкции. Здесь рассматриваются такие стороны отношения родителей, как стремление торопить (подгонять) детей, частые порицания и угрозы в их адрес, физические наказания.

Стремление торопить более типично для матерей и встречается в 76% семей мальчиков и 81% — девочек. Сильнее оно выражено при истерическом неврозе, отражая эмотивную структуру личности матерей. Причем оба родителя с более «быстрым», чем у детей, темпераментом (например, холерический или сангвинический темперамент у родителя и сангвинический или флегматический — у ребенка) достоверно чаще стимулируют (подгоняют), чем подавляют (тормозят), активность детей. Если же мать и отец обладают менее «быстрым» темпераментом, чем у детей, то они склонны (тенденция) к торможению их активности.

В семьях мальчиков в отличие от семей девочек увеличение контроля приводит к нарастанию стимуляции детей типа подгонки (по данным корреляционного анализа). Типичной ситуацией будет постоянная подгонка мальчика матерью с более активным темпераментом, которая недовольна

темпераментом сына так же, как и темпераментом отца.

Твердые по характеру и доминирующие в семье матери в большей степени (по данным корреляционного анализа) торопят детей, манипулируя ими, как куклами-марионетками. У отцов противоположное соотношение, т. е. они больше торопят детей при мягкости характера и отсутствии доминирования в семье.

Порицания как другая разновидность санкций встречаются у 58% матерей и 39% отцов. Матери ругают детей достоверно чаще по сравнению с отцами. Некоторое уменьшение порицаний происходит у матерей после 40 лет, отцы наиболее активны в них в возрасте 30—40 лет. У обоих родителей отмечается тенденция к уменьшению числа порицаний в подростковом возрасте детей, т. е., как правило, при уже возникшем неврозе. По данным корреляционного анализа, между порицаниями и конфликтом родителей по вопросам воспитания существует отрицательная связь, т. е. чем более выражен конфликт между родителями, тем меньше они ругают детей, и наоборот. У матерей подобное значение имеет и конфликт с отцами в области супружеских отношений, когда отец в той или иной, в том числе конфликтной, форме пытается противостоять одностороннему доминированию матери в семье и чрезмерным порицаниям в адрес детей. Особое значение это имеет в семьях девочек, где порицания у матерей тесно связаны с нейротизмом, доминантностью и твердостью характера и сопровождаются выраженным аффектом. Оба родителя, часто ругающие мальчиков, в то же время непоследовательны с ними, что является дополнительным невротизирующим фактором.

Когда мать не может сдержаться и на детей периодически обрушивается поток замечаний, порицаний и наказаний, то это нередко — признак невротического состояния, доходящего до степени отчаяния и тревоги, безысходности из-за неразрешимых для матери семейных обстоятельств. Выражено это следующей фразой: «Возникает ощущение предела, кажется, что больше не выдержу; меня все раздражает — шум, дети, и тогда я срываюсь, кричу, хотя и понимаю, что делать этого нельзя».

Угрозы часто сопровождаются аффектом и порицаниями, но могут быть и одной из форм морального контроля и научения. Угрозы достоверно чаще характерны для матерей (53%), чем для отцов (38%). В отличие от порицаний, свойственных более «пожилым» родителям, угрозы, наоборот, достоверно чаще встречаются у молодых родителей в возрастном интервале до 30 лет.

Мотивацией угроз обычно служит недовольство властных и требовательных родителей поведением детей, которое выходит за рамки их привычных представлений, или же угрозы являются средством социализации (предостережений) у тревожно-мнительных и неуверенных в себе родителей.

Физические наказания применяют 51% матерей и 36% — отцов; матери наказывают достоверно чаще, чем отцы. Физические наказания при этом чаще используют матери после 40 лет, чем в возрасте 20— 30 лет; у отцов можно отметить тенденцию к их увеличению в возрасте 30—40 лет. Меньше всего наказывают подростков, но и тогда — каждого третьего, несмотря на крайне негативное восприятие и отсутствие эффекта от наказаний.

По данным корреляционного анализа, физические наказания у обоих родителей связаны с подгонкой и стремлением торопить детей. У матерей физические наказания сопровождаются общей непоследовательностью в отношениях с детьми обоего пола и аффектом в отношениях с девочками. Физически наказующие отцы более тревожны (у детей обоего пола) и склонны в большей степени контролировать мальчиков. Гиперсоциальные родители меньше физически наказывают детей. Наказаний меньше при супружеском конфликте, поскольку каждый из родителей использует их в качестве повода для обвинений.

Физические наказания чаще всего представлены у властных и аффективно неустойчивых родителей, без конца понукающих детей и вымещающих на них свое раздражение и недовольство. Следует заметить, что дети с неврозами не могут перенести не столько физическую боль, сколько нравственную — несправедливость, проявленную к ним, непонимание, отсутствие сочувствия и помощи. Вместе с тем при физических наказаниях, обычно идущих на фоне частых запретов, нарастает возбудимость детей, создавая ложный эффект синдрома гиперактивности и одновременно реактивную тормозимость по типу «копания на одном месте» и «упрямства». Тогда, чем больше наказаний, тем меньше их воздействие и больше психогенно обусловленных нарушений поведения. Патологическая роль наказаний особенно заметна в младшем возрасте, поскольку сопровождается борьбой с активностью детей как проявлением их темперамента, воли и формирующегося чувства «я».

Приведем в качестве иллюстрации рассказ старшего брата про младшего, которому 1,5 года: «Мама бьет Тольку, и ремень у нас в доме всегда висит наготове».— «За что?» — «Ой, вы не знаете, какой он. То кричит, то лезет к окну, то падает, то капризничает. Тогда мама его и бьет, у него всегда

рубцы на теле. Если папа останется с Толькой, то к вечеру у папы сердечный приступ. А еще мама держала Тольку над горшком целый час, а он — ничего. Как только ему надели штаны, он сразу и наложил в них. За это тоже била. В общем, много всего».— «А тебя мама била?» — «Да, била, конечно, теперь я слушаюсь».— Добавим, что старший лечится у нас по поводу невроза страха, будучи «забитым» и пугливым, несамостоятельным и инфантильным, неоткровенным с родителями и зависимым в общении со сверстниками, несмотря на свой относительно высокий уровень интеллектуального развития. Он часто пропускает школу, потому что тревожная и одновременно властная мать продолжает во всем опекать, окружая его мальчишеское «я» бесчисленными предохранениями и запретами. Отец, мягкий и зависимый по характеру, не играет никакой роли в семье. Когда у старшего брата в результате игровой психотерапии прошли страхи, он стал более самостоятельным и даже начал «грубить» матери, т. е. высказывать свое мнение. Вместе с тем в нем осталась глубоко укоренившаяся общая боязливость — настороженность типа трусости, и он единственный из игровой группы отказался выполнить заключительное самостоятельное задание.

Рассмотренные функции контроля: подгонка, порицания, угрозы и физические наказания — обусловлены как личностными особенностями родителей, так и отношениями в семье, причем у матерей они тесно связаны с доминантностью и твердостью характера, отражая, вместе с тем, их аффективную неустойчивость и нервность. У отцов крайние формы выражения контроля в большей степени, чем у матерей, связаны с тревожностью, нередко неуверенностью в себе и мнительностью. Всем этим создается эффект «бумажного тифа», когда отцы не настолько строги, насколько они пытаются таковыми представить себя, скорее играя традиционную мужскую роль, чем соответствуя ей реально. В другом, менее типичном, варианте твердые по характеру отцы паранойяльно бескомпромиссно и эпилептоидно жестоко расправляются с детьми при их малейшем непослушании, а матери беспомощны и не способны смягчить крайности отношения отца. Подобная ситуация более типична в семьях детей с психопатическим развитием, прежде всего у мальчиков.

Обучение — следующий фактор воспитания, о котором неоднократно шла речь раньше. Характерно стремление родителей к чрезмерно раннему обучению — привитию навыков самостоятельности, самоконтроля и гигиены. Это случаи, когда родители требуют, чтобы ребенок второго года жизни одевался самостоятельно, не шелохнувшись, сидел за столом, говорил «здравствуйте», «пожалуйста», «спасибо», еще не понимая значения этих слов. Здесь и чрезмерно ранняя рационализация чувств, и завышенный уровень притязаний родителей в отношении успехов детей, которые должны, скорее, соответствовать взрослым стандартам поведения, чем быть детьми с их непосредственным и искренним поведением.

Интенсивность воспитательных мероприятий выражается феноменом психологического прессинга — избыточного морального давления на детей: обязывания их думать и поступать определенным, раз и навсегда заданным, способом; ожидания больших успехов, оправдывающих честолюбивые установки родителей; чрезмерного контроля за поведением и интеллектуальными достижениями, как и безоговорочного принуждения к чтению, занятиям иностранными языками. Это создает непосильную нервно-психическую нагрузку у детей с ведущим первосигнальным типом восприятия действительности.

Время, затрачиваемое на воспитание, тесно связано с отношением родителей к семейным обязанностям, занятостью на работе и характером семейных отношений. И мать, и отец проводят в семье не меньше времени, чем в норме, но вследствие односторонне выраженной и конфликтной структуры семейных отношений роль одного из них, обычно отца, недостаточна для реального контакта с детьми. Своеобразным откликом на это является гиперопека детей со стороны матери и восполнение ею недостающих отцовских функций в отношениях с детьми при неизбежной потере материнской нежности и отзывчивости.

Рассмотренные особенности воспитания при неврозах у детей образуют в своей совокупности 35 пунктов, соответственно числу изученных факторов. Чем больше их задействовано в той или иной семье, тем больше риск появления невротических расстройств у детей.

При изучении воспитания заслуживают внимания данные *вопросника PARI,* использованного у 219 матерей детей с неврозами и 180 матерей детей в норме. Приводятся достоверные различия. По сравнению с нормой наибольшие различия обнаружены в отношении матери к мальчикам, т. е. оно, в отличие от отношений к девочкам, имеет больше отклонений. Прежде всего, это излишняя эмоциональная концентрация матери на сыне (2-й фактор), сопровождаемая чрезмерным вмешательством в его жизнь (20-й признак), подавлением любых форм сопротивления (4-й признак),

как и репрессией сексуальных интересов или половой направленности личности (18-й признак). Однако у этих же матерей существуют большие, чем в норме, опасения обидеть ребенка (6-й признак), т. е. они испытывают чувство вины. Более выражен, чем в норме, 9-й признак — вспыльчивость, раздражительность матери. В отношении матери к девочкам различия с нормой отмечаются только по 4-му признаку — подавление сопротивления дочерей, что представляет собой общий с мальчиками отрицательный аспект отношения матери при неврозах у детей. У матерей есть тенденция ограничивать внешние влияния при воспитании дочери, т. е. то, что мы неоднократно обозначали как стремление матери к образованию с дочерью эмоционально изолированной подгруппы в семье. В известной мере это — проявление более активной, чем в семьях мальчиков, конфликтной позиции в отношениях с отцом. Зато в семьях мальчиков мать в большей степени, как мы убедились, проявляет свои конфликтные отношения непосредственно с детьми.

При сравнении различий с нормой в зависимости от возраста детей (3—7, 7—10, 10—15 лет) отношение матери имеет большее число отклонений в семьях мальчиков с неврозами в дошкольном возрасте, у девочек — без различий. В данной связи представляет интерес уклонение матерей от эмоционального контакта с мальчиками дошкольного возраста (16-й признак), в то время как у подростков оно сходит на нет. Эти данные подтверждают уже рассмотренный нами ранее феномен неприятия мальчиков с неврозами в первые годы жизни. У девочек нет подобных различий. Мы видим, что вопросник PARI улавливает большую патогенность в отношении матери к мальчикам в дошкольном возрасте, когда они, как никогда, нуждаются в эмоционально теплом, любящем отношении матери и не получают его. Уже с этим в немалой мере закладываются основы для появления у мальчиков эмоциональных расстройств — центрального звена в клинической картине неврозов.

Сравнение особенностей воспитания в зависимости от возраста матерей показывает увеличение излишней эмоциональной концентрации на ребенке (2-й фактор) в возрасте свыше 40 лет, что сопровождается, как правило, и большей его опекой.

При сравнении клинических форм невроза между собой и с нормой больше всего отклонений в воспитании обнаруживается у детей при обсессивном неврозе, затем — истерическом неврозе. Так, при обсессивном неврозе у детей матери чаще, чем при других неврозах и норме, создают излишнюю зависимость ребенка от себя (2-й признак), ограничивают внешние влияния семьи (10-й признак) и половые интересы у детей (18-й признак), чрезмерно вмешиваясь в их жизнь (20-й признак). Больше всего они боятся и обидеть детей (6-й признак). Результатом действия перечисленных признаков будет излишняя эмоциональная концентрация на ребенке (2-й фактор). При обсессивном неврозе у детей матери также обладают большей вспыльчивостью и раздражительностью (9-й признак). Различия получены и по 4-му фактору — отношения к семейной роли, которая не устраивает мать, поскольку она тяготится ролью только хозяйки дома, будучи больше ориентированной на достижения в профессиональной деятельности.

Обратимся к данным *интервью* со 119 родителями, в котором перечисляются сгруппированные определенным образом отклоняющиеся черты поведения и характера детей. Матери, в отличие от отцов, обнаруживают большее суммарное число отклонений в поведении и характере мальчиков, а не девочек. У отцов, наоборот, более характерологически и поведенчески отягощенная оценка дается девочкам, а не мальчикам. И хотя различия в целом, как у матерей, так и у отцов, выглядят как тенденция, можно сделать вывод о большей проблемности в восприятии детей противоположного с родителями пола.

Матери чаще, чем отцы, выделяют паранойяльноподобные (у мальчиков), доминантные и неустойчивые (у девочек), истерические (у мальчиков и девочек) черты характера. Отцы больше, чем матери, выделяют тормозимые (у мальчиков), интровертированные (у мальчиков и девочек) и конформные (у мальчиков) черты характера. Во многом подобные оценки представляют собой проекцию собственных черт характера родителей, более свойственную родителям одноименного с ребенком пола. Это указывает и на общий тип конституционально обусловленного реагирования в семье.

Помимо интервью, родители в письменном виде отвечали на составленный нами *вопросник из 360 черт характера и поведения детей.* Полученные характеристики распределены по следующим шкалам: 1 — эмоционально заостренная чувствительность — сензитивность; 2 — подверженность страхам — боязливость; 3 — неуверенность в себе — тормозимость; 4 — неустойчивость в поведении — нестабильность; 5 — повышенная возбудимость; 6 — конфликтность — негативность; 7 — проблемность в отношениях с детьми как суммарная выраженность всех предшествующих шкал.

Вопросник применялся у 175 матерей и 123 отцов детей с неврозами; в норме — у 247 матерей и 82 отцов. Приводятся достоверные различия. Матери мальчиков и девочек, отцы мальчиков оценивают детей с неврозами, в отличие от нормы, как более сензитивных, боязливых, тормозимых, неустойчивых, возбудимых и конфликтных. Больше и проблемность в отношениях с детьми при неврозах. Отцы девочек с неврозами считают их более сензитивными, боязливыми, тормозимыми и неустойчивыми. Таким образом, оба родителя оценивают мальчиков и девочек по сравнению с нормой как более сензитивных, боязливых, тормозимых и неустойчивых, подчеркивая невротические проявления в их личности. По мере увеличения возраста детей суммарная шкала «проблемность или сложность в отношениях с детьми» не претерпевает изменения при неврозах, тогда как в норме ее выраженность уменьшается в подростковом возрасте. Обусловлено это большей гибкостью родителей в норме, перестраивающих свою тактику взаимоотношений с детьми старшего возраста.

Рассмотрим оценки родителями детей с различными клиническими формами невроза. Боязливыми и тормозимыми матери чаще всего определяют детей с неврозом страха, конфликтными (негативными) и проблемными в отношениях с ними — детей с истерическим неврозом. У отцов проблемность в отношениях с детьми более всего выражена при истерическом неврозе.

Таким образом, конфликтность и проблемность в отношениях с детьми чаще всего присутствуют при истерическом неврозе.

Данные по шкалам вопросника оценки детей родителями распределены по среднему баллу. В группах ниже и выше среднего балла рассмотрены показатели вопросника Айзенка. Приводятся достоверные различия.

По *вопроснику Айзенка* мальчиков, как неустойчивых в поведении, чаще оценивают экстравертированные в плане общительности матери. Экстравертированные отцы чаще определяют девочек как боязливых, а мальчиков — как менее конфликтных. Отцы с относительно более выраженным нейротизмом чаще считают мальчиков сензитивными и детей обоего пола — конфликтными (негативными и упрямыми). Отцы и матери с более выраженным нейротизмом чаще определяют девочек неустойчивыми в поведении, а матери считают их и боязливыми. Помимо этого, оба родителя с выраженным нейротизмом чаще указывают на проблемность в отношениях с девочками; у отцов это распространяется и на мальчиков.

Отцы при холерическом темпераменте считают более проблемными отношения с дочерьми, а при меланхолическом — с сыновьями. Темперамент матери менее сказывается на характере оценок детей (но значительно — на обращении с ними).

Показатели шкал вопросника оценки характера и поведения детей, разделенного на группы больше и меньше среднего балла, сопоставлялись также с *показателями профиля и дополнительных шкал MMPI.*

Шкала «эмоционально заостренная чувствительность — сензитивность». Мальчиков как сензитивных чаще определяют матери с более выраженными показателями по 4-й шкале — «психопатичность», т. е. внутренне противоречивые и конфликтные. Отцы находят мальчиков сензитивными при более высоких показателях по 1-й шкале — «ипохондричность». По 5-й шкале «менее женственные» матери оценивают девочек, а «более мужественные» отцы — мальчиков как менее эмоционально чувствительных (сензитивных). Следовательно, признак «мужественности» у родителей того же пола является одним из условий восприятия детей как менее эмоционально чувствительных. Верным будет и то, что эмоционально чувствительными детей чаще находят родители того же пола, с более высокими показателями по шкале «женственность». Обычно это более мягкие по характеру родители.

Шкала «подверженность страхам — боязливость». Боязливыми детей чаще определяют матери с более выраженными показателями по шкалам 4 — «психопатичность» и 6 — «паранойяльность»; боязливыми только девочек чаще находят ипохондричные (1-я шкала) и социально интровертированные (0 шкала) матери. У отцов различия отсутствуют.

Шкала «неуверенность в себе — тормозимость». Девочек менее тормозимыми считают матери при более выраженных шкалах 2 — «депрессивность», 3 — «истероидность», 7 — «психастеничность», 8 — «шизоидность», 0 — «социальная интровертированность». Отцы находят мальчиков более тормозимыми при выраженности тех же шкал (за исключением социальной интроверсии). Более тормозимыми также будут мальчики у «менее мужественных» (5-я шкала) и паранойяльно настроенных (6-я шкала) отцов, мальчики и девочки — у эмоционально возбудимых, раздражительных и обидчивых отцов (9-я шкала — «гипоманиакальность»).

Шкала «неустойчивость в поведении — нестабильность». Все различия касаются только мальчиков. При определении их как неустойчивых, у обоих родителей выражены шкалы 7 — «психастеничность» и О — «социальная интровертированность». Это ситуация, когда тревожно-мнительные и недостаточно контактные родители не переносят детской активности, шума и непосредственного выражения эмоций. Более нестабильными находят мальчиков матери с относительно более высокими показателями по шкале 6 — «паранойяльность» и 8 — «шизоидность». Напомним, что эти шкалы при средних значениях указывают прежде всего на нетерпимость и негибкость мышления, недоверчивость, склонность к образованию сверхценных идей, а также недостаточную эмоциональность и отзывчивость, формализм в отношениях с детьми. Нестабильными также определяют мальчиков эмоционально неудовлетворенные и депримированные отцы, с неустойчивой, большей частью низкой, самооценкой (шкала 2 — депрессия»), как и менее «мужественные» отцы (шкала 5 — «мужественность — женственность»).

Шкала «повышенная возбудимость». Матери, оценивающие возбудимыми мальчиков, обладают меньшей женственностью (5-я шкала), более выраженными показателями по шкалам 6 — «паранойяльность» и 0 — «социальная интровертированность». Это ситуация, когда твердые по характеру, резкие в обращении, нетерпимые и испытывающие затруднения в межличностных контактах матери не переносят эмоционально экспрессивного и самостоятельного поведения сыновей. Отцы, считающие дочерей возбудимыми, имеют более высокое показатели по 9-й шкале «гипоманиакальность», т. е. они сами эмоционально возбудимы, несдержанны и раздражительны.

Шкала «конфликтность — негативность». Для матерей, считающих мальчиков негативными к ним и конфликтными, характерны паранойяльные черты личности и затруднения в межличностных контактах (шкалы 6 — «паранойяльность» и 0 — «социальная интровертированность»). Отцы, определяющие мальчиков конфликтными, имеют более высокие показатели по шкалам «депрессия», «психопатия» и «паранойя». Эти отцы, таким образом, сами эмоционально не удовлетворены, испытывают моральный дискомфорт, конфликтны и непримиримы к другому мнению, склонны к образованию (как и матери) сверхценных идей о трудном, несговорчивом, вредном и упрямом характере сыновей.

Шкала «проблемность в отношениях с детьми» — суммарное выражение всех предшествующих шкал. Наиболее тесно она связана со шкалой MMPI — «паранойяльность», т. е. родители, расценивающие трудным характер и поведение детей, особенно мальчиков, недоверчивы и подозрительны, нетерпимы и упрямы, негибки в суждениях и склонны к образованию ситуационно обусловленных сверхценных идей.

Изучение оценок детей в зависимости от свойств характера и личности родителей показывает, что чем более выражены у них неблагоприятные черты личности, тем чаще они находят их у детей, в первую очередь у мальчиков, что является одной из причин более частого возникновения у них невротических расстройств. Именно мальчикам приписывается многое из того, что есть фактически у самих родителей: боязливость и неустойчивость, возбудимость и конфликтность. Определенное значение в этом имеет и конституциональный, общий у родителей и детей тип нервнопсихического реагирования. Наш успешный опыт психотерапии показывает, что дети с неврозами не настолько трудны и проблемны в поведении, какими их привыкли видеть характерологически отягощенные и невротически расстроенные родители.

Перейдем к рассмотрению взаимосвязи между характеристиками личности родителей по дополнительным шкалам MMPI и оценкой характера и поведения детей. Перечислим еще раз 9 отобранных нами дополнительных шкал MMPI: тревожность, контроль, сила «я», доминантность, лидерство, играние ролей, зависимость, общая личностная изменчивость, общая плохая приспособляемость.

Шкала «эмоционально заостренная чувствительность — сензитивностъ». Детей как повышенно эмоционально чувствительных (сензитивных) чаще определяют тревожные и личностно изменчивые (нестабильные) родители (за исключением матерей девочек). У отцов сензитивных мальчиков выражена общая плохая приспособляемость. Чем больше лидерство у матерей, тем менее часто они признают мальчиков эмоционально чувствительными. У отцов успешное лидерство приводит к более частому определению девочек как чувствительных. Таким образом, лидерство у матерей препятствует, а у отцов — способствует определению детей другого пола как эмоционально чувствительных. Лидирующие, подчеркнуто «деловые» женщины имеют обыкновение негативно воспринимать эмоциональную чувствительность лиц мужского пола, в том числе сыновей. Отцы с более

высоким социально-психологическим статусом, силой «я» и контролем более положительно воспринимают эмоциональную чувствительность лиц женского пола, в том числе дочерей.

Шкала «подверженность страхам — боязливость». Более боязливыми детей чаще считают тревожные и личностно нестабильные родители. Отцы находят девочек боязливыми при меньшей силе «я», мальчиков — при отсутствии доминантности в характере и общей плохой приспособляемости. Матери боязливых девочек более зависимы. Чем хуже матери мальчиков и отцы девочек играют роли, тем чаще они считают детей боязливыми; у отцов девочек это отмечается также при меньшей силе «я».

Шкала «неуверенность в себе — тормозимость». Тормозимыми обычно признаются мальчики у тревожных родителей, обладающих общей личностной изменчивостью и плохой приспособляемостью. Если у матерей при этом большая сила «я», то у отцов, наоборот, меньшая. Отцы тормозимых мальчиков и девочек более зависимы. У менее тормозимых девочек матери более тревожны и личностно изменчивы, хуже играют роли. Отцы тормозимых девочек имеют меньшую силу «я» и способность к лидерству, они личностно изменчивы (нестабильны). Таким образом, тормозимости детей того же пола, что и оценивающий родитель, способствуют, как мы видим, противоположные черты характера матерей и отцов; у отцов мальчиков — это тревожность и личностная изменчивость, у матерей девочек — отсутствие тревожности и личностная стабильность. У мальчиков отцы не могут быть примером уверенного в себе и адаптивного поведения. У девочек тормозимость — следствие чрезмерно сильного психологического давления не сомневающейся в себе матери.

Шкала «неустойчивость в поведении — нестабильность». Неустойчивыми детей определяют родители с большей силой «я» и одновременно с общей личностной изменчивостью, а также матери мальчиков и отцы девочек с выраженным лидерством. Матери, плохо играющие роли (у девочек — и менее доминантные), оценивают детей как менее стабильных. Нестабильными будут и девочки у тревожных и плохо приспособленных матерей и отцов с выраженным контролем, а также мальчики у тревожных отцов.

Шкала «повышенная возбудимость». Возбудимыми будут дети у тревожных и личностно нестабильных, а также с большей силой «я» и лидерством родителей. Вместе с тем у возбудимых девочек оба родителя менее доминантны, т. е. не обладают властностью, лучше играют роли; у отцов более выражен контроль.

Шкала «конфликтность — негативность». Детей как упрямых, конфликтных и негативных чаще всего оценивают матери с большей силой «я» и личностной изменчивостью; тревожные и личностно нестабильные отцы.

Шкала «проблемность в отношениях с детьми» выражена у тревожных и личностно изменчивых (нестабильных) родителей, а также в семьях девочек у матерей с большей силой «я», доминантностью и зависимостью, у матерей и отцов с выраженными показателями по шкале «лидерство». Более проблемными будут отношения с детьми у родителей, плохо играющих роли (за исключением матерей мальчиков).

Характер оценки детей в зависимости от клинических и личностных особенностей родителей, общих в семьях мальчиков и девочек с неврозами (по данным вопросника Айзенка и MMPI), отражен в табл. 4.

Таблица 4. Характер оценки детей в зависимости от клинических и личностных особенностей родителей, общих в семьях мальчиков и девочек

Оценка детей	Клинические и личностные особенности родителей	
	Матери	Отцы
Сензитивные	—	Тревожность. Личностная изменчивость.
Боязливые	Конфликтность. Подозрительность и нетерпимость, склонность к образованию сверхценных идей. Тревожность. Личностная изменчивость.	Тревожность. Личностная изменчивость.

Тормозимые	—	Эмоциональная возбудимость, раздражительность и обидчивость. Зависимость.
Нестабильные	Личностная изменчивость. Сила «я». Плохое играние ролей.	Личностная изменчивость. Сила «я».
Возбудимые	Тревожность. Личностная изменчивость. Сила «я». Лидерство.	Тревожность. Личностная изменчивость. Сила «я». Лидерство.
Конфликтные	Личностная изменчивость. Сила «я».	Нейротизм. Тревожность. Личностная изменчивость.
Шкала «проблемность в отношениях с детьми»	Тревожность. Личностная изменчивость. Подозрительность и нетерпимость, склонность к образованию сверхценных идей.	Нейротизм. Тревожность. Личностная изменчивость. Подозрительность и нетерпимость, склонность к образованию сверхценных идей. Плохое играние ролей.

Из табл. 4 следует, что отрицательный характер оценки детей наиболее часто встречается у личностно нестабильных (внутренне неустойчивых или изменчивых) и тревожных (склонных к беспокойству) родителей. Практическая ценность рассмотренных вопросников может заключаться в их использовании с целью прогнозирования характера оценки детей родителями.

Неполная семья

По данным литературы, у детей с реактивными состояниями и неврозами свыше 60% неполных семей (Ушаков Г. К., 1966). Значительное число неполных семей обнаружено в детстве у взрослых с невротическим развитием истерического круга на фоне предшествующих депрессивных реакций (Лакосина Н. Д., 1976). У подростков из неполных семей также часто встречаются патохарактерологические и поведенческие нарушения (Гаврилова Н. В., 1974; Эйдемиллер Э. Г., 1976).

Прежде чем перейти к изучению влияния неполной семьи, рассмотрим выраженность недифференцированной нервности в полных и неполных семьях в сплошной выборке у 800 детей дошкольного и 1144 — школьного возраста. Нервность определялась по анкетам, заполняемым на детей воспитателями и учителями.

В дошкольном возрасте выявлено 11,5% неполных семей, что существенно меньше, чем в школьном возрасте, — 21% (19% — у мальчиков и 23% — у девочек). У мальчиков-дошкольников в неполных семьях достоверно чаще встречаются капризность и истеричность в поведении, беспричинное упрямство и негативизм, онанизм, тики. У девочек в неполных семьях достоверно более частым будет заикание.

В школьном возрасте нервность в целом также преобладает в неполных семьях. У девочек эти различия достоверны, зато у мальчиков более выражены нарушения поведения. Нервность у детей обоего пола достаточно часто обусловлена нервным состоянием матери, находящейся в конфликте с отцом до развода. Помимо этого, нарушения поведения у мальчиков являются в немалой степени откликом на отсутствие отца как адекватной модели полоролевой идентификации в семье.

Для сравнения количества неполных семей при неврозах (на приеме) и в норме из приводимой выше сплошной выборки исключены нервные дети, в число которых могут входить и дети с неврозами. Сравнение проводится в школьном возрасте. У мальчиков в норме 19% неполных семей из 338, при неврозах — 24% (из 150); у девочек в норме 21%, при неврозах — 19% (из 106). Различия, как мы видим, незначительны. Тем не менее обращает внимание несколько больший процент неполных семей у мальчиков при неврозах, чем в норме, в то время как у девочек подобное соотношение имеет, скорее, обратный характер.

При неврозах у детей, как уже отмечалось, развод у родителей происходит достоверно чаще ($p<0,001$), когда он встречается в прародительской семье и один из супругов жил в детстве в неполной

семье.

Средний возраст матери при разводе — 30 лет. При этом она обычно имеет детей дошкольного возраста.

Инициатором развода почти всегда является мать, часто неудовлетворенная мягким характером отца, его «неумением жить» или повышенной возбудимостью, эгоцентризмом, стремлением доминировать, а также отсутствием поддержки в психологически сложные периоды жизни (отделение от родителей, проблема жилища, рождение ребенка). Значительно меньшую роль играет алкоголизм, который встречается, скорее, как исключение, а не как правило в семье, где дети больны неврозами.

Существенно, что развод отмечается достоверно чаще, если дети походят внешне на отца. У мальчиков это «роковое» обстоятельство выражено в большей степени ($p<0,001$), чем у девочек ($p<0,05$). Найденная закономерность означает большую нетерпимость матерей к общим с отцами чертам у детей в случае предшествующих конфликтных отношений в семье. Но и после развода мальчик остается с матерью, которая ревниво относится к его встречам с отцом, испытывает по отношению к сыну постоянное чувство эмоциональной неудовлетворенности и недовольства, подобно одной матери, сказавшей: «К моему ужасу, я имею в лице сына вечный портрет мужа перед собой!».

Больше всего неполных семей у детей с истерическим неврозом, у мальчиков достоверно чаще, чем при остальных клинических формах неврозов.

Истерический невроз у мальчиков в немалой мере — следствие отсутствия мужского влияния и недостаточной эмоциональной отзывчивости со стороны матери.

Для изучения личностных особенностей матерей из неполных семей использован ряд вопросников.

Вопросник Кеттела нашел применение у 23 матерей из неполных и 56 матерей — из полных семей. У матерей из неполных семей получены достоверно более высокие значения факторов «B», «F», «Q_1», т. е. они обладают высоким интеллектом; менее озабочены и серьезны; свободнее (раскованно) мыслят, склонны к либеральным взглядам и эксперименту. Среди разведенных матерей достоверно более выражена группа ИТР.

Посредством *методики «незаконченные предложения»* (34 матери из неполных семей и 134 матери — из полных) удается выявить достоверно более выраженное конфликтное отношение к семье (в том числе и к прародительской) у матерей из неполных семей. В немалой степени это — результат межличностных, неразрешенных ранее и в настоящем конфликтов матери со своими родителями. Более конфликтным (тенденция) в прародительской семье будет отношение матери из неполной семьи с отцом (дедушкой), если она имеет сына, и отношение с матерью (бабушкой) при наличии дочери. Конфликтные отношения в детстве и отрочестве с родителем того же пола, что и больной неврозом ребенок, создают известный прецедент их переноса на настоящие отношения с детьми, являясь для них дополнительным источником психической травматизации.

Уже отмечалось, что разработанная нами шкала невротизации достоверно более выражена у разведенных матерей мальчиков по сравнению с матерями из полных семей. В семьях девочек невротизация матерей не имеет различий.

При оценке отношений с детьми матери в неполной семье по сравнению с полной определяют отношения с мальчиками как более, а с девочками — как менее конфликтные. Оценка мальчиков и девочек как упрямых преобладает в неполных семьях. Таким образом, мальчики из неполных семей находятся в более неблагоприятной жизненной ситуации, чем девочки. У матерей более высокая степень невротизации, и они чаше конфликтны с сыновьями. Положение осложняется еще больше, если мать была конфликтна со своим отцом в детстве и сын походит на мужа, с которым она длительное время также была в конфликтных отношениях. Закономерным откликом на отсутствие эмоционального признания и понимания со стороны матери будет появление у мальчиков аффективных расстройств преимущественно истерического круга.

В неполных семьях матери чаще, чем в полных, проживают вместе со своими родителями. Их моральная и экономическая поддержка матери при разводе является одним из способствующих ему факторов. Тем более, что бабушка часто испытывает неприязненные чувства к мужу дочери, особенно при его попытках играть независимую и доминирующую позицию в семье. Характерным феноменом отношений в неполной семье будет инверсия воспитательных ролей, когда роль матери берет на себя бабушка с авторитарными чертами личности, роль отца играет мать с твердыми чертами характера и повышенной принципиальностью или же дедушка. В наиболее травмирующей семейной ситуации оказываются опять же мальчики, лишенные как любви матери, так и авторитета отца. К тому же матери

имеют обыкновение препятствовать встречам отца с сыном, усугубляя этим его переживания.

Более выражено у матерей в неполных семьях и стремление передать мальчиков на полное психологическое обеспечение врачу-психотерапевту, переложив на него в известной мере ответственность за создавшуюся ситуацию в семье. Значительно чаще дети из неполной семьи находятся в круглосуточных группах детского сада, санаториях и больницах без особых показаний, а мальчики — в разного рода специализированных интернатах и училищах.

Если дети живут с матерью, то формально забота о них заметно не различается в неполных и полных семьях. В отношении контроля различия есть. Они заключаются в большем числе ограничений и запретов в неполной семье у мальчиков и в меньшем их числе у девочек. В семьях мальчиков большую строгость матерей можно расценивать как реакцию на неприятие в мальчиках нежелательных черт характера бывшего мужа. Со стороны матерей угрозы, порицания и физические наказания чаще применяются к мальчикам из неполных семей по сравнению с полными. Сыновья здесь становятся нередко своеобразными «козлами отпущения» для уменьшения у матери нервного напряжения и чувства эмоциональной неудовлетворенности. В семьях девочек отмечается противоположная тенденция — уменьшения угроз, порицаний и физических наказаний в неполных семьях по сравнению с полными, т. е. матери более бережно относятся к психике девочек, если остаются с ними вдвоем.

Мы видим, что у девочек мать менее невротична и конфликтна, она менее строга к дочерям и реже использует их для отреагирования негативных чувств к отцу, меньше угрожает, ругает и наказывает физически.

Сравним клинические и личностные характеристики детей из неполных и полных семей. В неполных семьях более выражена тяжесть невроза у детей обоего пола и достоверно — возбудимость у мальчиков.

Тревожность достоверно преобладает у мальчиков и девочек в полных семьях.

В 22 неполных и 53 полных семьях у больных неврозами подростков применялся *вопросник Айзенка,* адаптированный А. Ю. Панасюком. В неполных семьях у подростков (без разделения по полу) достоверно выше уровень нейротизма и интроверсии. *Подростковый вариант Кет-тела* менее чувствителен к разделению личностных особенностей детей из полных и неполных семей.

Ситуация развода может быть драматичной для девочек, если они привязаны к отцам и имеют много общего с ними. Возникающие реактивные наслоения нередко усугубляются беспокойством по поводу возможной потери матери, т. е. тревогой одиночества и социальной изоляции. Нередко девочки (и мальчики, похожие на отца) не отпускают мать от себя, испытывая каждый раз острое беспокойство при ее уходе. Им кажется, что мать может не вернуться, что с ней может что-либо случиться. Нарастает общая боязливость, усиливаются страхи, идущие из более раннего возраста, и частыми диагнозами в этом случае будут невроз страха и истерический невроз, нередко перерастающие в старшем подростковом возрасте в невроз навязчивых состояний. При этом возникают различного рода ритуальные предохранения от несчастья, навязчивые мысли о своей неспособности, неуверенность в себе и навязчивые страхи (фобии). К концу подросткового — началу юношеского возраста начинает отчетливо звучать депрессивная невротическая симптоматика по типу сниженного фона настроения, чувства подавленности и безысходности, неверия в свои силы и возможности, мучительных переживаний по поводу кажущихся неудач, проблем общения со сверстниками, разочарований в любви и признании. Типично и нарастание тревожной мнительности в виде постоянных опасений и сомнений, колебаний в принятии решения. В юношеском возрасте характерны навязчивые мысли и страхи, тревожно-депримированный фон настроения и характерологические измерения тормозимого круга.

Принятие во внимание полученных данных при консультации семей, подавших на развод, позволило бы прежде всего в интересах самих детей разрешить вопрос о том, с кем из родителей оставлять их после развода. Это помогло бы и уменьшить риск появления, особенно у мальчиков, невротических и поведенческих нарушений. Об актуальности этого говорит преимущественное начало невроза у детей не до, а после развода, у мальчиков — в среднем спустя 2 года, у девочек — около года. Возникновение невроза у мальчиков, таким образом, более, чем у девочек, отодвинуто по времени от момента разрыва отношений между родителями. Соответственно, невроз у мальчиков в большей степени обусловлен уже появившейся после развода конфликтной ситуацией во взаимоотношениях с матерью, крайностями ее отношения.

Приведем несколько наблюдений. В одном из них речь идет о мальчике 8 лет, больном неврастенией, обидчивом и ранимом, легко устающем, боящемся пожара, темноты и одиночества, но тем не менее испытывающем необъяснимое для окружающих влечение к огню, спичкам, патронам и

«пиротехническим эффектам». К школе он мог легко «вспыхнуть» при ссоре и вступить в драку, защищая себя от обиды и оскорбления. Уже в этом проявлялась его внутренняя противоречивость — возбудимость, стремление утвердить себя, с одной стороны, и ранимость, боязливость — с другой. Отца своего не помнит, так как он ушел в первые годы его жизни после рождения сестры, на которую перешло все внимание матери. Так он оказался эмоциональной сиротой при существующих родителях, и его попытки самоутверждения, эмоциональная неустойчивость — следствие отсутствия мужского стабилизирующего влияния, признания и любви матери.

Следующее наблюдение также относится к мальчику 8 лет, но уже с неврозом страха, заиканием и тиками. Его мать родилась в свое время от незарегистрированного брака и никогда не видела отца. Таким же образом появился и у нее сын, ни разу не видевший отца. Испытывая трудности в общении с противоположным полом, мать переносила их в известной мере и на отношения с сыном, не признавая его мальчишеского «я», строго и наказующе воспринимая любые оплошности и промахи. Скорее, она была не матерью, а наказующим отцом — символом традиционного авторитета, принуждения и власти. Функции же матери в семье выполняла бабушка, чрезмерно опекающая и беспокоящаяся по поводу всех возможных несчастий на земле. В результате подобного отношения мальчик с природным холерическим темпераментом становился, с одной стороны, все более возбудимым, а с другой — боязливым и неуверенным в себе. Пропорционально этому нарастало вначале заикание, а потом и тики как симптомы блокирования активности, отсутствия психомоторной разрядки и критического увеличения неразрешимого для мальчика внутреннего напряжения и беспокойства. Состояние его ухудшилось в 1-м классе, когда возросли психологическое давление матери, требования и наказания при отсутствии похвалы, душевной теплоты и поддержки. В то же время мать считала сына безнадежно ленивым и упрямым. Он не стал медлительным и обстоятельным, как того хотела мать с флегматическим темпераментом, зато стал «вредным» в ее представлении. Фактически его «вредность» — это неспособность соответствовать требованиям в семье из-за появления у него болезненных невротических расстройств. Последнее — следствие диктата матери, всепоглощающей опеки бабушки и отсутствия адекватной ролевой модели идентификации с отцом.

На одном из приемов мы обратили внимание на мальчика 11 лет с диагнозом невроза страха. Он переминался с ноги на ногу, тихо говорил и производил впечатление робкого и неуверенного в себе, боящегося сказать свое слово, поступить по-своему, тем более смело и решительно. Полгода назад произошел развод по инициативе матери, считающей характер мужа слишком мягким и уступчивым, хотя он положительно характеризовался на работе и успешно справлялся с заданиями повышенной сложности. После развода мать с удвоенной энергией принялась за воспитание сына, постоянно внушая: «Ты ничего не умеешь, ты все делаешь не так»,— контролируя, физически наказывая и не доверяя возможностям сына в такой степени, что однажды он заявил в порыве отчаяния о своем желании выброситься с 9-го этажа, если мать не оставит его в покое.

В школе он крайне неуверен при ответах, боится сказать что-либо невпопад: «Я начну говорить, и будут смеяться, что я не так говорю». Поэтому он слывет молчуном. Из анамнеза известно, что его нервное состояние ухудшилось в 1 год с небольшим, когда он плакал и грустил при помещении в ясли и не мог привыкнуть к ним в дальнейшем. Мать, инженер по профессии, занимает административную должность, постоянно находится на работе, тревожная и властная по характеру, сдержанная и скупая в выражении чувств, повышенно принципиальная и строгая. В последние годы «стали сдавать нервы», часто раздражается, «срывает напряжение» на сыне, который всегда под рукой. Вместе с нарастанием нервного напряжения у матери сын становился все более заторможенным, неуверенным в себе и боязливым, будучи не способным выразить свои чувства внешне и возразить матери, которой он боялся. Когда мы попросили его сочинить историю, где бы нашли отражение беспокоящие его страхи по поводу смерти родителей, она была следующей: «Жили-были король и королева. И был у них сын. Вот умер король. А царство большое: слуг, воинов в нем очень много. Королева не любила своего сына. И однажды велела слугам утопить его. А слуги пожалели его и отпустили. А королева про это узнала и начала на них кричать, орать. Так накричалась, что сошла с ума. А королевич узнал про это и пошел в замок. Стал он править царством. А королеву выгнали». В истории в аллегорической форме отражена травмирующая семейная ситуация. После некоторых раздумий мальчик назначил королевой мать, врача — королем, а себя — королевичем. Остальные, участвующие в игре, сверстники стали слугами. Так он отреагировал на непосильный для него гнет дома, свергнув мать с ее трона амбиций и требований. Но отца своего он не мог вернуть, что и отразилось в следующей его грустной истории: «Жил-был царь и были у него три сына. Вот умер отец. И остались жить три брата. А когда царь умирал, он сказал своим

сыновьям, что за тридевять земель растет бамбук, да непростой — волшебный. Как несчастье случится, оторвите лепесток, и все исполнится по-вашему. Поехали они искать его. Искали, да так и не нашли. И остались они жить по-старому».

Другой мальчик 10 лет, которому мы поставили диагноз истерического невроза, после ухода отца в первые годы жизни воспитывался матерью, математиком по профессии, женщиной повышенно требовательной и принципиальной, а также бабушкой и прабабушкой, тревожными и опекающими. Летом к бабушкам добавлялись две тети, и вместо отдыха мальчик находился в состоянии постоянного нервного напряжения. Каждый его шаг выверялся, он ничего не мог сделать сам и всегда был в сопровождении, по крайней мере, двух взрослых. Не в силах изменить отношение окружающих, он периодически в состоянии аффекта устраивал сцены самоубийства. Но то шнурок был слишком длинным, то коротким, то он не мог оттолкнуть ногами табуретку, то кто-то ему мешал «сосредоточиться», и каждый раз его «спасали» в «последний момент». На бабушек это производило необходимое воздействие, и на время ему переставали читать мораль и планировать каждый шаг. Затем бабушки снова входили в «свою колею», и спектакль под названием «Уйду я от вас» повторялся снова. Несмотря на явный демонстративный характер суицидальных попыток, нервное состояние мальчика все ухудшалось, появились тики, и мы посоветовали матери лишить его «летнего отдыха» и взять к себе. Однако с матерью ему не стало легче, он стал часто плакать и грустить. Мать не могла дать ему любви и нежности, словно забывая о существовании этих чувств, продолжая принципиально воспитывать его волю, «трезвую голову», как она сама говорила. Мальчик явно скучал по бабушкам, которыми он, хотя и тяготился, но мог как-то на них влиять в отличие от матери, не терпевшей никаких фривольностей и послаблений. Будучи не способным оказать влияния на мать, он впал в отчаяние, заявляя нам, что его никто не понимает, он одинок на этом свете. Да и с мальчиками было ему нелегко, поскольку из-за своего мягкого и обидчиво-ранимого характера он не мог постоять за себя и наладить взаимоприемлемые отношения. С одной стороны, он хотел повышенного внимания к себе, признания, а с другой стороны, ничего не мог сделать реального, чтобы упрочить свое положение. И его скорее принимали в свою сферу общения девочки, считавшие «своим», чем мальчики, одним из которых он так и не смог стать.

Расскажем и о двух юношах 21 года, обратившихся самостоятельно в разное время и просивших оказать им помощь. Оба — студенты технического вуза, активные общественники, но внутренне неуверенные в себе, страдающие от навязчивых мыслей о своей неполноценности, чувства одиночества и затруднений в общении с девушками, не отвечающими им взаимностью. Оба не помнят отца, поскольку в одном случае брак не был зарегистрирован, а в другом — рано произошел развод. У обоих властные, гиперсоциальные и одновременно тревожные, гиперопекающие матери. Оба производят впечатление потерянных и не нашедших себя молодых людей, испытывающих чувство эмоциональной безысходности, страдания и печали, несмотря на все свои успехи в учебе. Один из них — наш бывший пациент, лечившийся в 6-летнем возрасте по поводу заикания. Когда спустя 6 лет мы проводили катамнестическое исследование эффективности групповой психотерапии, мать даже не впустила сына в кабинет, сказав в полуоткрытую дверь, что у них все в порядке. Она явно боялась уменьшения своего безраздельного влияния, продолжая по-прежнему заменять ему мир сверстников и восполняя заботой все, как ей казалось, желания. Всепоглощающая опека и «привязывание» сына — следствие страха одиночества у матери, не способной поделить сына ни с кем вне ее собственного, эгоцентрически замкнутого и наполненного тревогами мира. Когда он пришел к нам в 21 год, то не смог преодолеть свою застенчивость и навязчивые мысли, что он не такой, как все. Более того, у него возникли навязчивые мысли, что он грязный, недостойный хорошего мнения окружающих о себе. В свое время у него были попытки онанизма, усугубившие чувство вины и идеи самоуничижения. В обоих случаях матери создали слишком высокую зависимость от себя, невротически привязав к себе взрослых сыновей и ревнуя к любым попыткам установить контакт с девушками. Будучи неуверенными в себе, они, скорее, ожидают, что их полюбят другие, чем они смогут быть сами активными в любви. У них нет чувства мужского «я», достоинства, умения вести себя так, чтобы нравиться девушкам. Сказывается здесь отсутствие формирования адекватной и, главное, своевременной модели полоролевой идентификации, приглушенной и измененной чрезмерным и односторонним женским влиянием в семье.

Следует сказать также о девушке 21 года с клаустрофобией — навязчивым страхом замкнутого пространства. В 4 года у нее умер отец, к которому она была привязана; в 7—8 лет мучительно переживала страх смерти матери; в 12—14 лет заостренно воспринимала «недостатки» своей

внешности, боролась с зарождающимся половым чувством. В 16 лет вообразила, что она хуже всех, главным образом из-за отсутствия признания со стороны юношей. Часто испытывала состояние эмоциональной подавленности и неверия в себя. Стремилась компенсировать это отличной учебой, все больше уставая и не получая облегчения. Постепенно тревога и чувство эмоциональной неудовлетворенности сфокусировались в страхе замкнутого пространства, символизирующего неразрешимость жизненной ситуации, чувство обреченности и бессилия. Непосредственную угрозу для жизни этот страх приобрел, когда однажды она чуть не потеряла сознание в переполненном автобусе (у нее выражена вегетососудистая дистония). С тех пор боится переполненного транспорта, будь то автобус, электропоезд, поезда метро или лифт. Она не может противостоять этому страху, поскольку не уверена в себе и подавлена эмоционально. Нет и чувства уверенности в безопасности окружения, возможности защиты себя извне, как и нет отца, который мог бы помочь справиться с возникающими проблемами, стабилизировать тревоги и вселить уверенность в себя. Мать же не может оказать подобного влияния, поскольку часто болеет и сама не менее нуждается в помощи. Единственное, что она смогла сделать — это повсюду сопровождать дочь, что только закрепляло у последней чувство беспокойства и страх одиночества, неуверенность в себе.

В целом, проблемы общения с противоположным полом более существенны, если девушки потеряли отца (смерть, развод) в младшем дошкольном возрасте, а юноши — в старшем дошкольном. Многое здесь зависит от матери, от способности сочетать в отношениях с детьми любовь и твердость, заботу и самостоятельность, общение с собой и другими. В наших наблюдениях роль матери неблагоприятна, она не может найти в себе силы перестроить себя, отказаться от многих изживших себя в определенном возрасте стереотипов отношений с детьми.

У юношей и девушки, о которых шла речь, есть общее — мучительные раздумья, поиски смысла жизни по типу «быть или не быть», ощущение своей потерянности, ненужности, отсутствие внутреннего единства, заостренное чувство вины и беспокойства, страх одиночества и затруднения в общении с противоположным полом.

На нескольких типичных примерах мы видели, как зарождается подобная невротическая структура личности в неполной семье. Все это показывает, что только гармоничная в смысле родительского единства и воспитания семья способна предоставить детям необходимые условия для всестороннего и нормального формирования их личности.

Глава 7. ПАТОГЕНЕЗ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Патогенез неврозов представляет историю образования патофизиологического механизма и клинической картины болезни (Мясищев В. Н., 1965). Рассмотрим патогенез в динамике действия таких факторов, как: 1) конституция и нервно-соматическая ослабленность организма; 2) преморбидные особенности и возраст; 3) неблагоприятная жизненная ситуация; 4) психическая травма и внутренний конфликт; 5) нервно-психическое напряжение; 6) патофизиология; 7) изменение личности. При рассмотрении патогенеза находят обобщение как ранее полученные, так и новые данные.

Конституциональный фактор

Обращает внимание большая похожесть детей и матерей на отцов, что создает определенное противоречие между недостаточным психологическим влиянием отца в прародительской и родительской семье и односторонним, замещающим женским влиянием в обеих семьях. Это один из вариантов конституционально-средового конфликта. Следует добавить, что мать сама пострадала от него в детстве, когда, несмотря на общность с отцом, не смогла найти с ним эмоциональный контакт, в том числе из-за односторонне доминирующей позиции матери (бабушки) в семье. Но и в родительской семье дети находятся в той же ситуации: при большей похожести на отца они часто лишены контакта с ним, в противовес преобладающему влиянию матери в семье. История, как мы видим, повторяется, что не безразлично для формирования таких личностных категорий, как чувство привязанности, любви у девочек младшего и полоролевой идентификации у мальчиков старшего дошкольного возраста.

Если рассматривать клинические (отклоняющиеся от нормы) сочетания черт характера, то по всей женской линии, особенно у матери и бабушки, выделяются сензитивность и тревожность в виде

аффективно заостренной эмоциональной чувствительности и беспокойства. Конституционально общими будут также преобладающие по женской линии мнительность и негибкость мышления (ригидность). По обеим линиям общей будет гиперсоциальная направленность личности, что, с одной стороны, отражает положительную социальную направленность в исследуемых семьях (чувство обязанности, долга, принципиальность), а с другой — заданность и максимализм, трудность компромиссов.

Более характерологически отягощены матери, чем отцы; в свою очередь, бабушки по линии матери отягощены больше, чем дедушки. В целом, отягощенность в родительских и прародительских семьях больше выражена по женской линии, что подчеркивается наличием частой нервности у матери в детстве и невротического состояния в настоящем. Следовательно, можно говорить не только о большем психологическом влиянии по женской линии в прародительских и родительских семьях, но и большей отягощенности по этой линии. Если по женской линии общими будут, скорее, аффективно-характерологические расстройства, то по мужской — психомоторные нарушения: тики, заикание, энурез. По обеим линиям имеет место нервно-психическая ослабленность в виде невропатии.

К конституциональным проявлениям необходимо отнести и темперамент, врожденный тип нервно-психического реагирования, главным образом со стороны темпа протекания психических процессов. Уже отмечалось, что различия в выраженности типов темперамента при неврозах и в норме (в младшем школьном возрасте) не столь значительны, как это можно было бы предполагать. Тем не менее при неврозах относительно больше детей с флегматическим темпераментом, в чем нельзя исключить их невротическую заторможенность. Чем больше «меняется» под влиянием неправильного воспитания природный темперамент, тем больше тяжесть невроза, вызванного излишними ограничениями или чрезмерной стимуляцией психофизиологических возможностей детей. В большей степени это относится к мальчикам, у которых по сравнению с девочками чаще встречается холерический темперамент, наиболее легко повреждаемый при чрезмерных средовых ограничениях. Мальчики более уязвимы к ограничениям при холерическом, а девочки — к стимуляции при флегматическом темпераменте.

Дети с холерическим темпераментом в большей степени склонны к невротическим реакциям тревожного и возбудимого круга, с флегматическим темпераментом — к невротическим страхам и реакциям тормозимого круга.

Нервно-соматическая ослабленность

Наиболее часто речь идет об общей соматической ослабленности, подверженности частым простудным заболеваниям, спазмам в области дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы. Чаще это наблюдается на фойе невропатии и является одним из выражений общей измененной нервно-психической реактивности организма.

Менее частым, чем невропатия, источником нервно-психической ослабленности организма будет резидуальная церебральная органическая недостаточность. Оба вида патологии способствуют возникновению астенических расстройств, на фоне которых легче фиксируются невротические симптомы, прежде всего страхи, навязчивые мысли и опасения.

Часто речь идет об избирательной ослабленности или дефицитарности определенных систем организма, наиболее подверженных воздействию стресса. Это могут быть чрезмерно ускоренная или замедленная речь с элементами дизартрии при заикании; повышенная мышечная возбудимость при общей моторной недостаточности и высоком росте при тиках; нарушения биоритма сна при энурезе; проницаемость и возбудимость слизистых, дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта при опосредованной стрессом бронхиальной астме, привычной рвоте, гастрите и ангиохолецистите; вегетососудистая лабильность в виде головных болей, неустойчивости пульса и артериального давления; аллергически повышенная чувствительность кожи и слизистых в виде экссудативно-катарального диатеза, ложного крупа, отека Квинке и нейродермита.

Длительно протекающий психический стресс и сам по себе приводит к определенным функциональным расстройствам в деятельности диэнцефального отдела мозга. Выражается это хроническим течением соматических заболеваний, впервые возникшей вегетососудистой дистонией и гормональной неустойчивостью в подростковом возрасте.

Возможен и смешанный вариант, когда хронический стресс, воздействуя через центральные

регулирующие механизмы, заостряет уже ослабленные соматические сферы организма и приводит к появлению новых, психосоматически обусловленных нарушений.

При ослабленности организма возрастает количество проблем в воспитании, так как нелегко найти подход к часто болеющему ребенку. У матери и бабушки в этом случае часто проявляются гиперопека и предохранения в общении со сверстниками.

Определенное значение в патогенезе неврозов имеет и дизонтогенез, как со стороны физического развития (например, высокий рост у детей, прежде всего — девочек с тиками), так и со стороны психического развития, в виде неравномерности его темпа в первые годы жизни. Обычно это — опережение или задержка отдельных сторон психического развития как выражения возрастной неустойчивости темперамента у детей с неврозами. Так, при заикании мы нередко видим некоторую первичную задержку речевого развития с последующим его «прорывом» — ускорением. Подобная неравномерность отражает типичные для неврозов в целом трудности сочетания контрастных черт темперамента родителей, при заикании — преобладания флегматического темперамента одного из них в начале жизни детей, а затем холерического темперамента другого, с последующим относительным выравниванием темперамента по сангвиническому типу.

Преморбидные особенности детей

Своеобразие формирования характера и личности — одно из центральных понятий патогенеза неврозов. Как уже отмечалось, преморбидные особенности не настолько выражены и аномальны, чтобы говорить об их ведущей роли в происхождении неврозов, в отличие от психопатических развитии с исходно патологическим спектром характерологических нарушений. При неврозах более правильным будет выделение взаимодействия формирующейся личности и жизненной травмирующей ситуации при ведущем значении последней. Более того, невроз может возникнуть и на преморбидно неизмененном фоне, но в большей степени это относится к невротическим реакциям.

Из преморбидных особенностей обращают внимание прежде всего эмоциональная чувствительность и выраженность чувства «я». Эмоциональная чувствительность проявляется повышенной потребностью в эмоциональном контакте, признании, любви и привязанности со стороны близких и значимых лиц, а также заметной чувствительностью к оттенкам их отношения. В свою очередь, неудовлетворение этих потребностей порождает столь присущий детям с неврозами страх одиночества или страх неразделенности чувств, эмоционального неприятия и изоляции.

Выраженность «я» — это рано проявляемое чувство собственного достоинства, стремление к своему мнению, самостоятельности в занятиях и действиях. Эти цельные и непосредственные в своем чувстве дети стремятся быть собой, не переносят заискивания, притворной вежливости и фальши, двойственности в чувствах и отношениях. Уже в первые годы жизни они ранимо воспринимают ущемление их чувства «я», подавление, диктат, ограничения активности, чрезмерный контроль и избыточную заботу, проявляя несовместимость с подобным отношением в виде упрямства (с точки зрения родителей).

Чрезмерные ограничения активности и самостоятельности создают аффект блокирования потребностей в самовыражении, самореализации и утверждении своего «я».

Несоответствие воспитания своеобразию прирожденного темперамента, складывающегося характера и формирующейся личности приводит к депривации основополагающих потребностей в эмоциональном контакте, привязанности и любви, признании, самовыражении, самореализации и утверждении «я». Помимо этого, в подчеркнутом у этих детей чувстве «я» находит свое отражение и выраженный инстинкт самосохранения, что вместе с эмоциональной чувствительностью, впечатлительностью и неблагоприятной жизненной ситуацией облегчает появление невротических страхов и психических травм. Последние, в свою очередь, заостряют потребность в безопасности в виде нарастания беззащитности, боязливости и тревожности. В аффективно переживаемой депривации и заострении ведущих потребностей и заключаются психогенные аспекты в формировании личности детей, заболевающих неврозами.

Возрастной фактор

Возрастной фактор в патогенезе неврозов имеет значение в плане нахождения наиболее чувствительного возраста к появлению невротических расстройств. У 325 детей с неврозами (191 мальчик и 134 девочки) средний возраст начала невроза составляет 6 лет: у мальчиков — 5; у девочек — 6,5 лет. У мальчиков это предшествует возрастной активизации деятельности левого полушария. Таким образом, в большинстве случаев невроз начинается в старшем дошкольном возрасте, когда дети еще достаточно эмоциональны и в то же время у них наблюдается интенсивное развитие мышления (когнитивного уровня психики).

В этом возрасте они топко понимают и глубоко переживают травмирующие жизненные обстоятельства, будучи еще неспособными разрешить их наиболее доступным для себя способом. Если мы вспомним ранее приведенные данные о выраженности нервных проявлений (более широких, чем невроз) у детей дошкольного возраста, то именно в 5 и 6 лет они встречаются наиболее часто, указывая на особый, сензитивный этап в развитии психики и формировании личности. В этом же возрасте наибольшее распространение имеют возрастные страхи, в том числе страх смерти и связанные с ним страхи, клинически заостряемые сильными переживаниями, испугами и болезнями. Велика потребность в данном возрасте и в общении со сверстниками, проявляющаяся также потребностью ролевой идентификации с родителем того же пола при сохраняющемся чувстве любви и привязанности к родителю другого пола. Блокирование этих потребностей, отсутствие чувства безопасности и уверенности в себе, равно как и аффективно переживаемый опыт жизненных неудач в совокупности с перенапряжением психофизиологических возможностей, отчетливо дают о себе знать в виде длительно действующего и неразрешимого психического стресса, проявляемого впоследствии клинической картиной невроза. Более раннее возникновение у мальчиков невротических расстройств указывает среди прочих факторов и на их большую чувствительность к эмоциональным проблемам взаимоотношений с матерью, как наиболее близким и одновременно травмирующим вследствие своего неадекватного отношения человеком.

При анализе возникновения неврозов по каждому году жизни (вне пола детей) наиболее уязвимы возрасты 2,3,5 и 7 лет. В 2 и 3 года невротизация — следствие, с одной стороны, травмирующего опыта разлук с родителями при помещении в ясли и детский сад и проблем адаптации к ним; с другой стороны — противоборства родителей с упрямством детей, фактически же — с их природным темпераментом, волей и формирующимся чувством «я». Об источниках невротизации в 5 лет мы только что говорили. В 7 лет невротизирующий фактор заключается в нервно-психической перегрузке в связи с обучением в школе (нередко в двух сразу), повышенными требованиями к оценкам и чрезмерным контролем за приготовлением уроков со стороны родителей, а также проблемами психологической адаптации к школе.

В 64% невроз возникает в дошкольном и в 36% — в школьном возрасте (различия достоверны). Наибольшая тяжесть невроза наблюдается у мальчиков в младшем школьном возрасте. Необходимо заметить, что тяжесть невроза у мальчиков достоверно выше, чем тяжесть невроза у девочек.

Как у мальчиков, так и у девочек неврастения чаще всего начинается в 2, 3 и 7 лет; истерический невроз — в 3 года; невроз страха — в 5 лет; обсессивный невроз — в школьном, преимущественно в подростковом, возрасте. Таким образом, наиболее ранними клиническими формами невротического реагирования (в преддошкольном и младшем дошкольном возрасте) будут неврастения и истерический невроз, невроз страха в старшем дошкольном возрасте, повторно неврастения в младшем школьном возрасте и обсессивный невроз в подростковом возрасте. Соответственно, возрастными аспектами происхождения неврозов будут: неврастении в 2 и 3 года — борьба родителей с упрямством детей; истерического невроза в 3 года — нарушение эмоционального контакта со стороны матери и отсутствие признания детей в семье; невроза страха в 5 лет — аффективное, ситуативно обусловленное заострение возрастных страхов; неврастении в 7 лет — нервно-психическая перегрузка у детей под влиянием чрезмерных требований родителей; обсессивного невроза в школьном, чаще подростковом, возрасте — морально-этические, аффективно заостренные и неразрешимые конфликты. Нетрудно увидеть в подобной возрастной динамике переход от внешне детерминированных патогенетических конфликтов при неврозах в первые годы жизни детей к конфликтам внутреннего плана у подростков.

Понятие «жизненной ситуации»

Под ним подразумевается отрицательное действие средовых факторов на формирование

характера и личности детей. Здесь будут отклонения в воспитании и конфликты, жизненные трудности и невзгоды, сложность адаптации к некоторым сторонам действительности и т. д. Часто речь идет о неблагоприятном стечении жизненных обстоятельств, нередко играющем роль ключевого психотравмирующего фактора. В первые годы жизни неблагоприятное воздействие оказывают такие одновременно или близко происходящие психотравмирующие события, как помещение в больницу без матери, начало посещения яслей и детского сада, рождение брата или сестры с переключением внимания матери. Все это может происходить на фоне конфликтов в семье и развода, испугов и шоковых переживаний, включая несчастные случаи и операции. Здесь и такие травмирующие обстоятельства, как беспощадная борьба родителей с упрямством детей и их нежеланием много есть, насильное укладывание спать днем, непоследовательное и контрастно-противоположное отношение в семье, частые заболевания и изоляция от общения со сверстниками, эмоциональное выделение одного из детей в семье, неучастие отца в воспитании или его отсутствие, дефицит любви со стороны матери при ее раздражении и беспокойстве, избыточные требования большого количества взрослых, чрезмерная опека и т. д.

Приведем две обычные в нашей практике, но драматические для детей жизненные ситуации. В первой из них мальчик 5 лет отличался возбудимостью и беспокойством, не отпускал мать и других взрослых от себя, тревожно спал, просыпаясь иногда в состоянии страха. Боялся всего нового, неизвестного, как возможного действия неблагоприятных событий. Страх стал проявляться с 11 мес. его жизни, когда месяц пролежал в больнице с матерью по поводу отита. Перенес большое количество болезненных процедур, включая парацентез. Именно в этом возрасте дети боятся появления незнакомых пожилых лиц женского пола. Кричащего, его уносили от матери для проведения процедур, и отсутствие матери стало отныне сигналом присутствия опасности. Так же воздействовала и новая обстановка, где он не чувствовал себя в состоянии безопасности и защищенности со стороны матери. Занятая работой мать рано перепоручила его воспитание своим родителям, обладающим, как и она, повышенной тревожностью и гиперсоциальностью. Чрезмерно опекаемому мальчику приходилось выслушивать со стороны четверых взрослых бесконечные нравоучения по поводу недостаточно быстрых, по их мнению, интеллектуальных достижений. В то же время его часто ругали из-за непосредственности в выражении чувств и активности в движениях. Следовало учесть, что властная бабушка полностью вытеснила мать из своей роли, заменив собой также и сверстников для мальчика. С непоколебимым, паранойяльным упорством она считала, что отец оказывает вредное влияние на сына, возбуждая его своей ненужной «возней» и потаканием «прихотям», а по существу — реализуя его природную активность и эмоциональность. Особенно бабушка была недовольна нарушением пунктуально предписанного режима дня, поскольку внук должен был спать днем, «как положено», несмотря на то, что не мог в это время заснуть. Когда ему исполнилось 5 лет, по настоянию бабушки, из семьи был устранен отец, так как он составлял конкуренцию ей и дедушке за право решающего голоса в семье. Внешне и темпераментом сын напоминал отца, что усугубляло его положение в семье. К тому же развод пришелся как раз на возраст максимальной потребности в идентификации с ролью родителя того же пола в семье. В это время мальчика решили отдать в детский сад. Но из-за большого количества развившихся страхов, неуверенности в себе и отсутствия опыта общения со сверстниками он не смог адаптироваться, был заторможен, плаксив, переживал отсутствие матери, несмотря на всю сложность и противоречивость отношений с ней. На этом фоне постоянных и неразрешимых стрессов появились тики и на консультации был поставлен диагноз «невроз страха».

Как мы видим, на долю этого мальчика пришлось слишком много неблагоприятных событий в его непродолжительной жизни, что, конечно, превысило порог адаптивных возможностей и вызвало перенапряжение нервно-психических сил в виде клинической картины невроза.

Во втором случае речь пойдет о 9-летнем мальчике, раздражительном, с неустойчивым настроением, легко устающим и неуверенным в себе. По общему мнению, он учится ниже своих возможностей, легко отвлекается и не может, по мнению взрослых, самостоятельно готовить уроки. Если добавить к этому головные боли вечером, затрудненное засыпание, то будет налицо клиническая картина неврастении. В первые годы жизни он рос достаточно спокойным. Между родителями тем временем нарастали конфликты, в основном из-за жесткого характера отца, которого раздражала эмоциональность сына, его «неприспособленность» и капризы, фактически же нормальные для возраста проявления эмоций (сам отец не был в роли сына, поскольку рано лишился своего отца и воспитывался тетей — женщиной, «правильной во всех отношениях», но лишенной чувства нежности и сострадания). Когда мальчику, о котором идет речь, было 5 лет, родители разошлись, и он еще больше привязался к

матери, не отпуская от себя, поскольку видел в ней единственный источник безопасности и ответных чувств. Когда он стал посещать школу, мать повторно вышла замуж, и появившийся от нового брака ребенок полностью отвлек ее внимание от сына. О последнем, однако, «забота» проявилась одновременным помещением в языковую и музыкальную школу.

В последующие годы мать неузнаваемо изменялась в отношениях с ним, стала проверять каждый шаг, часто раздражаться и кричать, физически наказывать за низкие оценки. В то же время она не могла помочь сыну, вселить в него уверенность и понять его переживания. Так мальчик стал эмоциональной сиротой при существующих родителях, лишившись не только отца, но и тепла матери, ее душевной помощи. Его повышенная утомляемость — следствие длительно действующего стресса, обусловленного не столько переутомлением от повышенных нагрузок, сколько переживаниями своей неспособности, никчемности, ненужности и одинокости в семье.

В результате неблагоприятного стечения жизненных обстоятельств и большого количества аффективно заряженных переживаний происходит реактивное заострение эмоциональной чувствительности в виде сензитивности. Она рассматривается как сочетание эмоциональной неустойчивости, беспокойства, ранимости и уязвимости «я».

Эти дети часто волнуются, обижаются и плачут. Заметна плохая переносимость любых огорчений, ожидания, склонность к понижению настроения и печали. Они испытывают повышенную потребность в безопасности, любви и сочувствии, но не могут ее реализовать из-за отношения родителей и сложившихся обстоятельств. Состояние длительной эмоциональной неудовлетворенности и психической напряженности в целом указывает, таким образом, на наличие хронической психотравмирующей жизненной ситуации.

Психическая травма

Это более конкретное понятие, чем неблагоприятная жизненная ситуация или стечение обстоятельств, которые в отличие от психической травмы не всегда осознаются и переживаются, но, как и психическая травма, выступают в качестве психогенного фактора при неврозах. Психическая травма — это аффективное отражение в сознании индивидуально значимых событий в жизни, оказывающих гнетущее, беспокоящее и отрицательное в целом действие. В этом значении психическая травма личностно неповторима у каждого человека. Вместе с тем есть много общего, что способно вызвать аффективно заостренное переживание, если рассматривать его с этически-нравственных позиций эмоционального отклика при испугах и угрозах, внезапных потрясениях, блокаде значимых потребностей, невосполнимых потерях и утратах. Психическая травма — одновременно объективный и субъективный феномен. Объективна она постольку, поскольку отражает общечеловеческий регистр переживаний; субъективность ее — в индивидуально различном, личном характере переживаний, когда то, что больно ранит, иногда надолго, одного человека, другого затрагивает только вскользь, непродолжительное время.

Психическая травма как психологическое понятие включает в себя осознанное восприятие каких-то индивидуально значимых, неприятных событий, их переработку в виде переживаний и развитие более или менее продолжительного состояния аффекта или психического состояния с отрицательным эмоциональным знаком. Констатация психической травмы означает не только наличие отрицательных эмоций, но и отсутствие их отреагирования. Психическая травма не всегда «видима», т. е. проявляется в поведении, особенно у детей с импрессивным, внутренним характером переработки эмоций.

Много ценного для анализа психической травматизации дает раскрытие содержания сновидений. Так, мальчик 13 лет до сих пор с ужасом вспоминает приснившееся ему в 4 года: «Я спрашиваю — мама, что это такое, а в ответ — ры-ры-ры-рычание». Гиперсоциальная, твердая по характеру и бескомпромиссная мать часто кричала, сердилась, ругала и наказывала сына-дошкольника за малейшие отклонения от ее заданных представлений о должном поведении. Пребывая часто в раздраженном и недовольном состоянии, была «глуха» к его эмоциональным запросам, не проявляла нежности и тепла, как раз в то время, когда потребность в этом у детей особенно велика. Подобное, пусть и избирательное, сохранение в памяти травмирующих переживаний является указанием на их высокую значимость в системе ведущих ценностных ориентации и потребностей. В другом случае девочке 4 лет неоднократно снится сон: «Волки ходят по улице». Почему же вместо прохожих, людей ей видятся звери? Ее родители

постоянно ссорятся из-за воспитания, что, однако, не мешает им обоим прибегать к физическим наказаниям. Травмирующие для девочки переживания вытесняются в сон, наполняя его ужасом превращений родителей в волков.

Далеко не всегда психическая травма как эмоциональное потрясение, испуг, сохраняется в памяти в последующие годы. Здесь срабатывает защитный механизм вытеснения или амнезии психотравмирующих событий, как это и произошло у мальчика 9 лет с заиканием, начавшимся в 5 лет, когда он испугался погнавшегося за ним петуха. Сейчас он не помнит об этом эпизоде. Почему же он так испугался петуха? Потому, что это совпало с возрастом повышенной чувствительности к страхам животных. И мальчик боялся не только петуха в те годы, но и кошек и собак. К тому же он эмоционально чувствительный, впечатлительный и беззащитный в отстаивании своих прав, что поддерживалось с целью послушания постоянными угрозами со стороны нетерпеливых и излишне строгих родителей.

Роль психической травмы при наличии выраженных переживаний могут также играть те события, о которых шла речь в разделе «Неблагоприятная жизненная ситуация». Особое значение приобретают психические травмы, связанные с пребыванием в больницах без матери в первые годы жизни, большим количеством болезненных процедур и неправильным поведением персонала этих учреждений, игнорирующих повышенную эмоциональную чувствительность и впечатлительность детей, привязанность к матери. То же можно сказать и в отношении помещения в соматические санатории, если персонал не оказывается на должной высоте и нередко, как и в других детских учреждениях (в первую очередь это относится к случайным лицам, работающим нянями), прибегает к наказаниям, угрозам и осуждениям в отношении «строптивых» детей, не способных быстро уснуть днем, есть, «сколько положено», и все время стремящихся домой, к матери. В нашей практике типичны случаи, когда детей младшего дошкольного возраста в качестве наказания закрывают в туалет, ставят в темную комнату, пугают тем, что мать не придет и оставит их, и т. д. Все это. «как нельзя кстати», приходится на возраст максимальной чувствительности к страхам замкнутого пространства, темноты и одиночества, являясь источником психической травматизации детей.

Доминирующая роль при неврозах принадлежит хронической психической травматизации, нередко дополненной острыми психическими травмами. Однако последние могут играть и относительно самостоятельное значение, как это видно из следующих наблюдений. Мальчик 5 лет с неврозом страха и заиканием отдан в начале второго года в ясли, где за нерасторопность на горшке наказывался няней. И сама обстановка в яслях оставляла желать лучшего. Придя за сыном раньше времени, мать увидела такую картину: сын ходит мокрый, все форточки открыты (зимой), а молодые «воспитатели-практикантки сидят на кухне и курят. В это же время он попал в больницу, где, находясь в боксе, очень скучал по матери, боялся уколов из-за непереносимости в этом возрасте боли. До настоящего времени боится новых неизвестных ситуаций и заикается при этом. У него много страхов, неуверен в себе и нерешителен в действиях. Другой мальчик 6 лет с аналогичным диагнозом в 1,5 года был помещен в больницу по поводу астматического бронхита. Из-за пониженного питания трудно было найти вены, и, когда мать забрала его через 1,5 мес. не узнал ее и отца, словно они были чужие люди. В последующем продолжал бояться врачей, как и всех незнакомых людей и новых ситуаций. Пока мы не сняли эти страхи, мальчик продолжал заикаться. Следует сказать и о девочке 14 лет, испытывавшей непонятный для окружающих страх, когда она выходила из дома. Заметим, что дети с неврозами не бегут из дома, как это нередко бывает при психопатических развитиях, а, наоборот, «бегут в дом», т. е. остаются в нем. И девочка, о которой идет речь, пользовалась любым поводом, чтобы не идти в школу. Все началось в 1,5 года, когда мать отдала ее в ясли и не смогла однажды вовремя забрать из них.

Психическая травма не всегда детерминирована внешними неблагоприятными обстоятельствами или событиями. В школьном возрасте, особенно в подростковом, она созвучна тягостным, неразрешимым переживаниям, измененности и ущербности «я», неприспособленности и беззащитности, неприятию сверстниками и отличию от них по типу «я не такой, как все». Подобная транскрипция психической травмы характерна прежде всего для обсессивного невроза, в частности для дисморфофобий с ведущим навязчивым страхом изменения «я». Но даже и в этих случаях можно найти те или иные недостатки в воспитании, отклонения в личности родителей и отношениях в семье, влияющих, как и психическая травма, на происхождение внутреннего конфликта при неврозах.

Внутренний конфликт

Мы рассмотрим его как в отношении патогенных, чаще неосознаваемых (у детей), противоречий, так и в отношении переживаний — психологического содержания конфликта.

По З. Фрейду (1912), базисное внутреннее противоречие при неврозах заключается в противоборстве сознательных (средовых) и бессознательных (инстинктивных) сторон психики. При обсессивно-компульсивных невротических развитиях противоречие будет главным образом между чувством долга (моралью) и желаниями (влечениями) человека.

C. Jung (год не указан) находит следующее основное патогенное противоречие при неврозах: «При ненормальных условиях, т. е. там, где дело идет о крайне сильных и при этом ненормальных установках у матерей, детям может быть навязана относительно однородная установка насилием над их индивидуальным предрасположением, которое, может быть, избрало бы другой тип, если бы не помешали этому ненормальные внешние условия. Там, где имеет место такое обусловленное внешним влиянием извращение типа, индивидуум в дальнейшем по большей части становится невротическим и его излечение возможно только через выявление естественно соответствующей индивидууму установки» (с. 13).

В концепции неврозов у детей В. И. Гарбузова (1977) основное патогенное противоречие состоит в несоответствии средового влияния врожденному типу реагирования — темпераменту. По нашим данным (1972), основополагающее противоречие при неврозах будет в несоответствии требований родителей и воспитания в целом психофизиологическим возможностям детей, особенностям формирования характера и личности.

По В. А. Гиляровскому (1938), сама сущность невроза предполагает несоответствие между возможностями, находящимися в распоряжении личности, и теми обязанностями, которые проистекают из наличия определенных социальных отношений. Р. А. Зачепицкий (1975) патогенный источник невроза усматривает в столкновении значимых отношений личности с несовместимой с ними жизненной ситуацией, что ведет к перенапряжению процессов ВНД и ее расстройствам.

Невротический конфликт при различных неврозах представлен, по мнению В. Н. Мясищева (I960), следующим образом. При неврастении он состоит в противоречии между возможностями личности и завышенными требованиями к себе. При истерическом неврозе — конфликт обусловлен завышенными притязаниями, сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных, реальных условий. При обсессивном неврозе конфликт обусловлен противоречивыми тенденциями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями.

Типология патогенных противоречий при неврозах у детей в общих чертах повторяет описанную. Однако необходим ряд уточнений и дополнений, учитывая специфику детского возраста.

При неврастении имеет место исходное противоречие между требованиями родителей и возможностями детей, которые не могут утвердить себя в каких-то значимых сторонах жизни. Это противоречие можно расценивать как конфликт самоутверждения или социального соответствия, выражаемый страхом или базальной тревогой «быть не тем», кто принят, одобряем, пользуется уважением (авторитетом) в семье и группе сверстников.

При истерическом неврозе ведущим является противоречие между заостренной потребностью эмоционального признания и возможностью его удовлетворения со стороны родителей, проявляемое страхом «быть никем», т. е. не значить, не представлять ценности, быть забытым и нелюбимым.

При неврозе страха противоречие — между невозможностью или слабостью защиты себя при выраженном инстинкте самосохранения. Подобное противоречие проявляется страхом «быть ничем», т. е. не существовать, не быть, быть безжизненным и мертвым.

При обсессивном неврозе противоречие — между чувством и долгом, эмоциональными и рациональными сторонами психики с центральным страхом изменения или страхом «быть не собой».

Конфликт самоутверждения при неврастении часто встречается в преддошкольном возрасте как проявление формирующегося «я», а также в младшем школьном возрасте при формировании чувства обязанности, ответственности и долга (объединяемых понятием «совесть») и потребности быть тем, кто находит принятие и понимание в группе. Конфликт признания при истерическом неврозе типичен в младшем дошкольном возрасте, когда выражены потребности в эмоциональном признании, привязанности и любви. При неврозе страха конфликт на почве невозможности защитить себя или более широко — конфликт самоопределения — свойствен старшему дошкольному возрасту при подчеркнутой потребности в общении и понимании абстрактных категорий времени и пространства,

жизни и смерти. Наконец, конфликт единства «я» при обсессивном неврозе характерен для подросткового этапа развития самосознания и выражается проблемой «быть собой среди других».

Безусловно, это схема, не исключающая других возрастных вариантов патогенных противоречий или наличие нескольких сразу. Главное в рассмотренных патогенных противоречиях — аффективно переживаемая невозможность реализации жизненно важных потребностей самоутверждения, признания (любви), защиты (безопасности) и единства «я». В итоге, создаются препятствия на пути осуществления ведущей личностной потребности — самореализации как главной фабулы внутреннего конфликта при неврозах.

Рассмотрим психологическое содержание внутреннего конфликта. Заслуга З. Фрейда в том, что он первый понял невроз как страдание противоречивого развития личности (Вольперт И. Е., 1972). По мнению К. Horney (1946), невротический конфликт возникает, когда стремление к безопасности у человека противоречит стремлению к удовлетворению желаний, и тогда с целью решения конфликта вырабатывается определенная стратегия поведения. По E. Fromm (1947), двойственность или противоречивость мотивации у человека, способствующей внутреннему конфликту, подчеркивается и тем, что, с одной стороны, он стремится к независимости; с другой — хочет избежать независимости, так как она приведет к отчуждению. Близко к этому находится и более поздняя точка зрения К. Horney на неврозы как отчуждение личности от «самости», преобладание в ней идеализированного «я», являющегося продуктом иррационального воображения индивида (Horney К., 1950).

Переживания при внутреннем конфликте становятся болезненными, если занимают центральное или, по крайней мере, значимое место в системе отношений личности и действительности. Их значимость — условие аффективного напряжения и аффективной реакции.

Психологический конфликт при неврозах представляет собой несовместимость, столкновение противоречивых и неразрешимых отношений личности (Мясищев В. Н., I960). Чем больше степень противоречивости, непоследовательности и неадекватности в отношении к ребенку в семье, тем более напряжена и неустойчива его внутренняя позиция, что является существенным фактором, способствующим перенапряжению нервных процессов и невротическому «срыву» под влиянием даже незначительных психотравм и соматической ослабленности (Захаров А. И., 1972).

Условно внутренний конфликт можно подразделить на конфликт интересов (предпочтений), потребностей, возможностей и влечений. Конфликт интересов часто представлен ситуацией, когда родители не учитывают половых предпочтений детей, воспитывая их как «бесполых существ», или же девочку как ожидаемого раньше мальчика, а мальчика — как эмоционально предпочитаемую девочку. Типичной будет также ситуация, сложившаяся у девочки 10 лет, оба родителя которой — инженеры и недовольны ее невысокими успехами по математике. Дочь же проявляет интерес к гуманитарным дисциплинам, что не устраивает родителей.

Конфликт интересов часто дополняется при неврозах конфликтом возможностей, в котором, в свою очередь, задействованы способности к определенному виду деятельности. Так, девочка-старшеклассница по настоянию отца-инженера учится в математической школе. Мать-музыкант заставляет ее заниматься еще и в музыкальной школе. Родители конкурируют между собой; кроме того, у них нет взаимопонимания, и каждый стремится к привлечению дочери на свою сторону. В этой ситуации она стала все больше уставать, появились головные боли, нарушился сон, понизилось настроение, и ее неврастения явилась откликом на чрезмерные и несоразмерные ее возможностям требования родителей. В дальнейшем она выбрала не технический вуз и не консерваторию, а медицинский вуз, в который, однако, не смогла поступить из-за своего болезненного состояния. О ведущем конфликте потребностей мы уже говорили, отмечая конфликты самоутверждения, признания, защиты и единства «я».

Характерен при неврозах конфликт влечений, который заключается в столкновении у подростков развивающегося полового чувства, сексуального влечения с моральными нормами и ограничениями.

Динамику внутреннего конфликта в развернутом виде можно представить следующим образом: 1) наличие психотравмирующих, т. е. вызывающих переживания, жизненных обстоятельств или событий; 2) трудность, невозможность их разрешения силами ребенка, что приводит к хроническому чувству усталости и напряжения; 3) столкновение противоположно направленных мотивов, желаний, устремлений, порождающих эффект фрустрации, внутреннего беспокойства; 4) появление чувства неудовлетворенности собой, усиление беспокойства и аффективной напряженности; 5) неустойчивость самооценки, в основном ее понижение, пессимистическая оценка перспективы; 6) уменьшение

внутренней согласованности в оценках и суждениях, колебания в принятии решений, неуверенность в себе; 7) повышение чувствительности в виде непереносимости определенных жизненных обстоятельств и событий или идиосинкразического, аффективно заостренного типа реагирования.

Если первый и второй пункты рассматриваемой динамики внутреннего конфликта означают стресс, то, начиная с третьего пункта — фрустрации, — он превращается в дистресс — более или менее устойчивое, отрицательно воспринимаемое эмоциональное расстройство. Сам ребенок не может выйти из этого состояния, поскольку не устраняются психотравмирующие условия жизни, и у него нет достаточного жизненного опыта. Вместе с тем нарастающий аффект, как производное переживаний, все в большем степени блокирует решения и способность переносить аналогичные переживания в дальнейшем.

Неразрешимость переживаний в виде чувства безысходности подчеркивает незащищенность «я», отсутствие адекватной психологической защиты и уверенности в себе, что находит отражение в сновидениях, как у девочки 8 лет: «Упала с горы в море и там окружили меня со всех сторон чудовища». Она окружена четырьмя требовательными и в то же время конфликтными взрослыми, ожидающими от нее повышенных успехов как в обычной, так и в музыкальной школе.

Обращает на себя внимание и сон у мальчика 9 лет: «Машина едет по улице и всех берет в свои тиски. Я хочу что-то сказать, но не успеваю и чуть не попадаю в нее». Машина — это раз и навсегда заданные многочисленными взрослыми принципиальные и негибкие требования примерного поведения и высоких достижений в двух школах. Но эти же взрослые забывают согреть мальчика нежностью и любовью, неспособны почувствовать всю глубину его переживаний, страха не успеть и сделать что-либо не так, как следует. Он не имеет своего слова в семье, не может выразить свои желания, даже быть печальным и огорченным, так как целикам и полностью запрограммирован на идеальный тип поведения и непрерывные успехи во всех областях.

С одной стороны, дети с неврозами социально ориентированы, т. е. хотят быть такими, как все, а с другой — не хотят быть такими, какими их стремятся видеть родители, поскольку это несовместимо с их интересами, потребностями и возможностями. Двойственность подобного положения не была бы такой травмирующей и не приводила бы к выраженному чувству вины при наличии конформности у детей с неврозами, тогда они внешне бы соответствовали требованиям родителей, оставаясь в то же время самими собой. Но вследствие своих характерологических особенностей они не могут быть двойственными, нарочито играть роль, как и притворяться, хитрить. Пытаясь утвердить свое «я», эти дети не могут отторгнуть навязанный родителями образ «я», стать собой. Это сопровождается нарастающим чувством внутреннего беспокойства, напряжения и неуверенности в себе. Компенсаторно появляется потребность еще в большей степени быть социально принятым и одобряемым, чтобы уменьшить чувство беспокойства и вины по поводу нежелания стать такими, какими хотят видеть детей родители. Но социальное признание (вне семьи) затруднено из-за невротически заостренных черт характера, аффективно завышенных ожиданий и нарастающих болезненных изменений. Неудачи в общении со сверстниками, трудность социальной адаптации, хроническое чувство неудовлетворенности порождают замещающие реальность абстрактные образования, идеализированную конструкцию или надстройку «я». В основном — это мечты о беззаветной дружбе, ради которой ничего не надо делать, вечной любви, безраздельном счастье и вера в то, что все образуется само собой, разрешится, если выполнять определенным образом действия и меньше рисковать. В отношении собственного «я» заметно развитие неуверенности, недоверия к себе и недовольства, дополняемых диффузно нарастающим чувством беспокойства и тревоги. В результате контуры «я» становятся неопределенными, размытыми, а его способность противостоять опасности — уменьшенной. Вместе это повышает проницаемость «я» для восприятия травмирующих событий и накопления опыта жизненных неудач. Более того, постоянное чувство неудовлетворенности и беспокойства, обусловленное невозможностью быть собой, т. е. чувствовать себя естественно и непринужденно, активно и уверенно, создает рано или поздно состояние психологического надлома с ощущением беспомощности и бессилия, безысходности и безнадежности, пессимизма и отчаяния, неверия в свои силы, в свою способность противостоять опасности. Чувства беспомощности и бессилия могут быть представлены слабостью, невыносливостью, беззащитностью и страхами; чувства безысходности и безнадежности — утомлением, упадком сил, ощущением непреодолимости препятствий, потерей интереса, пресыщением; чувства пессимизма и отчаяния — тревожно-депримированным фоном настроения, вспышками раздражения и недовольства. Неверие в свои силы означает отсутствие внутреннего единства, низкую согласованность в оценках, колебания в принятии решений и

беспокойство в новых ситуациях.

Описанный процесс психогенного изменения «я» при неврозах отличается от дезинтеграции «я» и тем более деперсонализации при психозах и реактивных состояниях. При неврозах правильнее говорить не об отчуждении собственного «я», а о противоречивости его психологической структуры в виде гипертрофии одних сторон в ущерб другим, что сопровождается нарушением чувства цельности, единства «я», беспокойством и неуверенностью в себе. Болезненные, происходящие помимо воли, психические изменения при неврозах типа аффективной неустойчивости, внутренней напряженности, повышенной утомляемости и страхов и сами по себе воспринимаются как нечто чуждое, инородное, несовместимое с «я», мешающее ему, препятствующее дальнейшему развитию. Самостоятельно освободиться от этих болезненных изменений также невозможно, хотя вначале они способны в какой-то мере активизировать «я», его функции сопротивления и защиты. Однако непроизвольный характер невротических изменений при безуспешности предшествующих попыток отстоять и утвердить «я» делают его все менее активным, психогенно измененным, неспособным к восприятию реальности.

Нервно-психическое напряжение

При неврозах это более широкое понятие, чем внутренний конфликт, поскольку образуется из более многочисленных источников и не всегда психологически мотивировано. На исходном уровне оно может быть представлено конституционально и антенатально измененной нервно-психической реактивностью при невропатии, перинатальной и постнатальной органической церебральной патологией, генетически трудным сочетанием контрастного темперамента родителей.

Напряжение, появляющееся в результате неправильного воспитания и конфликтов, в отличие от предшествующих источников, имеет тенденцию к нарастанию с возрастом детей. Патогенно прежде всего блокирование активности, отсутствие эмоционального отреагирования, чрезмерная стимуляция возможностей и воспитание в целом, не соответствующее особенностям темперамента, характера и формирования личности. Патогенные ситуации воспитания и взаимоотношений в семье не обязательно осознаются как травмирующие, но тем не менее способствуют развитию психического напряжения. К тому же оно может возникнуть и в результате психологического заражения или индукции — непроизвольного усвоения нервного состояния взрослых и сверстников, с которыми ребенок находится долгое время в непосредственном и тесном общении — контакте. Это характерно для эмоционально чувствительных, непосредственных и впечатлительных детей, которые как бы переносят на себя, впитывают эмоциональное состояние близких и значимых лиц, сопереживая, сочувствуя или подражая, идентифицируясь с ними. Срабатывают здесь также и психологические механизмы высокой эмоциональной запечатлеваемости, избирательной внушаемости, привязанности и любви.

О хронической психотравмирующей ситуации как источнике напряжения следует говорить при наличии неразрешимых для детей переживаний, составляющих содержание внутреннего конфликта. На этом фоне дополнительно действующие психические травмы — эмоциональные потрясения — усиливают патогенность жизненной ситуации, поскольку ребенок не может справиться с ними, пережить их. Вместе с внутренним конфликтом, проблемами общения и неблагоприятным стечением жизненных обстоятельств это позволяет говорить о появлении неудачного, травмирующего жизненного опыта или состояния хронического дистресса, как основного источника патогенного напряжения при неврозах. Положение осложняется тем, что дети с неврозами не могут из-за своего ограниченного и уже психогенно деформированного жизненного опыта, условий воспитания и отношений в семье эмоционально отреагировать накапливающееся нервно-психическое напряжение. Они вынуждены подавлять его, что превышает предел адаптационных возможностей и изменяет еще больше нервно-психическую реактивность организма. При этом происходит непродуктивная затрата психофизиологических ресурсов и возможностей, их дальнейшее перенапряжение и болезненное ослабление в целом. Следствием хронического психического напряжения будет нарастание церебральных астенических расстройств, фиксирующих переживания и затрудняющих дальнейшее восстановление нервно-психических сил. Одновременно уменьшается психическая толерантность к продолжающемуся воздействию стрессовых факторов, нарастают беспокойство и эмоциональная неустойчивость, появляются или усиливаются вегетососудистые и соматические нарушения, снижаются общая выносливость и сопротивляемость организма. Вместе это позволяет говорить о появлении развернутой клинической картины невроза.

О перерастании длительно действующего психического стресса в невротический, патогенно-каузальный стресс позволяют судить следующие психогенные изменения, взятые в динамике их развития: 1) перенапряжение психофизиологических возможностей и систем организма; 2) аффективная переработка жизненного опыта (в виде фиксации переживаний, эмоциональной неустойчивости и беспокойства); 3) повышение чувствительности к действию дальнейших угроз для «я» (эффект эмоциональной идиосинкразии или сенсибилизации); 4) реактивное, психогенно обусловленное изменение отношения к себе и другим (формирование неуверенности в себе, аффективно-тревожного и эгоцентрически защитного типа восприятия); 5) появление защитно-избегающей мотивации поведения (когда ребенок «не слышит», не реагирует на травмирующие стимулы из внешней среды — феномен «избирательного невнимания», когда он избегает трудностей и опасностей, способных понизить еще в большей степени чувство «я», когда боится и чувствует себя неуверенно в новых, непривычных ситуациях общения); 6) снижение жизненной активности, энергии, биотонуса в целом, изменение реактивности и развитие центральных патофизиологических изменений функциональной природы; 7) клинически очерченное нарушение регуляторных и приспособительных (адаптационных) нервно-психических механизмов, в том числе вегетосоматической деятельности организма в местах его наименьшего сопротивления.

Мы уже касались вопроса, почему психическое напряжение при неврозах не уменьшается, а увеличивается, достигая критического уровня. Отчасти это происходит из-за специфики проявления защитных психологических механизмов. В традиционном понимании у S. Freud (1926) и A. Freud (1936) они расцениваются как непроизвольные формы психического реагирования, имеющие своим мотивом (целью) устранение беспокойства как осознания конфликтной, неприятной для индивида ситуации. Отправными точками для развития этого взгляда были следующие: 1) восприятие угрозы сопровождается мобилизацией защиты с целью поддержки «я»; 2) опыт, несовместимый с представлением человека о себе, имеет тенденцию не допускаться к осознанию; 3) бессознательный перенос собственных чувств, желаний, влечений на другое лицо, если человек не хочет в них сознаться, понимая их социальную неприемлемость; 4) рационализация чувств и влечений как средство их социального контроля.

В настоящем основными защитными механизмами считаются: вытеснение, проекция, отрицание (отказ), рационализация, сублимация, изоляция и регрессия. В дальнейшем ряд исследователей внесли свой вклад в развитие учения о защитных механизмах. В этой связи следует упомянуть о гиперкомпенсаторных психологических механизмах (Adler A., 1928); защитно-пассивном и защитно-агрессивном поведении (Сухарева Г. Е., 1959); трех стадиях развития адаптационного синдрома: тревоге, защите и истощении (Selye H., 1974); защитном значении самой невротической симптоматики и реактивных сдвигов характера (Иванов Н. В., 1974); трансформации отрицательных установок и их замене в системе мотивов в форме подстановок (Бассин Ф. Е., Рожнов В. Е., Рожнова М. А., 1974). У больных неврастенией ведущие типы психологической защиты — отрицание и рационализация; при неврозе навязчивых состояний — изоляция аффекта; при истерии — вытеснение (Ташлыков В. А., 1981).

Для детей с неврозами не характерен такой тип защиты, как проекция, зато она часто встречается при психопатическом развитии. У детей с неврозами ответственность за происходящие события приписывается себе с появлением чувства вины и рудиментарных идей самоуничижения. Характерны молчание, замешательство, фрустрация, когда ребенок теряется и ничего не может сказать, производя впечатление «без вины виноватого». В норме существует средний тип реакций, когда дети не дают себя в обиду, обнаруживая гибкий, ситуативный тип реагирования. Сублимация встречается у подростков при дисморфофобиях и психогенной апорексии в рамках обсессивного невроза, когда формирующееся половое влечение и вторичные половые признаки отвергаются как нечто грязное и постыдное в противовес высоким достижениям в учебе. Детям с обсессивным неврозом также свойственна излишняя рационализация чувств и желаний, гипертрофия мыслительной деятельности, моральных запретов в ущерб эмоциональному восприятию и непосредственности в выражении чувств. При истерическом неврозе ведущими типами психологической защиты будут вытеснение (часто в виде амнезии неприятных переживаний) и регрессия — психогенная, реактивно обусловленная трансформация «я» по типу возврата к более ранним, эмоционально приемлемым стадиям психического развития. Регрессия и рационализация наблюдаются также при неврастении, в то время как неврозу страха более свойственны изоляция и фиксация аффекта, его прорастание беспокойством и страхом.

При возникшем неврозе определенным защитным значением обладает нарастание активности

тормозных процессов, создающее патофизиологические зоны запредельного торможения и предохраняющее нервные клетки от дальнейшего перенапряжения и истощения. Такой ребенок становится все более медлительным, «копушей» при занятиях, еде, одевании, приготовлении уроков. Тем самым предотвращается дальнейшее накопление нервно-психического напряжения, ребенок меньше устает, получая временную передышку. Этой же цели служит и избирательное невнимание, когда больные неврозом дети упрямо «не слышат» требований взрослых, бесконечных подстегиваний и принуждений, часто отвлекаются во время приготовления уроков, начинают заниматься другой, более приятной и эмоционально насыщенной деятельностью. Трудным для детей с неврозами оказывается и начало любой обязательной, ответственной и строго регламентируемой деятельности, поскольку она требует высокой концентрации внимания и работоспособности, уже ослабленных в результате невроза. В то же время родители, не понимая и нередко игнорируя болезненный характер имеющихся расстройств, резко увеличивают психологическое давление на детей, чрезмерно контролируют уроки, заставляют переписывать все заново при малейшей ошибке и постоянно читают детям мораль, которую они не могут усвоить. Типично в этом случае вытеснение переживаний в сновидениях, их аффективная переработка, о чем мы неоднократно говорили. Однако сам сон теряет при этом многие из своих естественных функций, превращаясь из-за ночных ужасов в источник опасности скорее, чем в источник безопасности и восстановления сил.

Патофизиология неврозов

В классическом варианте она представлена работами И. П. Павлова (1951) и Н. И. Красногорского (1939). Доказан функциональный характер нейродинамических нарушений при неврозах в результате перенапряжения процессов возбуждения и торможения, их подвижности и сшибки. Выявлены патофизиологические механизмы функционального ослабления коры, развития гипнотических (фазовых) состояний, изолированных «больных пунктов», очагов патологически инертного возбуждения с индукционным торможением вокруг, а также нарушенных соотношений между корой и подкоркой. Последующая ревизия патофизиологических механизмов при неврозах заключалась в следующем: оживлении представлений о доминанте А. А. Ухтомского; раскрытии роли подкорковых образований и придании им большей патогенной значимости, в частности нарушениям со стороны лимбико-ретикулярного комплекса; критике искусственности «слабых» и «сильных» типов высшей нервной деятельности с большим вниманием к темпераменту; понимании односторонности взглядов на первую и вторую сигнальную систему и привлечении внимания к проблеме межполушарной асимметрии.

В обобщенном виде патофизиологический механизм неврозов Б. Д. Карвасарский видит в расстройстве функций интегративных систем мозга, среди которых, наряду с корой больших полушарий головного мозга, существенная роль принадлежит лимбико-ретикулярному комплексу. А. М. Вейн, А. Д. Соловьева, О. А. Колосова (1981) подчеркивают мягкость и обратимость его поражений при неврозах, противостоящих грубым локальным поражениям мозга.

В. К. Мягер (1976) раскрыт конкретный характер изменений в мезодиэнцефальной области при неврозах, влияющих на вегетативно-трофические и соматические функции.

Патофизиологические расстройства при неврозах мы можем прокомментировать динамикой следующих понятий, связав их главным образом с клиникой: 1) перенапряжение процесса возбуждения; 2) перенапряжение процесса торможения; 3) «сшибка» процессов возбуждения и торможения; 4) нарушение билатеральной регуляции; 5) развитие фазовых состояний; 6) изменение нервно-психической реактивности и приспособительных функций организма; 7) образование патодинамических и вместе с тем относительно устойчивых церебральных нарушений, проявляемых клинической картиной невроза.

Возбудимость — наиболее ранний ответ в онтогенезе при действии ограничений и интенсивных раздражителей у стеничных, активных по природе детей. Возбудимость указывает и на повышенную конституциональную чувствительность нервной системы при одновременном большом количестве помех или искажений в ее работе, что проявляется невропатией. В последующем возбудимость — следствие накопления опыта аффектов, особенно в условиях гиподинамии и блокирования эмоциональной разрядки у детей с холерическим темпераментом, экстравертированных и склонных к экспрессивному выражению чувств. Возбудимость может быть усвоена и по механизмам

психологического заражения со стороны нервно-возбудимых, нетерпеливых и конфликтных лиц, окружающих ребенка. Возбуждающим эффектом также обладает непоследовательное обращение одного из взрослых и контрастное отношение нескольких из них.

Возбудимость при неврозах чаще всего представлена раздражительной слабостью или инертным возбуждением, когда ребенок, по словам родителей, часто ворчит, злится, будучи недовольным, капризным и неустойчивым в настроении или не может быстро остановиться, медленно приходит в себя, долго и безутешно плачет и расстраивается. Последнее иллюстрирует случай в школе с мальчиком 11 лет, лечившимся у нас по поводу неврастении. Однажды учительница музыки вышла из класса; все стали весело приплясывать в такт музыке и мальчик тоже. Когда учительница внезапно вошла в класс, все сразу затихли, но он не мог остановиться, и ему попало за всех. Возбудимость достаточно часто проявляется выраженным чувством беспокойства и тревожности, как и общей непоседливостью, ускоренной речью, повышенной отвлекаемостью. Возбудимость при неврозах носит избирательный характер, проявляясь в основном в семье как наибольшем источнике психической травматизации.

Тормозимость часто является реакцией на действие запредельных раздражителей, перенести которые ребенок не в состоянии. Другим источником будет повышенная чувствительность нервной системы, но, в отличие от возбудимости, с большим оттенком ранимости и уязвимости как конституциональной, так и невропатической, а также смешанной природы. Тормозимость выступает также как следствие психических потрясений и травмирующего опыта в условиях бесконечных угроз и чрезмерной стимуляции психофизиологических возможностей у детей с флегматическим темпераментом, интровертированных, склонных к импрессивному выражению чувств. Тормозимость может быть усвоена и по механизмам психологического заражения со стороны тревожно-мнительных и нерешительных взрослых. Тормозящим эффектом будут обладать чрезмерные моральные требования, оправдать которые ребенок не в состоянии. Тормозимость возникает, когда нужно сделать быстро то, что ребенок с флегматическим темпераментом сделать не в состоянии без перенапряжения своих сил. Усиливает тормозимость культивируемое родителями чувство вины, ощущение детьми своей беспомощности и бессилия, психическая астения как результат перенапряжения имеющихся возможностей и ресурсов.

Тормозимость проявляется замедленностью, торпидностью реакций, выраженным латентным периодом ответа, паузами в разговоре, а также большим количеством страхов, неуверенностью в себе, нерешительностью в действиях и поступках, избеганием трудных ситуаций. Все чаще ребенок производит впечатление вялого, несобранного, безучастного и безразличного к требованиям родителей, нередко «не слышит», т. е. не реагирует сразу, «копается», т. е. инертен; временами «застывает» и «смотрит в одну точку», т. е. непроизвольно дает себе временную передышку.

Тормозимость, как и возбудимость, характерна в большей степени для определенных ситуаций. Избирательность возбудимости и тормозимости показывает, что. несмотря на участие в их появлении ретикулярной формации (возбудимость) и лимбических образований (тормозимость), значительная роль принадлежит изменению нейродинамики лобного отдела коры с ее функциями контроля и сопоставления различных стратегий поведения. Как уже отмечалось, на возбудимость оказывает влияние холерический, а на тормозимость — флегматический темперамент. В свою очередь, возбудимость и тормозимость и сами по себе заостряют эти крайние типы темперамента, создавая впечатление гиперактивности или гипоактивности.

Следующим патофизиологическим механизмом при неврозах будет *«сшибка» процессов возбуждения и торможения,* более широко — конституционально-средовые противоречия. На интрапсихическом уровне «сшибка» — результат разнонаправленных мотиваций, например желания отдыха при уже возникшей усталости и необходимости исполнения, тем более завершения, какой-то рутинной и неприятной работы; потребности действовать и страха и т. д. Подобные окрашенные аффектом контрастные переживания образуют доминанты повышенной возбудимости и тормозимости, нередко на разных уровнях функциональной организации психической деятельности мозга.

Своеобразной «сшибкой» будет и несоответствие между требованиями родителей и психофизиологическими возможностями детей, т. е. конституционально-средовые противоречия.

В этой связи неоднократно отмечалась патогенная роль чрезмерных ограничений повышенной психомоторной активности у детей с холерическим и избыточной стимуляции у детей с флегматическим темпераментом. Наиболее неблагоприятная ситуация отмечается в тех случаях, когда мать с контрастным, флегматическим темпераментом и предварительной установкой на появление девочки имеет похожего на отца мальчика с холерическим темпераментом. О выраженном

конституционально-средовом конфликте можно также говорить, когда мать с холерическим темпераментом и предварительной установкой на появление мальчика имеет похожую на отца девочку с флегматическим темпераментом.

У детей с сангвиническим темпераментом эффект «сшибки» создается контрастным отношением родителей, когда один из них, обычно с более быстрым темпераментом, излишне стимулирует, а другой, с менее быстрым темпераментом, наоборот, чрезмерно ограничивает активность ребенка. Тогда мы видим эффект «исчезновения» природного темперамента, представленного как бы псевдополюсами крайних типов темперамента в виде повышенной возбудимости и тормозимости одновременно. Одни взрослые считают этих непоседливых, с неустойчивым вниманием детей, холериками, другие — флегматиками из-за медлительности в занятиях, общей невыносливости и тормозимости. Истина же где-то посредине — эти дети обладают сангвиническим, но недостаточно устойчивым и, главное, — патологически измененным темпераментом. В этой связи типична ситуация, когда мать мальчика 3 лет с тиками и заиканием на фоне общего невротического заболевания обладает холерическим темпераментом, без конца торопит и подстегивает (стимулирует) сына, его и так достаточно выраженную активность и быстроту движений. Отец с флегматическим темпераментом, наоборот, склонен к чрезмерным ограничениям активности сына, непосредственности в выражении чувств. В результате мальчик с природным сангвиническим, но еще неустойчивым темпераментом, с одной стороны, возбудим, неусидчив и нетерпелив, а с другой — медлителен в движениях, «копуша» и инертно упрямый. Это создает впечатление, что он одновременно, но в разных ситуациях является как холериком, так и флегматиком. Элементы того и другого темперамента в нем действительно присутствуют, создавая эффект маргинальности или неустойчивости в развитии присущего ему сангвинического темперамента. Но возрастная неустойчивость темперамента не была бы настолько продолжительной и выраженной, если бы не было контраста и крайностей в отношении родителей, вступающих в противоречие с природной активностью детей. При заикании мы часто видим подобную картину, выражаемую как клоническими (связанными с холерическим темпераментом), так и тоническим (влияние флегматического темперамента) речевыми судорогами. Отметим также, что в рассматриваемой «войне» темпераментов мать с холерическим темпераментом борется, по существу, в лице сына с флегматическим темпераментом отца, а последний — с холерическим темпераментом матери, демонстрируя этим низкую психологическую и психофизиологическую совместимость между собой.

Необходимо также отметить дизонтогенетический вид противоречия, обусловленный противоположно направленными тенденциями конституционально обусловленного развития темперамента. О том, что темперамент не представляет из себя нечто застывшее, раз и навсегда неизменное, не приходится сомневаться. Даже у взрослых в течение жизни в ряде случаев происходят определенные изменения темперамента, когда одни становятся с годами более замедленными в движениях, неторопливыми и обстоятельными в суждениях, а другие, наоборот, становятся все более активными и быстрыми. У некоторых детей и подростков подобная динамика более ощутима, прежде всего в тех случаях, когда у родителей имеют место контрастные черты темперамента. Тогда мы видим большую неустойчивость, своего рода маргинальность темперамента у детей в связи с трудносовместимым сочетанием в процессе развития противоположных темпераментов родителей. Причем в первые годы жизни ребенок может быть менее активным, несколько замедленным в развитии навыков ходьбы, речи, затем все более быстрым, стремительным, быстро говорящим (эффект «прорыва речи», что часто встречается при заикании), напоминая всем этим соответственно флегматический темперамент одного и холерический темперамент другого родителя. Или же имеет место обратная динамика, когда относительно ускоренное созревание отдельных психических и психомоторных функций в первые годы жизни сменяется замедлением темпа их последующего развития, напоминая этим холерический темперамент одного и флегматический темперамент другого родителя. Подобной характерной для неврозов динамикой становления темперамента объясняется достаточно часто неравномерность психомоторного развития, его дизонтогенез. Таким образом, об определенной неустойчивости темперамента можно говорить в тех случаях, когда ребенок одновременно походит и не походит темпераментом на каждого из родителей и не способен временно стабилизироваться в процессе роста на одном из его типов. Следует подчеркнуть, что неустойчивость темперамента заостряется в большей степени под влиянием не соответствующего психофизиологическим возможностям детей и противоположно направленного отношения родителей. Немаловажное значение имеет в данном варианте и факт похожести детей на одного из родителей. Тогда «с годами» они все больше

напоминают темпераментом этого родителя, что может вступить в противоречие с его отношением, являясь опять же одним из выражений конституционально-средового конфликта.

Проиллюстрируем сказанное двумя наблюдениями. В одном из них речь пойдет о мальчике 10 лет с диагнозом «неврастения». Вначале у него медленно развивалась речь и ходить он начал позднее, чем большинство сверстников, несмотря на отсутствие рахита и заболеваний. Отличался он также спокойствием, неторопливостью в движениях и занятиях. Постепенно, еще в дошкольном возрасте, на фоне постоянной стимуляции со стороны матери стал более быстрым в движениях, говорливым и к настоящему времени производит впечатление чрезмерно быстрого, непоседливого и нетерпеливого. Подобную динамику можно расценить как ослабление черт его флегматического, общего с отцом, и усиление черт холерического, общего с матерью, темперамента. Фактически можно говорить о наличии у него сангвинического, но еще неустойчивого, маргинального темперамента, о чем можно было судить к концу дошкольного возраста, когда он не был медлительным или быстрым, сочетая в себе данные качества. В школе резко усилилось психологическое давление отца, на которого походит мальчик. Ограничение активности, физические наказания, пунктуальность и педантичность в требованиях привели к повышению возбудимости мальчика, он стал еще более неусидчивым и подвижным, невнимательным и разбросанным, как бы гиперактивным. Все эти проявления нарастали и в результате возбужденного, беспокойного состояния матери, находящейся в невротическом состоянии. К тому же оба родителя все время ссорились по поводу воспитания сына, т. е. в семье была напряженная обстановка. Чем больше отец «давил» на сына и конфликтовал с матерью, тем больше последняя «закреплялась» в своем невротическом состоянии, непроизвольно передавая свое возбужденное, болезненное состояние сыну. В результате у мальчика пока не мог стабилизироваться ни один из типов темперамента. Данный случай позволяет по-новому взглянуть на некоторые стороны дизонтогенеза, обусловленного неравномерным развитием темперамента.

В другом случае мальчик 12 лет, больной неврастенией, обращал на себя внимание заторможенностью и медлительностью в занятиях, общей неловкостью, затруднениями в черчении. Как и отец, держит все переживания в себе, неоткровенен с близкими, не так общителен, как большинство сверстников. Одновременно с замедлением активности ухудшилась успеваемость, не успевал выполнить в школе задания, был невнимателен, разбросан в движениях, долго «копался» дома с уроками, так и не успевая закончить все их. Своим внешним видом и нарастающей медлительностью, импрессивностью и интровертированностью сын все больше походит на отца с флегматическим темпераментом. В первые годы жизни он, наоборот, быстро развивался: рано начал говорить, ходить, был подвижным, непосредственным в выражении чувств. Своей активностью и быстротой реакций напоминал тогда мать с холерическими чертами темперамента. Вскоре после того, как он «встал на ноги», последовали непрерывные ограничения со стороны родителей отца, живших в семье до его 5-летнего возраста. Не разрешалось бегать, шуметь, открыто выражать свои чувства. Все он должен был делать тихо, ходить на цыпочках и ни в чем не выражать свое «я». Будучи скупыми на выражение положительных чувств, сострадания и любви, бабушка и дедушка постоянно ругали внука, что он все делает не так, «плохой», «непослушный», «упрямый». В 4 года стал посещать детский сад, где ему «не повезло» с воспитательницей, которая подчеркнуто при всех постоянно стыдила и делала замечания, что он не так лепит и вообще не такой, как все. И если в первые годы жизни с моторикой у мальчика все было благополучно, он не падал, сам одевался, строил сложные конструкции из кубиков и вспомогательных предметов, то постепенно становился все менее уверенным в себе, в своей способности сделать так, как нужно, как требовалось. Одновременно нарастали и скованность, напряженность, ошибки в приготовлении заданий, единодушно осуждаемые всеми взрослыми, кроме матери. Она считает, что именно с этого возраста сын мог возненавидеть занятия, что проявилось в школе, где отец, инженер по профессии, нетерпимо воспринимал любые ошибки сына в черчении и точных дисциплинах. Но чем больше суховатый по характеру, жесткий, педантичный и гиперсоциально настроенный отец был строг и требователен к сыну, считая его ленивым, тем больше последний затормаживался и хуже учился, не в силах противостоять неадекватному отношению отца, как, впрочем, и чрезмерной стимуляции, подгонке со стороны нетерпеливой матери. В результате хронической психотравмирующей ситуации и невозможности оправдать повышенные требования взрослых стать тем, «кем следовало быть», имела место «сшибка» между первичной высокой активностью мальчика и необходимостью постоянно сдерживать себя, тормозить свои чувства и желания, быть обстоятельным и пунктуальным во всем. Именно в период посещения школы появилось болезненное перенапряжение его нервно-психических сил и возможностей и невротическое заболевание в виде неврастении. «Другим», как требовали в семье,

он стать так и не смог, заболев неврозом и превратившись, в итоге, как бы в своего антипода — заторможенного, вялого, медлительного и не способного усваивать дальнейшие требования взрослых. Его «псевдофлегматизм», таким образом, был проявлением невротического заболевания. Оно вместе с тем подчеркнуло, болезненно заострило внутреннюю неустойчивость темперамента. «Сам собой» он, скорее всего, стал бы сангвиником, что было заметно к концу дошкольного возраста. Но и тогда он находился в неблагоприятных для себя условиях развития, испытывая все нарастающее отрицательное воздействие взрослых. Его семейная драма оттенялась наличием благополучного во всех отношениях младшего брата, к которому родители относились более бережно, в чем-то осознав ошибки, но не будучи способными перестроить свой стереотип восприятия первенца, являющегося своего рода «изгоем» в семье. К тому же младший походил на мать, в отличие от старшего, и, как она, делал все без промедления, быстро и инициативно.

Общим в рассмотренных случаях будет конституционально обусловленная процессом роста внутренняя неустойчивость темперамента как отражение контрастных черт темперамента родителей. Неустойчивость темперамента возрастает в условиях не соответствующего психофизиологическим возможностям детей отношения взрослых, вызывая перенапряжение процессов возбуждения и торможения, эффект их «сшибки». О последней говорит и разнонаправленность клинической картины. Так, в первом случае, наряду с преобладанием чрезмерной подвижности, непоседливости и возбудимости, есть и элементы заторможенности, медлительности в занятиях. Во втором случае, наоборот, при доминирующей общей заторможенности, вялости и медлительности встречаются непоседливость, импульсивность и разбросанность в занятиях.

В обоих случаях происходит нарушение наиболее уязвимого свойства нервной системы — подвижности процессов возбуждения и торможения, их соотношения, с появлением болезненного расстройства или клинической картины невроза.

Нарушение билатеральной регуляции — другой патофизиологический механизм при неврозах, заслуживающий особого рассмотрения. Из обзоров литературы Н. Н. Брагиной. Т. А. Доброхотовой (1981), В. Ротенберга (1984), Э. Г. Симерницкой (1985), Ю. Чиркова (1985) следует, что длительное время существовавшая концепция доминантности одного полушария в настоящее время сменяется концепцией о функциональной специализации полушарий. Левое полушарие обеспечивает дискретное, аналитическое, словесно-логическое мышление, правое — пространственно-образное, конкретное. В правом полушарии происходит чувственное восприятие, интуитивная ориентировка в окружающем мире, перцептивный инсайт. В нем преобладают бессознательные, спонтанные процессы, невербальный анализ информации, отрицательные эмоции типа печали и страха. В левом полушарии доминируют сознательные и речевые процессы, положительные эмоции. Если левое полушарие — языковый центр, то правое — центр чувства музыки. Доминирование левого полушария может быть связано с преобладанием второй, а доминирование правого — с преобладанием первой сигнальной системы (Суворова В. В., 1975; Русалов В. М., 1979).

Большая активность правого полушария заметна при наличии невротических черт личности: неуверенности, тревожности, непереносимости стрессов (Horkovic G., 1977). Ранняя и чрезмерная стимуляция левополушарных функций в ущерб правополушарным в условиях гиперсоциального воспитания при неврозах у детей отмечена В. И. Гарбузовым (1986). Вне неврозов обнаружена связь клинической симптоматики детского аутизма с механизмами гипоактивизации правого полушария (Каган В. Е., 1978). В правом полушарии приводятся в действие защитные механизмы в виде вытеснения и сновидений. Вытесненный мотив переходит в подсознание и вызывает неосознанную тревогу. Тогда человек не может сосредоточиться и его способность к решению текущих задач ослабевает (Ротенберг В., 1985).

Ребенок рождается с обоими «правыми» полушариями. До 2 лет любое из них может стать левым — речевым. Мальчики в смысле асимметрии мозга развиваются быстрее девочек. К 6 годам у мальчиков уже заметна отчетливая функциональная специализация полушарий; девочки до 13 лет сохраняют определенную пластичность мозга, эквивалентность его половин (Чирков Ю., 1985). В целом же считается, что в первые годы жизни правое полушарие является более активным, в том числе и в отношении речи, по сравнению с левым (Симерницкая Э. Г. 1985). Но и в последующем возрастание активности левого полушария не исключает колебаний в активности правого. Так, по сообщению Московского НИИ проблем высшей школы, у студентов-правшей (левополушарных) с повышенной нервной чувствительностью к концу экзаменационной сессии под влиянием стресса повысилась активность правого полушария. В отношении левшества, не всегда, но достаточно часто, связанного с

правополушарной активностью, имеет значение генетический фактор, а также, по данным литературы, нервно-психическая ослабленность и, в частности, ранние диффузные мозговые нарушения (Симерницкая Э. Г., 1985). Заслуживают внимания и указания на большую выраженность у левшей и амбидекстров черт тревожно-мнительного характера (Hicks R., Pellegrini R., 1978).

Анализ преморбидных особенностей у детей с неврозами показывает преобладание правополушарной активности, сохраняющейся относительно большее время, чем в норме. Об этом говорят цельность восприятия, наивность, непосредственность, внушаемость (являющаяся, на наш взгляд, как и гипнабельность, функцией правого полушария), подверженность беспокойству и страхам, впечатлительность, образность мышления, повышенная чувствительность к музыке, фиксация прошлого опыта и склонность к вытеснению неприятных переживаний, в том числе во время сна. На преобладающую роль правого полушария указывает и относительная частота левшества (амбидекстрии), о чем пойдет речь ниже.

Для детей, заболевающих неврозами, характерно противоречие между преобладающей активностью правого полушария и преимущественно «левополушарным» типом воспитания. Последнему способствуют излишне ранняя социализация, чрезмерная рассудочность в обращении с детьми, большое количество моральных ограничений, вербальных предписаний, угроз и советов. В то же время нет непосредственности в выражении чувств со стороны родителей, они не играют с детьми, препятствуют спонтанному выражению чувств, зато постоянно учат, как нужно себя вести, сдерживать, контролировать каждый свой шаг. Заостренно реагируют они и на недостаточные, с их точки зрения, интеллектуальные достижения у детей. Особенно ярко это проявляется при помещении их в специализированные речевые школы, где дети, заболевающие неврозами, нередко не обнаруживают особых успехов и где, по нашим данным, наибольшее количество неврозов. К тому же у детей с ведущей правополушарной активностью в первых классах и обычной школы нередко встречаются затруднения по русскому языку (отчасти — по математике) и ухудшение в речи типа заикания.

«Левосторонний» аспект воспитания более отчетливо выражен у родителей в профессиональной группе ИТР, превалирующей, как мы помним, у детей с неврозами. При тревожно-мнительных чертах характера родители проявляют чрезмерный контроль, сомнения и опасения в отношении возможностей детей, их интеллектуальных достижений.

С учетом односторонне-рационального, «второсигнального» отношения родителей можно говорить об определенной перегрузке или чрезмерно ранней стимуляции еще не свойственных детям с неврозами функций левого полушария при известном «блокировании» или торможении первосигнальной, спонтанно-выразительной (экспрессивной) деятельности, связанной с функционированием правого полушария. В большей степени это затрагивает левшей с подчеркнутой активностью правого полушария. Вместе с тем тревога и беспокойство со стороны родителей, как и психические потрясения, испуги и тягостные переживания у детей, создают дополнительную нагрузку и в отношении функционирования правого полушария, генерирующего в нарастающей степени страхи и беспокойство.

Рационально-знаковое давление на левое полушарие часто не уменьшается, а увеличивается при возникших невротических расстройствах, которые родители и педагоги расценивают как отсутствие волевой (сознательной) регуляции поведения и усиливают моральные требования вместо того, чтобы ослабить их и перестроить отношения с детьми. Именно тогда ребенок перестает усваивать, т. е. перерабатывать как приемлемые, требования родителей, «не слышит», делает все подчеркнуто медленно, «копается», испытывая усталость и пониженное настроение, что часто имеет место при неврастении. Несовместимые с отношением родителей переживания у детей проявляются неприятными сновидениями с приступами ночной тревоги и утренней амнезией при неврозе страха. Это указывает на защитную функцию правого полушария, не допускающего осознания неприемлемых для него переживаний. Но чем меньше осознания, тем больше диффузной, свободно плавающей тревоги или беспокойства, выступающих все больше в качестве иррационального или невротического аспекта психической деятельности. Именно невозможность осознания внутреннего конфликта, его иррациональная переработка в правом полушарии и создают эффект его неразрешимости. К тому же инсайт невозможен из-за торможения правого полушария, а идущая из него тревога индукционно изменяет присущее левому полушарию логическое мышление, затрудняя еще в большей степени конструктивное решение возникающих проблем.

Уточним приведенные положения. Если левое полушарие испытывает хроническую перегрузку от чрезмерной информации и одновременно отсутствует эмоциональное отреагирование неприятных

чувств и переживаний со стороны правого, то иррациональный «продукт» последнего искажает логическое мышление левого. В нем появляются очаги или доминанты навязчивых страхов, опасений и мыслей, которые воспринимаются сознанием как «не свои», идущие помимо воли, непроизвольные. Но «перегруженное» левое полушарие не может освободиться от них ввиду развивающихся явлений церебральной астении или «моральной интоксикации». К тому же навязчивости уменьшают давление страха и тревоги из правого полушария, что выражается известным клиническим феноменом «кристаллизации страхов» в виде фобий при неврозе навязчивых состояний. Следующим этапом клинической динамики будет переход навязчивых опасений в навязчивые сомнения (мысли) при возрастной (обычно не раньше 5 лет — у мальчиков и 12 лет — у девочек) и конституционально обусловленной активности левого полушария. Это ситуация, когда односторонне интеллектуально развитые, но часто моторно неловкие и эмоционально скованные дети производят впечатление маленьких старичков, говорящих заученными фразами и пользующихся взрослыми, нередко витиеватыми, оборотами речи. Им явно не хватает эмоциональности, экспрессии, всей гаммы человеческих, тем более — детских, чувств. Навязчивые сомнения в условиях семейного предрасположения и соответствующего отношения родителей становятся в подростковом возрасте основой развития тревожно-мнительных черт характера.

При рассмотрении динамики межполушарной асимметрии при неврозах в целом необходимо учесть исходную активность полушарий при различных клинических формах неврозов, если только речь не идет о первых годах жизни. При обсессивном неврозе и отчасти неврастении левое полушарие относительно более активно, чем при неврозе страха и особенно истерическом неврозе, при которых в большей степени проявляется функциональная активность правого полушария.

Во всех случаях главным аспектом проблемы межполушарной асимметрии при неврозах будет то, что слишком рано тормозится активность правого и возбуждается активность левого полушария или же существует односторонняя подмена правополушарной активности левополушарной функциональной активностью.

Динамика межполушарных соотношений при неврозах рассмотрена в таблице 5. Функциональная специализация полушарий в клинике неврозов рассмотрена в таблице 6.

Таблица 5. Динамика межполушарных соотношений при неврозах

Этап динамики неврозов	Клиника	Левое полушарие	Правое полушарие
Начальный	Общая для всех неврозов	Возбуждение — перенапряжение (в условиях чрезмерной моральной стимуляции или ограничений)	Торможение — репрессия (подавление возможности эмоционального отреагирования отрицательных, неприятных чувств и переживаний)
Развития	Неврастении; невроза страха и истерического невроза	Торможение — утомление (психическая астения) с нарастанием тревоги	Возбуждение — генерация (в условиях эмоционального стресса и шоковых переживаний) состояний аффекта, беспокойства и волнений. Их амнезия, вытеснение в сны или диффузия в левое полушарие

	Обсессивного невроза	Доминанты застойного возбуждения (навязчивые страхи, мысли опасения)	Торможение — депрессия с элементами эмоционального оскудения, нивелирования чувств

Таблица 6. Функциональная специализация полушарий в клинике неврозов

Левое полушарие	Правое полушарие
Тревога типа опасений (быть никем, не тем, не собой, опоздать, не успеть)	Тревога типа диффузного чувства беспокойства («а вдруг» что-нибудь случится)
Тревога трансформируется в навязчивость	Тревога трансформируется в чувство страха
Навязчивые сомнения (саморефлексия) — до степени идей самоуничижения	Внушаемость как непроизвольное, помимо сознания, усвоение задаваемой извне информации
Невротическая депрессия (моральный аспект)	Невротическая депрессия (витальный оттенок)
Проявление защитных механизмов типа рационализации	Проявление защитных механизмов типа вытеснения и амнезии (забывчивости)
Тревожно-мнительный тип реагирования	Аффективно-возбудимый тип реагирования
Модель последующего клинического прорастания в виде психастении	Модель клиники истерического невроза

Примечание. Общей (интегративной) характеристикой для обоих полушарий будет беспокойство, внутренняя неудовлетворенность.

В связи с рассматриваемыми межполушарными соотношениями при неврозах затронем проблему левшества. Преобладание левой руки выявляется в пробах «писк комара» и «рука».

Проба «писк комара» применяется для определения внушаемости. Испытуемый становится спиной к врачу, который заявляет о «включении» прибора (игрушки), издающего звук, похожий на писк комара. Дети не только определяют звук, если «слышат», но и локализуют его по просьбе врача, преимущественно слева или справа от уха. Проба проведена у 74 детей с неврозами. Большинство детей (64% мальчиков и 63% девочек) находят источник звука слева, т. е. обнаруживают левостороннюю локализацию в восприятии неприятного звука (у мальчиков различия достоверны). Преобладание правополушарной активности заметно и на ЭЭГ, когда из «заинтересованных» полушарий достоверно преобладает правое.

Проба «рука» состоит в том, что после окончания беседы или игры врач внезапно подает руку ребенку, говоря: «До свидания». Из 112 детей с неврозами подали левую как более удобную руку 36%, т. е. каждый третий, без различий у мальчиков (34%) и девочек (37%). Проба «рука» чувствительнее, чем визуальное определение предпочтения левой руки по оценке родителей, составляющее 24% от общего числа детей с неврозами. К тому же все левши (в число которых входят и амбидекстры) являются «правшами» на момент обследования, т. е. переученными на манипулирование правой рукой. Средний возраст мальчиков при обследовании составляет у левшей 7, у правшей — 9 лет; у девочек, соответственно, 8 и 9 лет. Следовательно, при левшестве невротическая симптоматика выражена в более раннем возрасте. При разделении детей по возрасту до 10 лет и старше у мальчиков и девочек левшество достоверно преобладает в дошкольном и младшем школьном возрасте по сравнению с подростковым. У мальчиков соотношение составляет 59 и 7% ($p<0,001$), у девочек — 48 и 20% ($p<0,05$), т. е. у мальчиков левшество проходит раньше, а у девочек — позже, что подтверждают данные литературы о более раннем возрастании активности левого полушария у мальчиков.

Высокий процент левшества наблюдается у мальчиков с неврозом страха (52%), низкий — у мальчиков с обсессивным неврозом (0), что подчеркивает неодинаковую ведущую активность правого (невроз страха) и левого (обсессивный невроз) полушарий.

Вне клинической формы невроза, отдельно вычислен индекс страхов при левшестве и правшестве. У мальчиков он достоверно, а у девочек — как тенденция, выше при левшестве. Интересно,

что страхов, отрицаемых детьми, но признаваемых родителями (т. е. вытесненных), больше при левшестве (тенденция). Эти данные подтверждают «заинтересованность» правого полушария в вытеснении неприятных чувств и переживаний.

Невропатия, резидуальная церебральная органическая недостаточность и упрямство (с точки зрения родителей) не оказывают существенного влияния на левшество мальчиков. У девочек имеется тенденция к возрастанию левшества при резидуальной церебральной органической недостаточности. Но и тогда необходимо иметь в виду ведущую клиническую симптоматику невроза.

О преобладающем функциональном аспекте левшества говорит и факт перемены подачи руки на правую после успешно проведенной терапии страхов и повышения общего эмоционального тонуса детей.

Приведем несколько выписок из историй болезни детей с неврозами, относящихся как к левшам, так и правшам с акцентом на клиническую симптоматику невроза. Объединяющими моментами во всех наблюдениях будут несоответствие отношения родителей психофизиологическим возможностям детей, в том числе типу темперамента, чрезмерно интенсивный объем интеллектуальных нагрузок, включая вербальную стимуляцию, моральные запреты и предписания, излишне ранняя социализация и рационализация чувств детей, блокирование возможностей отреагирования неприятных чувств и переживаний, отсутствие экспрессивно насыщенных игр, непосредственности в отношениях с детьми.

В одном наблюдении девочка 7 лет из неполной семьи обнаруживает беспокойство и страхи перед сном, которые, однако, полностью не осознаются и отрицаются в беседе с врачом. С самого начала предпочтение отдавала левой руке, будучи повышенно эмоционально чувствительной и впечатлительной, опережала сверстников в психическом и физическом развитии. Мать — инженер, тревожно-мнительна, чувства заменяет словами, контролирует каждый шаг дочери и требует от нее высоких интеллектуальных достижений. Еще до школы девочка испытывала перегрузку из-за принуждений в занятии музыкой, безупречном овладении нотной грамотой. В 1-м классе стала уставать, появились головные боли, раздражительность и возбудимость. Бабушка со стороны матери, с авторитарными чертами личности, постоянно следила, чтобы внучка пользовалась той рукой, «какой положено», постоянно делая замечания и ударяя по левой руке при ошибке. На приеме больная скована и напряжена, боится выразить чувства и желания, сделать что-либо не так, как нужно, «как положено». Играть, как дети, она не умеет, речь бесцветная и вялая, прерывается время от времени нервным кашлем. Впечатление о ней — как об эмоционально опустошенной, запрограммированной на выполнение только определенного круга действий, лишенной спонтанности и непосредственности в выражении чувств. Диагноз — неврастения. В ее происхождении имеет значение «левосторонний» тип воспитания при отсутствии возможностей для эмоционального отреагирования. Клинически это выражается нарастанием как астенических расстройств (преимущественно левое полушарие), так и страхов (правое полушарие) с появлением левосторонне ориентированной неуверенности в себе и опасений. В другом наблюдении мальчик 12 лет из неполной семьи учится в английской школе с техническим уклоном. С ним постоянно занимаются отец и родители отца — оба профессора: лингвист и философ. Все дружно заставляют неоднократно переписывать уроки, выискивая малейшие ошибки и требуя отличных достижений, но сын «не тянет», все больше устает, жалуется на головную боль, с трудом засыпает, иногда обмачивается ночью. На уроки уходит до 4 ч и больше; отец сидит рядом и заставляет без конца повторять вслух материал, зазубривать его. Например, сын многократно повторяет, где располагается Англия, а утром говорит, что она в Африке или неизвестно где. Одновременно с утомляемостью становится все более рассеянным и забывчивым, долго не может сосредоточиться, легко отвлекается. Взрослые считают это ленью и только усиливают требования и моральное давление. Мать — инженер по профессии, живет отдельно, с младшим сыном, поделив таким образом детей с мужем. До развода родители постоянно ссорились из-за старшего, занимаясь словесными перебранками и безуспешно выясняя, кто прав, кто виноват. Мать часто срывала раздражение на сыне, била по голове при «чрезмерной» активности. Отец же, пытаясь забыться и отвлечься от семейных неурядиц, злоупотреблял в то время алкоголем, полностью передоверив воспитание жене (в свое время его родители тоже отдали его в специализированную школу с английским языком и заставляли любыми способами учиться на «отлично». К концу школы заметно уставал, беспокоили головные боли, диагностирована язвенная болезнь желудка. Несмотря на отсутствие интереса, родители уговорами, посулами и угрозами заставили поступить в технический вуз, где преподавал отец. Сын несколько раз брал академический отпуск, пока не перевелся, уже по собственному желанию, в гуманитарный вуз). Его история повторяется, как мы видим, с сыном, но отец не хочет признать этого, подсознательно

надеясь, что сын может восполнить то, в чем он сам когда-то оказался несостоятельным и незаинтересованным. Здесь отчетливо прослеживается характерный для отцов в наших наблюдениях психологический защитный механизм проекции по типу: «Мне было тяжело, трудно, так пусть будет тяжело, трудно и ему, пусть узнает, «почем фунт лиха». Что же касается мальчика, то в подоплеке его клинической картины неврастении налицо торможение более активно функционирующего у него правого полушария при одновременной все более нарастающей вербально-знаковой нагрузке на левое. Проявляется это, с одной стороны, «правосторонними» вспышками раздражения и возбуждения, т. е. отрицательными эмоциями, их непроизвольным отреагированием, а с другой — развитием церебрастенических расстройств, забывчивости и рассеянности, выполняющих определенную защитную функцию — предохранение левого полушария от чрезмерной, запредельной и не свойственной ему информативной нагрузки.

В следующем наблюдении мальчик 7 лет с неврозом страха и заиканием, будучи еще с неустойчивым, маргинальным темпераментом, испытывает постоянную стимуляцию, подгонку со стороны матери с холерическим темпераментом и чрезмерные ограничения со стороны отца с флегматическим темпераментом. В семье, как это часто бывает у детей с заиканием, много взрослых, в данном случае и вербально-информативная нагрузка на левое полушарие особенно велика. К тому же он посещает «школу полного дня», где немало детей устают от шума, жалуясь на головную боль дома. Ночью нередко просыпается в состоянии страха, кричит, утром ничего не помнит из пережитого. Ночные страхи являются, таким образом, своеобразным способом отреагирования накапливаемых днем в правом полушарии отрицательных эмоций. Возникающее после страшных снов защитное торможение препятствует их осознанию утром. При этом актуальность дневных страхов несколько ослабевает, пока они снова не накапливаются в критических пределах и не происходит очередной приступ ночного страха. Здесь мы видим определенный механизм психического гомеостаза — непроизвольно происходящего регулирования нервно-психического напряжения. Острота ночных страхов была бы меньшей, если бы мальчик мог выразить свое несогласие, протест или хотя бы отреагировать его в игре. Но он был лишен своего слова в семье, вместо игр были постоянные занятия, чтение, заучивание наизусть, декламация, т. е. его левое «несвойственное» полушарие было перегружено, а правое — «недогружено». Но это еще не все. В семье был так называемый «лечебно-охранительный» режим, который понимался как беспрекословное выполнение бесчисленных распоряжений взрослых при отсутствии активных эмоций и игр, общения со сверстниками. Помимо этого, взрослые беспрестанно заставляли повторять каждое неправильно произнесенное слово, говорить только на выдохе, медленно и нараспев, что создавало непосильную нагрузку для еще достаточно быстрого по темпераменту мальчика и только фиксировало его речевые нарушения в виде заикания клонического типа. Эмоции же у него были представлены главным образом страхами, достигающими своего клинического апогея во время сна.

В плане темперамента аналогичная ситуация и у мальчика 9 лет с диагнозом «обсессивный невроз». Он также единственный в семье, и на него приходятся 4 взрослых с техническим образованием. Рано развивался, читал в 5 лет, еще до школы занимался иностранным языком и музыкой. По мере увеличения интеллектуального прессинга взрослых становился все более скованным и неловким, медлительным, временами возбудимым и нетерпеливым, т. е. наблюдалось клиническое заострение крайних сторон его конституционально неустойчивого, маргинального темперамента. Но все это — предпосылка того, что с ним произошло в школе, где властная, не терпящая никаких отклонений от своей методики учительница стала требовать четкого, по всем правилам, чтения, подчеркивая при всех недостатки звукопроизношения у мальчика. Дома же, по совету учительницы, все взрослые стали заставлять читать и учить уроки вслух. Одновременно как «бесперспективный» был исключен из спортивной секции, куда ходил с желанием. Подобные стрессы, как и повышенная нагрузка из-за продолжающегося посещения двух школ, не прошли бесследно. Он стал неестественно для себя медлительным, мучительно, как заикающийся, подбирать слова, явно опасаясь сказать что-либо не то, не так, как следует. Помимо нарастающего беспокойства и психической астении, усиления нейродермита, стал часто жаловаться на боли в животе после школы (обследование не выявило патологии), по утрам тошнило, вставил вялым, раздражительным. Если и раньше он никогда не смеялся, то теперь стал печальным, подавленным, временами плаксивым, т. е. появились признаки латентной, в данном случае психогенно обусловленной, депрессии. Одновременно с этим становится все более мнительным, сомневающимся в правильности своих решений, неуверенным в себе, «потерявшим», как видим, не только «свой» темперамент, но и свое чувство «я». Его болезненно перенапряженное, пусть и

достаточно активное, левое и заторможенное, «невключенное» правое полушария создали клиническую картину развития тревожно-мнительных черт характера и астенодепрессивных наслоений.

У девочек-подростков депрессивные невротические наслоения встречаются чаще, чем у мальчиков, но также при эмоциональной заторможенности правого полушария и интеллектуально-рациональной перегрузке левого. Типична в этом случае клиническая картина неврастении с депрессивными и истерическими включениями, прежде всего у девочек с флегматическим темпераментом, неразговорчивых, склонных к импрессивному выражению чувств. Подобные черты под воздействием длительного стресса, связанного с односторонней интеллектуальной стимуляцией, завышенными требованиями взрослых, чрезмерным моральным давлением, клинически заостряются, создавая эффект меланхолически-заторможенного, вялого и безынициативного, а по существу — неврастенического (гипостенического) типа реагирования.

Подобная ситуация наблюдалась у 2 девочек 13 лет. Обе — «правополушарные», эмоционально чувствительные и впечатлительные, но уже заторможенные, чрезмерно усталые, не способные эмоционально выразить себя не столько из-за флегматического темперамента, сколько из-за интеллектуального диктата и эмоциональных ограничений со стороны матерей с гиперсоциальными и паранойяльными чертами характера. Обе учатся в специальной языковой и музыкальной школах одновременно, испытывая затруднения в письме, графике и, как это бывает у «правополушарных» и что вообще характерно для детей с неврозами, часто не могут свободно, непринужденно выразить словами то, что думают, тем более чувствуют и догадываются. Не удивительно, что у них после очередного вирусного ОРЗ с обычным для него ларинготрахеитом голос так и «не восстановился». Это позволило длительное время не ходить в школу, устранив таким образом продолжение гонки за успехом, не приносящей чувства удовлетворения и удовольствия, и избежать дальнейшего перенапряжения нервно-психических сил. Психогенная, по истерическому типу закрепленная, афония позволила также исключить принудительность общения в школе, чем они в немалой степени тяготились, как и повышенными, не свойственными им, левополушарными требованиями к речи.

Заметим, что такая форма психотерапии как игровая, проводимая в эмоционально насыщенном, экспрессивном ключе, способна восстановить активность правого полушария. При этом нередко происходит общее оживление эмоциональной активности, как пишет в дневнике одна из наших пациенток с невротической депрессией и тревожно-мнительным развитием: «За последнее время замечаю, что значительно изменилась. Как бы прозрела. Открылось четвертое измерение. Мир стал светлее, глубже, наполнился звуками и перестал быть односторонним, серым. Грусть и беспричинная тоска постепенно отступили. Все встало на свои места». В то же время она почувствовала, что математические дисциплины стали даваться труднее, хотя по-прежнему у нее и были хорошие оценки. В дальнейшем все настроилось. Речь идет о своеобразном балансе — выравнивании неестественно измененной функциональной активности полушарий, что, кстати, позволило избавиться от навязчивых опасений и сомнений, преследовавших ее раньше.

В другом случае девочка-левша 9 лет с диагнозом «неврастения, заикание» после серии игровых занятий написала: «Мне впервые за многие годы (а ей всего 9 лет) захотелось прыгать, бегать, кричать. А когда напрыгалась, захотелось лечь, уснуть и ни на что не обращать внимания». Одновременно с этим ухудшилась речь в плане заикания и ослабло болезненно заостренное отношение к оценкам в школе (учится она на «отлично»). Произошло восстановление естественного функционального баланса полушарий, сопровождаемое увеличением активности «блокированного» правого и снижением гипертрофированной активности левого полушария при подчеркивании его еще во многом физиологической (левшество) и возрастной «несвойственности» в виде временного усиления речевых расстройств — заикания. Тогда нами была успешно использована гипнотерапия с целью устранения последствий церебрастенических (левополушарных) расстройств и восстановления функции речи.

Подобные примеры показывают необходимость учета в психотерапии рассмотренных особенностей динамики межполушарных соотношений и последующего укрепления тонуса «я» посредством гипнотерапии.

Вполне достаточна иногда и своевременная консультация, позволяющая самим родителям скорригировать некоторые из сторон отношений с детьми. В этой связи следует сказать о «правополушарном» мальчике 7 лет, посещающем год назад переполненный «нулевой класс», где уже культивировалась гонка за оценками; вместо «дополнительных» игр были назидания, а дневной сон числился только на бумаге, поскольку никто из детей не спал, уставая еще больше от ничегонеделания и вынужденного сдерживания себя. В семье 4 взрослых с высшим техническим образованием болезненно

воспринимают оценки мальчика, заставляют много читать вслух, поскольку у него «не та дикция». Заметим, что у отца с холерическим темпераментом быстрая и напряженно-сбивчивая речь; у матери с флегматическим темпераментом речь, наоборот, медленная, вязкая, обстоятельная, что оттеняет ее тревожно-мнительный характер. Помимо школы, мальчик с нежеланием посещает занятия по английскому языку, и мать собирается переводить его в языковую школу. Пока же его все заставляют неоднократно переписывать уроки, часто обрывают речь, фиксируют запинки и водят к логопеду, который учит говорить медленно, нараспев, природно быстрого, с холерическим темпераментом мальчика. Ухудшение его состояния (повышенная утомляемость, отвлекаемость, головные боли) и сохранение заикания на прежнем уровне заставило родителей обратиться за консультацией. Рекомендации были следующими: 1) обеспечить большую двигательную и эмоциональную разрядку; 2) не ограничивать в разговоре; пусть говорит так, как хочет; не обрывать речь; 3) не заставлять читать вслух, как и принуждать читать большое количество книг; 4) прекратить занятия английским языком, оставить в той же школе; 5) не опекать по мелочам; 6) изменить отношение к оценкам, получаемым в школе; спокойнее реагировать на них; 7) не требовать переписывать уроки; 8) отцу говорить, не торопясь; 9) исключить занятия с логопедом.

Родители последовали этим советам, вместе с чем постепенно улучшилось общее состояние мальчика и прекратилось заикание.

Развитие фазовых состояний при неврозах рассмотрим в связи с динамикой процессов возбуждения и торможения. В отличие от их одностороннего заострения, появление уравнительной фазы означает уменьшение возбудимости и повышение тормозимости. Уравнительная фаза — следствие психической астении, утомления нервных клеток. Причем, с одной стороны, ребенок, будучи инертным, не может быстро включиться, возбудиться, ярко выразить свои чувства, в том числе обиды, досады и гнева, а с другой стороны, не может и затормозиться, сдержать свои чувства, приобретающие все более непроизвольный характер. Характерными признаками уравнительной фазы являются утомление, пресыщение, потеря интереса, отсутствие ярких чувств и переживаний, реагирования на привычные и в то же время запредельные требования взрослых, когда ребенок «не слышит», проявляет упрямство с точки зрения окружающих. Уравнительная фаза характерна прежде всего для клинической картины неврастении.

В следующей, парадоксальной, фазе обнаруживается слабая реакция на сильные, большей частью реальные, раздражители, и, наоборот, слабые, большей частью воображаемые, раздражители или стимулы вызывают сильную, неадекватную реакцию. Объясняется это действием как защитного торможения в условиях избыточной стимуляции и перевозбуждения, так и заострением чувствительности, главным образом за счет развития психической сенсибилизации или идиосинкразии — условно-рефлекторных патологических стереотипов реагирования. Подобная ситуация типична для невроза страха, когда реальные раздражители, опасность оказывают меньшее воздействие, чем вызываемые воображением страхи. В более широком плане парадоксальная фаза характеризуется аффективно заостренным звучанием внутренних ощущений или переживаний беспокойства, тревоги, страха, раздражения, обиды и недовольства, приобретающих определенное саморазвитие и клиническое значение в условиях продолжающегося стресса, невозможности эмоционального отреагирования и конструктивного решения возникающих проблем. Вместо их рациональной переработки в состоянии бодрствования происходит иррациональная переработка во время сновидений, которые вследствие своей аффективной загруженности все более теряют приспособительную, защитную функцию, являясь дополнительным источником психической травматизации.

Выраженность ультрапарадоксальной фазы зависит от развития болезненных функциональных очагов или доминант застойного возбуждения, преимущественно в левом полушарии, при нарастании процесса торможения в правом. Более широко — это процесс диссоциации или дезинтеграции межполушарного взаимодействия, сопровождающийся появлением навязчивых, в первую очередь контрастных, представлений. Одну девочку 13 лет с обсессивным неврозом беспокоили навязчивые мысли о плохих людях как хороших и наоборот. Начало этому было положено в семье, когда тревожно-мнительная и гиперсоциально настроенная мать находилась в постоянном конфликте с подавляющей ее волю бабушкой, что, впрочем, не мешало им вместе негативно относиться к отцу, которого любила дочь и который вынужден был в конце концов уйти из семьи. Нетрудно догадаться, что мать и бабушка оказывают сильное психологическое давление на девочку, большей частью морального и интеллектуального плана, а авторитаризм бабушки находит выражение в бесчисленных запретах на ее спонтанную, эмоционально непосредственную деятельность. К тому же верующая бабушка не

допускает никаких выражений отрицательных чувств у девочки, особенно в первые годы ее жизни, считая их «от беса, лукавого». В этих условиях постепенно уменьшаются непосредственность и эмоциональная активность девочки; она становится все более заторможенной, временами возбужденной, т. е. происходит реактивный процесс торможения ее правого, ведущего полушария (хорошо рисует, занимаясь в изостудии, обладает развитым образным мышлением, эмоциональной чувствительностью и впечатлительностью). Налицо и столкновение (сшибка) чувства долга по отношению к матери и бабушке и чувства любви к отцу как основа, мотивация ее неразрешимого внутреннего конфликта, поскольку она не может отказаться от родителей или испытывать к ним устойчивые недружелюбные и агрессивные чувства. Заторможенное правое и перегруженное, возбужденное левое полушарие создают эффект диссоциации в межполушарных соотношениях с образованием в левом полушарии доминанты навязчивых мыслей из-за вытеснения из правого полушария отрицательно направленных чувств, тревоги и беспокойства. Наряду с левополушарно развитым чувством долга, обязанности, ответственности, что объединяется понятием «совесть», это создает эффект сшибки, поскольку левое полушарие «не пропускает» неприемлемых, отрицательно сфокусированных чувств из правого и вместе с тем не может вследствие своей перегруженности (астении) обеспечить необходимый осознанный, рациональный контроль за ними. В итоге, о хороших людях (оцениваемых с социальной точки зрения левополушарным мышлением) девочка думает плохо, т. е. воспринимает, чувствует их такими (правополушарный, чувственный тип оценки).

О наличии ультрапарадоксальной фазы можно составить впечатление и в тех случаях, когда вместо радости возникает беспокойство, гнев заменяют слезы, новое пугает, а печаль возбуждает, или когда ребенок плачет и смеется одновременно. Ультрапарадоксальная фаза — не всегда только клинический феномен. Нередко она имеет место в 2 года — в периоде так называемого «упрямства», когда ребенок выполняет требования взрослых «наоборот»: вместо того, чтобы поднять, — бросает, одевается, когда ему говорят, что не надо, т. е. все делает подчеркнуто по-своему, так, как хочется. Здесь явное столкновение (сшибка) между отрицательным восприятием чрезмерных, в чем-то запредельных, требований взрослых, ограничивающих спонтанное выражение чувств и не позволяющих отреагировать те эмоции, которые ребенок еще не считает отрицательными (эффект блокировки или торможения правого полушария), и формирующимся чувством «я», осознанием себя (что можно расценить как преимущественно левополушарный феномен). Негативизм не выражен в тех случаях, когда родители учитывают природную эмоциональную активность детей, дают возможность в спонтанной игре или самостоятельном времяпрепровождении выразить чувства возбуждения, гнева и плача и вместе с тем не препятствуют их желанию быть собой.

Изменение нервно-психической реактивности и приспособительных функций организма происходит в условиях функциональных расстройств тонуса коры и нарушений корково-подкорковых соотношений, в том числе влияния со стороны таламуса (чувствительность), гипоталамуса (вегетососудистая регуляция) и ретикулярной формации (энергетический потенциал). Анализ этих соотношений не входит в нашу задачу. Главное — все эти изменения опосредованы длительным стрессом, создающим нервно-психическое напряжение с функциональными расстройствами корково-подкорковых соотношений и межполушарного взаимодействия в целом. Здесь многое зависит от конституциональных особенностей и преморбидных характеристик личности, облегчающих или затрудняющих появление психогенно обусловленных невротических расстройств, а также исходной дефицитарности определенных систем организма, которые, как места его наименьшего сопротивления, в первую очередь подвергаются стрессовым воздействиям, точнее их нервно-соматическим и эндокринно опосредованным последствиям.

Завершающей стадией рассматриваемых патофизиологических изменений будет появление развернутой клинической картины невротического заболевания. С системных позиций клиника неврозов — это реактивно происходящий процесс изменения постоянства психической и нервно-соматической среды организма, возникновения относительно устойчивых патодинамических структур, нарушения произвольной регуляции поведения и развития невротических симптомов. Клиника неврозов тесно связана с ослаблением защитных сил организма, снижением его тонуса, реактивности, отсутствием эффективной психической саморегуляции наряду с изменением самочувствия и восприятия себя. Происходящие невротические, большей частью непроизвольные, не управляемые волей, сознательным контролем, изменения нарушают адаптацию к окружающей среде, что вместе служит источником дополнительных и опять же неразрешимых переживаний для детей, все более отличающихся своим поведением от сверстников. Нарастающие затруднения в реализации своих

возможностей, утверждении себя, раскрытии творческого потенциала являются основой специфических изменений личности при неврозах, тем более выраженных, чем длительнее течение невроза и тяжесть неблагоприятно сложившейся жизненной ситуации в целом.

В обобщенном виде патогенез неврозов у детей и подростков можно представить следующим образом (рис. 1).

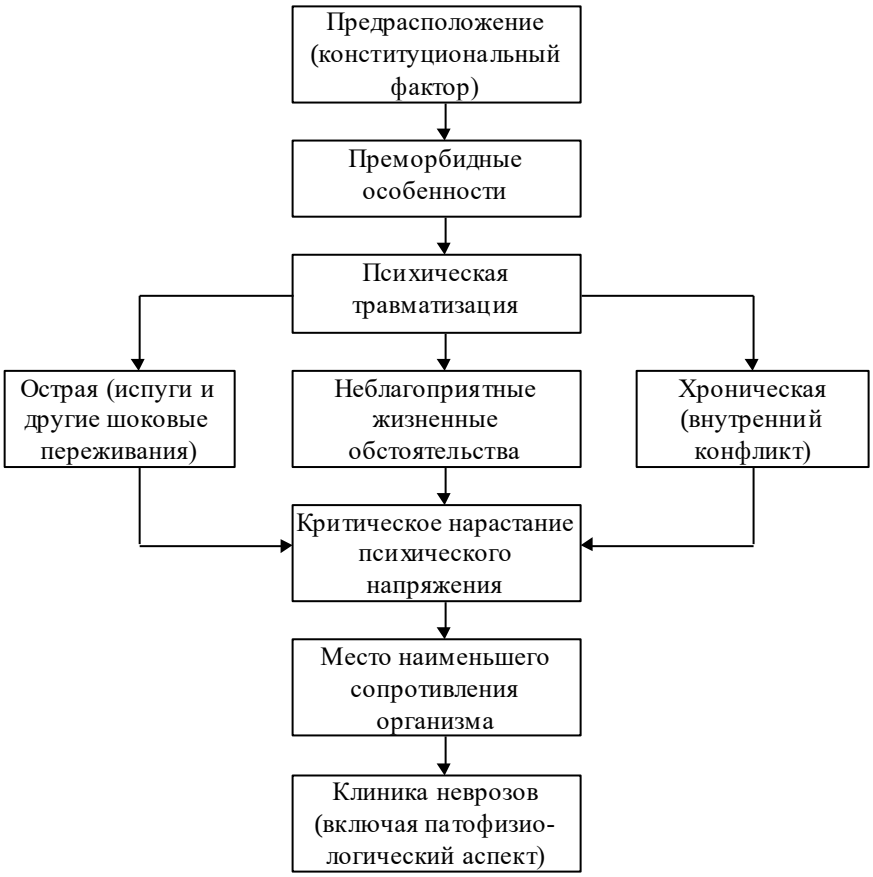

Рис. 1. Патогенез неврозов у детей и подростков

Изменения личности

В результате длительного течения неврозов они могут быть сгруппированы следующим образом: 1) снижение общей продуктивности и активности за счет нарастания астенических расстройств и пораженческих настроений; 2) увеличение беспокойства и тревожности, появление аффективной настороженности и защитно-избегающего эгоцентрического типа поведения; 3) эмоционально-депримированный фон настроения; 4) развитие неуверенности в себе и затруднений в прогнозировании событий; 5) зависимость от других в общении вследствие аффективно-заостренного ожидания повышенного внимания к себе, сочувствия и поддержки; 6) субъективизм в оценках при реактивно обусловленной негибкости мышления и его иррациональной переработке; 7) непоследовательность и противоречивость в поступках.

При невозможности разрешения травмирующей жизненной ситуации и отсутствии своевременного, патогенетически обоснованного психотерапевтического вмешательства дети с неврозами все более не выдерживают, декомпенсируясь при этом на: 1) ожидании; 2) неизвестности, неопределенности; 3) длительном нервно-психическом напряжении, особенно в ситуации повышенной ответственности; 4) замечаниях, порицаниях и угрозах в свой адрес (эффект сенсибилизации в виде обидчивости и ранимости); 5) неудачах в общении и выполнении значимой деятельности; 6) потере или уменьшении любви, признания и поддержки; 7) чувстве одиночества как угрозы социально-психологической изоляции вследствие возрастающих нарушений в области межличностных отношений.

Детям с неврозами не только трудно быть собой, но и устанавливать ровные, непосредственные отношения, когда они становятся или излишне зависимыми, подчиняемыми, внушаемыми, или

пытаются играть ведущие роли, что вступает в противоречие с их уже во многом измененными возможностями и способностями. Трудным является начало любой, особенно ответственной деятельности, устойчивость и последовательность в ее реализации, как и усидчивость, терпеливость, внимательность. Большое количество компенсаторно или реактивно обусловленных желаний вступает в противоречие с все более ухудшающейся приспособляемостью к требованиям жизни, ее трудностям и проблемам, что создает феномен невротического идеализма. В свою очередь, трудность адаптации, неумение дружить, эгоцентрическая фиксация на переживаниях формируют феномен невротического «ухода в себя» или индивидуализма. Все это позволяет говорить об увеличивающемся разрыве между высокими идеалами, жизненными целями и неспособностью претворить их в жизнь, как и защитить себя, отстоять свое мнение, особенно при наличии какой-либо угрозы извне. Отражением невротических изменений личности будет постоянное чувство неудовлетворенности и недовольства собой, своего рода кризис самосознания, трансформирующийся в подростковом возрасте в ощущение своей никчемности и потери смысла жизни, краха ее ценностей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В методологическом аспекте проблема неврозов включает такие разделы, как: этиология, анамнез, состоящий из анамнеза жизни и истории заболевания, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение и профилактика. В данной монографии рассмотрены три первых, менее полно освещенных в литературе, раздела, своего рода пропедевтика неврозов. Данные об этиологии существенно расширены за счет конкретизации роли семейного фактора в происхождении неврозов; анамнез дополнен динамикой формирования личности, а патогенез изучен с позиций единства психологических, клинических и физиологических факторов. В свою очередь, этиология и анамнез, рассматриваемые в их неразрывной взаимосвязи,— это генезис неврозов, позволяющий содержательнее осветить наиболее сложный раздел их патогенеза. Последний построен подобно изложению других данных, прежде всего в плане раскрытия общих закономерностей, характерных для развития неврозов в целом. Системный подход позволил выделить ряд специфических особенностей преморбида личности родителей и семейных отношений, образующих единую концептуальную модель неврозов у детей и подростков.

Неврозы в детском возрасте — отражение клинических, личностных и социально-психологических проблем, возникающих у взрослых, ставших родителями в трудный для себя период жизни слишком рано или поздно, оказавшись неподготовленными к этой роли, инфантильно-незрелыми или чрезмерно амбициозными, впрессовывающими психическое развитие детей в прокрустово ложе своих честолюбивых планов и надежд. Нельзя сбрасывать со счетов отражение в развитии детей личностных проблем родителей, обусловленных ускорением темпа современной жизни, ее урбанизацией и технократизацией, наряду с постоянно повышающейся ответственностью и жесткостью социальных ролевых предписаний, усложнением и обезличенностью межличностных отношений, неблагоприятными тенденциями в социально-психологической динамике развития семьи: снижением ее стабильности, рождаемости при одностороннем доминировании матери, ее чрезмерной загруженности и невротизации. Небезразличны для психического развития детей и недостаток нравственно-этических начал в отношениях окружающих взрослых, психопатическое прорастание личности у некоторых современных женщин, низкая социально-психологическая культура общения, отсутствие доступной, эффективной и своевременной психологической и психотерапевтической помощи.

Истоки многих родительских проблем в настоящем находятся в прародительской семье, в тех особенностях отношений и воспитания, которые оказали неблагоприятное воздействие на формирование характера и личности родителей и осложнили их последующие отношения в браке. Из личностных особенностей выделяются авторитарные черты у бабушки по материнской линии вместе с гиперсоциальной направленностью личности и высокой тревожностью. Одностороннее воспитание с ее стороны и диктат в семье приходят в контраст с большей похожестью дочерей на отца, роль в семье которого явно недостаточна, как и эмоциональный контакт с детьми. У будущего супруга подчеркнута невротическая зависимость от матери в детстве и в последующие годы при недостаточном влиянии или отсутствии отца в семье. В результате мы видим избыточность женского влияния в противовес недостаточности мужского, а также невротическое взаимодополнение в браке, когда супруг проецирует

свою привязанность к матери на супругу, а последняя выполняет в отношениях с ним нереализованную любовь к отцу. Подобные невротические заостренные ожидания вступают в противоречие с реальным контрастом темперамента и характера супругов, создавая исходную диспозицию в их отношениях. Более отчетливо она начинает звучать после рождения ребенка, воспитание которого становится главным источником семейных разногласий. И, помимо них, психологические стрессы, испытываемые родителями, означают кризисы их личностного самосознания, попытки найти себя и утвердить свое место в жизни, особенно ярко проявляемые в возрастном интервале 35—40 лет. Конфликты в семье и психологические кризисы являются существенными источниками нарастания психического напряжения у родителей, заострения неблагоприятных черт характера и невротизации, по крайней мере одного из них, обычно матери, испытывающей высокую нагрузку от совмещения семейных и профессиональных ролей. Таким образом, мы имеем дело с исходной психологической и клинической отягощенностью в семье в виде неблагоприятных личностных особенностей родителей, конфликтной структуры отношений и невротического заболевания у одного из них. В большей степени это касается матерей, страдающих неврозами, личностно более измененных и считающих отношения в семье конфликтными. Во всех случаях родители психопатологически изменены больше, чем дети, что вместе с неблагоприятно сложившимися отношениями в семье отрицательно отражается на воспитании и формировании их личности. Устойчивые разногласия между родителями означают отсутствие способности стабилизировать эмоциональное состояние друг друга, что способствует возникновению, в первую очередь у матери, сначала чувства, а потом и страха одиночества. Наряду с ее невротическим состоянием, это создает в отношениях с детьми три характерных феномена: постоянного беспокойства по типу протопатической, инстинктивно заостренной тревоги или предчувствия, что с ними обязательно что-то должно случиться; избыточной, переходящей возрастные потребности опеки; стремления образовать с детьми эмоционально обособленную диаду в семье. В свою очередь, чем больше беспокойство и опека со стороны матери, тем более выражено противостояние со стороны отца, нередко использующего контрастно другую, жесткую тактику в отношениях с детьми или же сознательно не принимающего участия в воспитании. Бели родители основную часть своей энергии тратят на выяснение отношений друг с другом, то крайности непосредственного обращения с детьми могут быть не столь велики и не сопровождаться конфликтом с ними. В противоположной ситуации перехода конфликта на отношения с детьми их психическое развитие находится еще в большей опасности, так как они не могут защитить себя, да и к тому же родители непримиримо воспринимают у детей отрицательные, с их точки зрения, черты характера друг друга. Тогда аффективным фокусом низкой психологической (характерологической) совместимости родителей является ребенок, положение которого особенно неблагоприятно при его предшествующей нежеланности, несоответствии пола ожидаемому родителями и наличии в семье более благополучного во многих отношениях брата или сестры. Неблагоприятной для формирования личности детей будет также типичная для изученных семей ситуация инверсии родительских ролей, когда бабушка замещает мать, которая, в свою очередь, играет роль отца, а последний оказывается «лишним» в семье, нередко уходя из нее. Более травмирующе подобная ситуация действует на мальчиков, остающихся без защиты отца, лишенных адекватных полу моделей поведения и испытывающих как чрезмерную опеку, так и неприятие в семье общих с отцами черт темперамента и характера. Тогда они особенно подвержены страхам и неуверены в себе, как это произошло с одним 3-летним мальчиком, просыпающимся ночью с леденящим душу криком: «Летит, летит». Наше предположение о том, что он видит во сне Бабу Ягу, подтвердилось, найдя отражение в соответствующем рисунке. Данный сказочный образ непроизвольно ассоциируется с угрозой разлуки с матерью, поскольку мальчик посещает с ясельного возраста круглосуточную группу, не остается один, панически боится темноты, т. е. обнаруживает возрастные, но усиленные семейной ситуацией страхи. В то же время властная, возбудимая мать, обладающая «громким голосом», грубо и «издергивающе» относится к сыну, физически наказывая его за упрямство, а по существу — за его общую с отцом подвижность и стремление быть самим собой. Вся проблема в том, что у него нет «защитника, который справился бы с Бабой Ягой», как нет отца, изгнанного из семьи по настоянию бабушки. Как и в других случаях, мать едва бы решилась на развод, если бы не слепая поддержка ее родителей, скорее исходящих из своих односторонних установок, чем из бескорыстной любви и заботы к внуку. Мы воспроизвели ночной ужас в игре, где сын без обиняков сделал мать Бабой Ягой, а сам стал «защитником» себя. Когда после игры мы среди прочих советов дали рекомендацию матери избегать физических наказаний, она восприняла ее негативно, сказав: «Да как же иначе, ведь из него может вырасти преступник!». Это подчеркивает, как беспокойство матери может уживаться с ее

паранойяльными установками — подозрительностью и предубеждением в отношении психического развития сына, являющегося для нее нечто вроде «козла отпущения», «вещью всегда под рукой», на которой можно постоянно вымещать свое настроение и агрессивные, недружелюбные чувства к бывшему мужу. Эти женщины способны воспитывать не будущих мужчин, а робких, боязливых и неуверенных в себе существ, не имеющих своего мнения, чрезмерно зависимых и внутренне неустойчивых, конфликтных.

Не всегда о воспитании детей с неврозами можно говорить, как о «неправильном»; достаточно часто оно носит «излишне правильный» характер. Это случаи гиперсоциальной направленности личности у родителей, в первую очередь у матерей, сопровождающейся чрезмерной требовательностью и принципиальностью в отношениях с детьми, неприятием их непосредственности и эмоциональности, т. е. всем тем, что обозначается нами как комплекс Царевны Несмеяны. Эти же «левополушарно ориентированные родители» негибки в обращении с детьми, чрезмерно интенсифицируют и ускоряют их интеллектуальные возможности, проявляя одновременно много запретов и моральных предписаний. Подобное отношение часто встречается у родителей из группы ИТР, излишне рациональных и рассудочных, мыслящих, скорее, схемами и штампами, чем чувствами и образами. Эти матери меньшее значение придают эмоциональным аспектам во взаимоотношениях с детьми, охране их внутренней, психической среды, зато непомерно большое — вопросам престижа и карьеры, успеху любой ценой. Сравнявшись не всегда лучшим образом с мужчинами в овладении инженерной профессией, эти матери потеряли многие из своих изначально присущих качеств, не найдя взамен то, что могло бы быть душевным, теплым, непосредственным и отзывчивым началом в отношениях с детьми, без чего их развитие не может быть полноценным и гармоничным. В итоге, можно сказать, что у детей с неврозами «исчезает детство», отнятое взрослыми, которым в детстве не довелось испытать самим счастье быть детьми.

Неблагоприятная жизненная ситуация, в которой происходит формирование личности детей, несоответствие отношения родителей психофизиологическим возможностям и личностным особенностям, как и стечение психотравмирующих жизненных обстоятельств в целом, является источником постоянного психического напряжения, переживаний неразрешимого конфликта, стрессовым фактором в психическом развитии. Тем более, что последнее и само по себе отличается определенным своеобразием, возрастной неустойчивостью темперамента, правополушарной дифференциацией, конституционально обусловленной ослабленностью некоторых систем организма.

Психическая травматизация и блокирование эмоций — два фактора, патологически возбуждающих и одновременно тормозящих активность ведущего, правого, полушария, что дополняется «левосторонним», рационально перегружающим левое полушарие воспитанием. Тогда отрицательные эмоции, в том числе беспокойство и страхи, продуцируемые правым полушарием, при отсутствии возможности их отреагирования перерабатываются в левом в тревогу, навязчивые опасения и сомнения, т. е. в тревожно-мнительный тип реагирования. Последующий депрессивный сдвиг настроения у детей с неврозами — результат нарастающего торможения правого полушария с гипертрофированной, измененной активностью левого, что объясняет развитие болезненно заостренной совестливости, принципиальности, чувства долга, обязанности и трудности компромиссов, наряду с появлением тревожной мнительности и тормозимых черт в характере.

Каждый возраст по-своему чувствителен к некоторым сторонам отношения родителей. Так, в преддошкольном возрасте особой психотравмирующей значимостью обладает разлука с матерью, препятствующая формированию адекватного чувства привязанности и связанная прежде всего с помещением в ясли. В этом же возрасте патогенно значима борьба с темпераментом и упрямством детей, формирующимся чувством «я». В младшем дошкольном возрасте особой уязвимостью обладает чувство любви и эмоциональное развитие в целом, легко повреждаемые в ситуации семейного конфликта, появления сибса, чрезмерной строгости и принципиальности в обращении с детьми. Пик потребности в любви у 4-летних детей часто не совпадает с ответным чувством любви у матери, запаздывающей с его проявлением.

Если до 5 лет наиболее повреждаемыми психическими структурами будут активно развивающиеся в этом возрасте эмоции и темперамент, то в последующем на первый план выходит личность при сохранении возможности неблагоприятного воздействия на характер.

В старшем дошкольном возрасте (5—7 лет) травмирующе действуют уход отца из семьи (для мальчиков); отсутствие адекватной модели идентификации с родителем того же пола, опять же чаще у мальчиков, что осложняет их взаимодействие со сверстниками; изоляция от общения с ними

посредством навязываемого контакта со взрослыми; чрезмерная опека и тревога родителей, усиливающие возрастные страхи у детей, подрывающие их уверенность в себе.

В младшем школьном возрасте повышенная чувствительность будет в отношении школьных успехов, интеллектуальной нагрузки, чувства ответственности, которое не может оправдать ребенок. В подростковом возрасте чувствительными зонами будут такие личностные характеристики, как самосознание и самоуважение, психическая интеграция, интересы и увлечения.

В итоге, преобладающими патогенными сторонами отношения родителей в дошкольном возрасте детей являются недостаточная эмоциональная отзывчивость, блокирование эмоций, чувства «я» и темперамента, излишне ранняя социализация и чрезмерный уровень моральных ограничений и запретов. В школьном возрасте большее значение приобретают недоверие к возможностям детей, избыток контроля за уроками, интеллектуальный прессинг и предвзятость в оценках.

Появление в этих условиях травмирующего жизненного опыта и нервно-психического напряжения становится особенно заметным при отсутствии возможности своевременного отреагирования детьми отрицательных эмоций и наличия неограниченных подобных возможностей у родителей. Здесь срабатывает эффект «парового котла», взрывающегося рано или поздно при неуклонном повышении давления и отсутствии клапана для его уменьшения. Подобным критическим значением «последней капли», «толчка», «срыва ВНД» в классическом понимании обладает остро действующая психическая травма, декомпенсирующая уже ослабленные силы организма, еще больше изменяющая его реактивность. Вместе с предшествующим высоким уровнем нервно-психического напряжения это приводит к психогенному заболеванию формирующейся личности — неврозу. Длительности его течения способствуют неадекватная реакция со стороны родителей не способных понять истоки заболевания и перестроить свои ригидно застывшие отношения, а также заостренная личностная реакция детей в ответ на прогрессирующие затруднения в осуществлении значимых целей. Тогда жизнь для детей с неврозом может представлять сплошную драму со все более трагическим финалом, где нет антрактов и где единственно «чуткими» зрителями являются они сами. Аффективно заостренные личностные проблемы при неврозах — это проблемы поиска своего «я», своего лица и места в жизни. Неразрешимость этих попыток порождает с возрастом постоянное чувство неудовлетворенности собой и беспокойство, нередко переходящие в пессимизм, отчаяние, состояние безысходности и психологического надлома, неверия в свои силы. Отражение этого мы видим у взрослых, не выдерживающих жизненные трудности и легко устающих, не приспособленных в браке и часто разочаровывающихся, остающихся в душе капризным, своевольным, ранимым, обидчивым боязливым и не способным постоять за себя ребенком.

К настоящему времени диагностика неврозов у детей явно несовершенна и нуждается в своем совершенствовании, если мы хотим не на словах, а на деле претворить в жизнь лозунг: «Здоровье человека закладывается в детстве». Одни специалисты относят к неврозам все клинические формы психомоторных нарушений: тики, заикание, энурез, что в корне неверно. Другие зачисляют их в неврозоподобные расстройства, что также не всегда соответствует действительности. Истина где-то посредине, но, чтобы установить ее и правильно диагностировать неврозы в целом, в том числе осложненные психомоторными нарушениями, требуются специальная, психоневрологическая квалификация врачей и особые условия приема. Психоневрологическая квалификация включает психиатрическую, неврологическую, психологическую и психотерапевтическую подготовку, а также стажировку в течение года в одном из практических учреждений. Особые условия — это направленный прием больных с неврозами, отсеваемых с общего приема или направляемых другими специалистами. Соответственно, этим больным должно быть выделено в один из дней большее время, так как необходимо достаточно подробно опросить родителей и использовать психологические приемы диагностики. Соответственно, к имеющимся врачебным специальностям следует добавить и специальность детского врача-психоневролога с предоставлением ему права работы в поликлиниках, больницах и санаториях из расчета минимум 1 врач в амбулаторной и 1 врач в больничной сети на 300 тысяч детского и взрослого населения. Следует пойти и на создание специализированных психотерапевтических центров по лечению неврозов у детей в больших городах из расчета минимум 3—4 врача и 1 психолог на миллион жителей. Создание направленной психоневрологической службы и профильных лечебно-диагностических центров даст возможность получения более достоверной статистической информации о неврозах, организовать своевременное лечение и разгрузить приемы невропатологов и психиатров, обеспечив их адекватную направленность. Относительно небольшие затраты будут возмещены, поскольку психотерапия как ведущий метод лечения неврозов позволяет

купировать их длительное, многолетнее течение и предотвратить как неблагоприятные изменения характера и личности у подростков, так и невротизацию взрослых. Своевременная психотерапия позволяет также уменьшить несоразмеримо большие затраты на оплату родителям больничных листов и пропуски работы по справкам — уходу за часто болеющими соматическими заболеваниями детьми с неврозами. Так, наши данные показывают значительное (в 2—3 раза) уменьшение заболеваемости детей с неврозами после прохождения курса психотерапии (дополненной медикаментозной терапией). Посредством семейно ориентированной психотерапии удается предотвратить кризисные ситуации в супружеских и родительских отношениях и этим избежать развода, угроза которого достаточно часто встречается в рассматриваемых семьях. Не следует забывать и о том, что появление второго ребенка в семье, если первый длительно болеет неврозом, — маловероятно, так как родители опасаются повторения нервно-психической патологии. Наоборот, при своевременном и эффективном лечении первенца увеличивается вероятность, как показывают наши наблюдения, рождения вторых детей.

Актуальной и не терпящей отлагательства является разработка общесоюзной Программы психического здоровья детей, где был бы намечен конкретный ряд мероприятий по ранней профилактике, диагностике и лечению неврозов. Необходимо усилить на современном этапе и патронаж неблагополучных семей, помощь семьям с детьми до 3 лет за счет резкого сокращения числа яслей, как и психопрофилактическую работу с будущими родителями. Начинать ее следует в школе в рамках курса «Этика и психология семейной жизни». Создание психоневрологической службы необходимо подкрепить увеличением активности санитарно-просветительной работы с привлечением средств массовой информации, выпуском профильного журнала и большего количества книг по данной теме.

Приложение. ШКАЛА НЕВРОТИЗАЦИИ

Можно ли сказать, что Вы...

1) легко устаете;

2) легко раздражаетесь;

3) (у Вас) часто меняется настроение;

4) часто находитесь в состоянии беспокойства;

5) (у Вас) часто болит голова в результате напряжения и утомления;

6) (у Вас) во время напряжений и волнений бывают спазмы, боли в горле, покраснения, ознобы, повышение давления;

7) плохо засыпаете, спите, просыпаетесь ночью, неважно чувствуете себя утром;

8) (у Вас) наблюдается ощутимое понижение половой потребности или способности;

9) (у Вас) большей частью неважное физическое самочувствие;

10) не удовлетворены взаимоотношениями с ребенком;

11) не удовлетворены взаимоотношениями с мужем (женой);

12) не удовлетворены отношениями на работе;

13) (Ваша) энергия часто не находит выхода;

14) могли бы быть намного активнее, чем Вы есть;

15) (Вам) приходится часто сдерживать себя;

16) испытываете трудности в выражении своих чувств;

17) (Вам) трудно собраться с мыслями и Вы легко теряетесь;

18) (Вам) трудно настоять на своем;

19) часто сомневаетесь в правильности своих решений;

20) недостаточно уверены в себе;

21) (Вам) крайне трудно ждать;

22) (у Вас) встречаются страхи или навязчивые, неотступные и неприятные мысли, от которых Вы хотели бы, но не можете избавиться.

23) (с Вами) в настоящем происходит больше плохого, чем хорошего;

24) (у Вас) часто бывает плохое, пониженное настроение;

25) нередко чувствуете себя внутренне одинокой(им);

26) (Вам) труднее, чем другим, наладить контакты с людьми;

27) собой неудовлетворены;

28) что внутри Вас есть нечто такое, что постоянно не дает покоя;

29) испытываете состояние внутреннего напряжения, от которого не можете полностью избавиться;

30) поставлены перед выбором, который не можете сделать;

31) что внутри Вас есть нечто такое, что мешает реализации Ваших планов;

32) страдаете от того, что не можете примириться с некоторыми Вашими желаниями;

33) (Вас) гнетет состояние неопределенности, в котором Вы находитесь;

34) что в детском и подростковом возрасте у Вас не все было благополучно с нервной системой;

35) находите свое состояние в настоящем не совсем естественным, в какой-то мере болезненным и хотели бы избавиться от него.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ МЕТОДИКИ

Обследование детей

Игра в кегли
Интервью
Рисование как метод психологической диагностики
Вопросник Айзенка (подростковый вариант)
Вопросник Кеттела (подростковый вариант)
Методика Розенцвейга (детский вариант)
Методика измерения интеллекта — WISK
Тематический апперцепционный тест — TAT
Вопросник магического настроя
Вопросник невротического типа реагирования
Проба «писк комара»
Методика определения внушаемости
Вопросник проблемных ситуаций во взаимоотношениях с детьми

Обследование родителей

Вопросник Айзенка
Миннесотский многомерный личностный перечень - MMPI
Вопросник Кеттела (формы А и С)
Методика Розенцвейга
Методика Люшера
Методика незаконченных предложений
Вопросник Лири
Вопросник PARI
Методика измерения интеллекта — WAIS
Вопросник развития детей первых лет жизни
Шкала невротизации
Вопросник магического настроя
Вопросник авторитарных предложений
Вопросник «Пословицы»
Вопросник оценки родителями характера и поведения детей
Гомеостат

ЛИТЕРАТУРА

Антонов А. И. Социология рождаемости.— М., 1980.

Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова М. А. Психическая травма.— В кн.: Руководство по психотерапии. 2-е изд. Ташкент, 1979. С. 24-43.

Бодалев А. А. Восприятие и понимание человека человеком.— М., 1982.

Бодалев А. А. Личность и общение.— М., 1983.

Бойко В. В. Рождаемость. Социально-психологические аспекты.— М., 1985.

Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А. Функциональные асимметрии человека.- М., 1981.

Булахова Л. А. К особенностям невроза навязчивости на органическом фоне у подростков.— В кн.: Неврозы у детей и подростков: Тезисы докладов. М., 1986. С. 28—29.

Буянов М. И. Недержание мочи и кала.— М., 1985.

Буянов М. И. Беседы о детской психиатрии.— М., 1986.

Буянов М. И. О динамике пограничных психоневрологических расстройств.— В кн.: Неврозы у детей и подростков: Тезисы докладов. М., 1986. С. 30-34.

Вайзман Н. П. Об эпидемиологии невротических нарушений у школьников.— В кн.: Неврозы у детей и подростков: Тезисы докладов. М., 1986, С. 34-36.

Вейн А. М., Соловьева А. Д., Колосова О. А Вегетососудистая дистония.— М., 1981.

Гарбузов В. И. Особенности психотерапии в семье с единственным ребенком, страдающим неврозом.— В кн.: Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1978. С. 87-93.

Гарбузов В. И. К проблеме этиопатогенеза неврозов у детей.— В кн.: Неврозы у детей и подростков: Тезисы докладов. М., 1986. С. 39-41.

Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н. Неврозы у детей и их лечение.- Л., 1977.

Геодакян Б. А. Дифференциация полов как специализация по количественным и качественным аспектам воспроизводства.— В кн.: Философские проблемы биологии.— М., 1965, с. 39—42.

Гиляровский В. А Узловые моменты в проблеме неврозов.— Сов. невропатол., психиатр, и психогиг., 1934, вып. 2—3, с. 74—86.

Гильяшева И. Н. Интеллект и личность при неврозах.— В кн.: Исследование личности в клинике и экстремальных условиях. Л., 1969. С. 151-165.

Гильяшева И. Н. Вопросники как метод исследования личности.— В кн.: Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983. С. 62-81.

Гольбин А. Ц. Патологический сон у детей.— Л., 1979.

Губачев Ю. М., Стабровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений.— Л., 1981.

Захаров А. И. К изучению роли аномалий семейного воспитания в патогенезе неврозов детского возраста.— В кн.: Неврозы и пограничные состояния. Л., 1972. С. 53—55.

Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков.—Л., 1982.

Захаров А. И. Как преодолеть страхи у детей.— М., 1986.

Захаров А. И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка.— М., 1986.

Иогихес М. И. Неврозы в детском возрасте.— М.; Л, 1929.

Исаев Д. Н. Психопрофилактика в практике педиатра.— Л., 1984.

Исаев Д. Н., Каган В. Е. Психогигиена пола у детей.— Л., 1986.

Кабанов М. М. Изменение теоретической перспективы психиатрии.— В кн.: Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии. Л., 1979. С. 5—14.

Каган В. Е. Аутизм у детей.— Л., 1981.

Каган В. Е. Психогенные формы школьной дезадаптации.— Вопр. психол., 1984, вып. 4. С. 89—95.

Карвасарский Б. Д. Неврозы.— М., 1980.

Карвасарский Б. Д. Медицинская психология.— Л., 1982.

Карвасарский Б. Д., Иовлев Б. В. О значении экспериментально-психологических методов исследования личности для клиники неврозов.— В кн.: Клинико-психологические исследования личности. Л., 1971, с. 43—47.

Карвасарский Б. Д. Психотерапия.— Л., 1985.

Кириченко Е. И. Возрастные аспекты формирования психогенных заболеваний у детей раннего возраста.— В кн.: Неврозы у детей и подростков. Тезисы докладов. М., 1986. С. 86—88.

Кириченко Е. И., Журба Л. Т. Клинико-патогенетическая дифференциация форм невропатии у детей раннего возраста.— В кн.: 4-й Симпозиум детских психиатров соц. стран. М., 1976, с. 223-227.

Кириченко Е. И., Шевченко Ю. С., Бобылева Г. И. Психологическая структура реактивных депрессий у детей раннего возраста.— Журн. невропатол. и психиатр., 1986, вып. 10. С. 1555—1560.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.— М., 1979.

Ковалев В. В. Психический дизонтогенез как Клинико-патогенетическая проблема психиатрии

детского возраста.— Журн. невропатол. и психиатр., 1981, вып. 10. С. 1505—1509.

Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков.— М., 1985.

Козлов В. П. Психогигиенические аспекты воспитания детей и подростков.— В кн.: Психогигиена и психопрофилактика. Л., 1983. С. 13—17.

Козловская Г. В., Лебедев С. В. Роль возрастного фактора в динамике синдромологической структуры пограничных психических заболеваний у детей.— Журн. невропатол. и психиатр., 1981, вып. 10. С. 1527-1531.

Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф. Роль фактора среды и индивидуальной реактивности в возникновении и клинике пограничных нервно-психических расстройств детского возраста.—В кн.: Психогигиена детей и подростков. М., 1985. С. 66—91.

Лебедев С. В., Козловская Г. В. О совершенствовании организационных форм профилактики неврозов у детей (по данным эпидемиологического обследования).—В кн.: Всесоюзная конференция по организации психиатрической и неврологической помощи детям. М., 1980. С. 24—26.

Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей,—М., 1985.

Либих С. С. Психотерапия и психология.— В кн.: Руководство по психотерапии. 3-е изд. Ташкент, 1985. С. 45-64.

Личко А. Е. Психология отношений как теоретическая концепция в медицинской психологии и психотерапии.— Журн. невропатол. и психиатр., 1977, вып. 12. С. 1833-1838.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.— Л., 1983.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия.—Л., 1985.

Манова-Томова В. С., Пиръов Г. Д., Пенушлиева Р. Д. Психологическая реабилитация при нарушениях поведения в детском возрасте.—София, 1981.

Мягер В. К. Диэнцефальные нарушения и неврозы.— Л., 1976.

Мясищев В. Н. К вопросу о патогенезе неврозов.— Журн. невропатол. и психиатр., 1955, вып. 7. С. 486—494.

Мясищев В. Н. Личность и неврозы.— Л., 1960.

Мясищев В. Н., Карвасарский Б. Д. Некоторые теоретические и практические выводы из изучения 1000 больных отделения неврозов.— Журн. невропатол. и психиатр., 1967, вып. 6. С. 897—900.

Немчин Т. А. Клинические особенности страха при неврозах.— В кн.: Вопросы психиатрии и невропатологии. Л., 1965. С. 209—217.

Немчин Т. А. Состояния нервно-психического напряжения.— Л., 1983.

Обозов Н. Н. Межличностные отношения,— Л., 1979.

Пивоварова Г. Н. Затяжные реактивные состояния у детей и подростков.— М., 1982.

Платонов К. К. Значение структурного понимания личности для психотерапии и психоневрологии.— В кн.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968. С. 43—44.

Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова.— М., 1974.

Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства.— Л., 1987.

Симерницкая Э. Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе.- М., 1985.

Симеон Т. П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение.— М., 1958.

Соколов Л. В. Динамика психоневрологических нарушений у детей в процессе адаптации к детскому дошкольному учреждению.— Сб. научн. трудов Волгоградского мед. ин-та, 1985, №2. С. 102-103.

Сталин В. В. Психологические основы семейной терапии.— Вопр. психол., 1982, вып. 4. С. 109-115.

Сталин В. В. Самосознание личности.— М., 1983.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 2.- М., 1959.

Сысенко В. А. Устойчивость брака. Проблемы, факторы, условия.— М., 1981.

Сысенко В. А. Супружеские конфликты.— М., 1983.

Ташлыков В. А. Клинико-психологическое исследование «внутренней картины болезни» при неврозах в процессе их психотерапии.— Журн. невропатол и психиатр., 1981, вып. 11. С. 1704—1708.

Харчев А. Г., Мацковский М. С. Современная семья и ее проблемы.— М., 1978.

Христозов Х., Ачкова М., Шойлекова М., Стамболова С. Роль факторов предрасположения к

неврозам в детском возрасте.— В кн.: 4-й Симпозиум детских психиатров соц. стран. М., 1976. С. 90—94.

Adler A. Uber Den Nervosen charakter.— Munchen, 1928.

Almqnist F. Sex differences in adolescent psychopatology.— Acta psychiatr. Scand., 1986, vol. 73, N 3. P. 295-306.

BamberJ. H. The fears of adolescents.— London; New York; San Francisco, 1979.

Bowlby J. Separation: anxiety and anger.— London, 1973.

Debray Q. Genetique et psychiatric.— Paris, 1972.

(Freud S). *Фрейд З.* Основные психологические теории в психоанализе/ Пер. с нем.— М.; Пг., 1923.

Freud S. Inhibition, symptome, angoisse.— Paris, 1926.

Freud A. The Ego and the mechanisms of defense.— London, 1936.

Horney K. Neurotic personality of our time.— N. Y., 1937.

Horney K. Our inner conflicts.— N. Y., 1945.

Horney K. Neurosis and Human Growth.— N. Y., 1950.

(Hug-Helmuth H.) *Гуг-Гельмут Г.* Новые пути к познанию детского возраста/Пер, с нем.— Л., 1926.

(Jakubik A.) *Якубик А.* Истерия.— М., 1982.

Jung C. G. Психологические типы.— М., (год не указан).

Klein M. Development de la psychanalyse.— Paris, 1966.

(Langmeier J., Matejcek Z.) *Лангмейер И., Матейчек З.* Психическая депривация в детском возрасте.— Прага, 1984.

Leonhard K. Kindernevrosen und Kinderpersonlichkeiten.— Berlin, 1965.

Levy D. M. Maternal overprotection.— N. Y., 1943.

Miner G. D. The evidence for genetic components in the neuroses.— Arch. gen. Psychiat., 1973, N1. P. 111-118.

Mussen P. H., Conger J. J., Kagan J. Child development and personality.— New York: Evanston a. London, 1969.

Noyes R., Clancy J., Grows R., Hoecik V. The familial prevalence of anxiety neurosis.—Arch. gen. Psychiat., 1978, № 9. P. 1057—1059.

Richter H. E. Eltern, Kind und Nevrose.— Stuttgart, 1983.

Sarason S. B. Anxiety in elementary school children.— N. Y., 1960.

Schwartz G. M. et at. Estimating the prevalence of childhood psychopathology. A critical review.— J. Am. Acad. Child Psychiat., 1981, N 3. P. 426—476.

(Strelau J.) *Стреляу Я.* Роль темперамента в психическом развитии.— М., 1982.

(White B.) *Уайт Б.* Первые три года жизни.— М., 1982.

ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Глава 1. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОЗОВ

Психотерапия неврозов у детей и подростков включает диагностику взаимосвязанных невротических и личностных нарушений у всех членов семьи и соответствующую психотерапевтическую работу с больным ребенком и его непосредственным окружением. Поэтому в обзоре литературы мы остановимся вначале на основополагающих для отечественной психотерапии вопросах патогенеза неврозов в понимании В. Н. Мясищева и его школы.

Отправной точкой патогенеза невроза является реакция личности на психотравмирующие обстоятельства жизни. В этой связи представляет интерес мнение И. М. Балинского, который еще в конце прошлого века писал, что у каждого человека есть свой круг идей и чувствований, в которых преимущественно легко вызываются душевные волнения [Балинский И. М., 1958]. В. М. Бехтерев (1909) также считал патогенным фактором не только жизненные обстоятельства сами по себе, но и восприятие и отношение к ним больного, обусловленные его индивидуальностью и прошлым жизненным опытом. E. Kretschmer (1927) относил переживания, способные вызывать характерные для

личности реакции, к ключевым и отмечал, что характер и ключевое переживание подходят друг к другу, как ключ к замку.

Патогенетическая концепция неврозов В. Н. Мясищева основана на понимании личности как системы отношений. Для невроза как психогенной болезни личности исходным и определяющим является нарушение отношений, из которого вытекают нарушение переработки и расстройство психических функций в зависимости от того, как личность перерабатывает или переживает действительность. Поскольку патогенность внешних обстоятельств жизни проявляется лишь в сочетании с соответствующим значимым отношением к ним, то имеет значение не столько объективная трудность проблемы, сколько субъективное отношение к ней. Определяющую роль в патогенезе невроза играет психологический, т. е. внутренний, конфликт, который представляет собой несовместимость, столкновение противоречивых отношений личности. Присущие конфликту переживания становятся источниками заболевания лишь в том случае, когда занимают центральное место в системе отношений личности и когда конфликт не может быть переработан так, чтобы исчезло патогенное напряжение и был найден рациональный, продуктивный выход из возникшего положения [Мясищев В. Н., 1934, 1939, 1960].

В работах учеников В. Н. Мясищева, Р. А. Зачепицкого, В. К. Мягер, Б. Д. Карвасарского, Ю. Я. Тупицина и др. раскрывается диалектическое единство объективных и субъективных факторов возникновения и развития невротического конфликта. Психоаналитическим позициям, поиску «вытесненных» инстинктивных влечений как основы конфликта противопоставляется его анализ с позиций психологии отношений. Подчеркиваются хронический характер эмоционального стресса у больных с неврозами и наличие у них низкой стрессовой толерантности вследствие нарушений общей реактивности [Губачев Ю. М. и др., 1976]. Совместная роль психогенных и соматогенных факторов в возникновении неврозов всесторонне раскрыта В. К. Мягер (1976). Особое место среди стрессовых факторов занимает страх, обусловленный угрозой смерти для больного и близких ему лиц или опасениями утратить власть над своими мыслями и «потерять рассудок» [Немчин Т. А., 1965].

Субклиническое реагирование при неврозе представляет своеобразную «защитную» перестройку, направленную на нейтрализацию патогенного действия психической травмы [Бассин Ф. В. и др., 1979]. Сам невроз нередко выполняет функцию патологического приспособления к субъективно неприемлемым условиям микросреды [Губачев Ю. М., Либих С. С., 1977].

В патофизиологическом аспекте неврозов непреходящее значение имеют установленные И. П. Павловым закономерности перенапряжения нервных процессов и их «сшибки», появления застойных очагов и фазовых состояний. При неврозах изменяется состояние сигнальных систем [Вольперт И. Е., 1972], расстраиваются функции интегративных систем мозга, среди которых, наряду с корой больших полушарий головного мозга, существенная роль отводится лимбико-ретикулярному комплексу [Карвасарский Б. Д., 1980].

В последнее двадцатилетие возросло внимание к проблемам семьи. В социологии и социальной психологии она рассматривается как основанная на браке и родстве малая группа [Харчев А. Г., 1961], отношения в которой существенным образом сказываются на психическом здоровье ее членов [Янкова З. А., 1970, 1979; Гаврилова Н. В., 1971; Голод С. И., 1971; Файнбург З., 1972; Васильева Э. К., 1975; Чечот Д. М., 1976; Обозов Н. П., 1979].

Многими авторами доказано отрицательное влияние длительной психотравмирующей ситуации в семье на формирование характера и личности детей и подростков [Гиндикин В. Я., 1961; Кербиков О. В., 1962; Зюбин Л. М., 1966; Трифонов О. А., 1967; Ковалев В. В., 1968; Баерюнас З. В., 1968; Александров А. А., 1974; Эйдемиллер Э. Г., 1973; Личко А. Е., 1977]. В связи с этим подчеркивается неблагоприятная роль неполной семьи [Осипова Е. А., 1932; Ушаков Г. К., 1966], а также алкоголизма родителей [Строгонов Ю. А., Капанадзе В. Г., 1978].

При неврозах семейно-бытовые патогенные ситуации являются преобладающими [Мясищев В. Н., Карвасарский Б. Д., 1967]. 80% психотравмирующих ситуаций, ведущих к развитию этого заболевания, связаны с хроническими и неразрешимыми конфликтными отношениями между членами семьи [Мягер В. К., 1973]. В основе невротических конфликтов, носящих субъективный характер, лежит стремление супругов к нереалистическим целям и одностороннему доминированию, отсутствие адаптации к новым семейным ролям во время и после «кризисных периодов» в жизни семьи [Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976]. Выделяются три типа супружеских взаимоотношений при неврозе одного или обоих супругов: соперничество, псевдосотрудничество и изоляция [Мишина Т. М., 1978]. Одни исследователи отмечают сходство личностных профилей супругов как фактор, положительно

влияющий на их совместимость [Мохина И. В., 1978; Обозов Н. Н., 1979], другие — находят больше различий в личностных оценках у супругов в прочных браках, чем в непрочных [Федотова Н. Ф., Филиппова Л. А., 1975]. В раннем анамнезе больных неврозом взрослых часто выявляются нарушенные отношения у родителей, гиперопека, ограничения, приводящие к развитию несамостоятельности в решениях и неуверенности в себе [Конончук Н. В., 1976], что согласуется с нашими данными [Захаров А. И., 1972].

Ряд исследований направлен на изучение личностных особенностей больных неврозами. По данным опросника Айзенка, установлен интровертированныи тип реагирования в связи с длительностью заболевания у взрослых [Ульянова Л. А., 1976]; пик по шкале «депрессия» в многопрофильном личностном опроснике MMPI [Карандашева Э. А., Мурзенко В. А., 1972; Губачев Ю. М. и др., 1976]; тревожность, по данным тематического апперцепционного теста — ТАТ [Гильяшева И. Н., 1967]; преобладание, по опроснику Розенцвейга, экстрапунитивного направления фрустрационных реакций при меньшей частоте импунитивных и доминирования типа реакций «с фиксацией на удовлетворении потребностей» [Тарабрина Н. В., 1973], наибольшая степень нарушенных отношений в графах «самооценка», «жизненные цели» и «отношение к родным» по методике «незаконченные предложения» [Винкшна И. А., 1971]; понижение невербальной стороны интеллекта по сравнению с вербальной [Гильяшева И. Н., 1969].

Неврозы у детей, как и у взрослых, являются наиболее часто встречающейся формой нервно-психической патологии [Колегова В. А., 1971]. По мнению С. В. Лебедева (1979), распространенность неврозов у детей статистически достоверно превышает распространенность непроцессуальных неврозоподобных синдромов.

Биологическими предпосылками неврозов у детей являются понижение биотонуса организма, соматическая отягощенность [Осипова Е. А., 1932; Сканави Е. Е., 1934], невропатия [Дьякова Н. Н., 1929], в основе которой Е. И. Кириченко и Л. Т. Журба (1976) находят функциональную недостаточность вегетативной регуляции. В работах С. В. Лебедева установлена статистически достоверная связь невропатии с неврозами. У детей с врожденной и приобретенной физической неполноценностью часто обнаруживаются психогенные реакции и патологические изменения характера [Берштейн Г. И., Брайнина М. Я., 1933] или патологические развития личности [Симеон Т. П., 1934; Блей Е. А., 1940; Ковалев В. В., 1968]. Невротические реакции могут также возникать на фоне задержки психического развития [Головань Л. И., 1976] и резидуальной церебральной органической недостаточности [Булахова Л. А. и др., 1976]. В последнее время возрастает интерес к проблемам нарушения сна при неврозах у детей. Существует мнение, что эти заболевания всегда сопровождаются расстройствами сна [Гольбин А. Ц., 1979].

Возрастные особенности возникновения неврозов у детей изучены Г. Е. Сухаревой и Л. С. Юсевич (1965), которые отмечают более интенсивную реакцию детей до 3 лет на перемену обстановки и новые, необычные раздражители, а после 3 лет — на трудные жизненные ситуации. Т. П. Симеон, М. М. Модель и Л. И. Гальперин (1935) указывают на нарастание с возрастом конфликтов внутреннего порядка, обусловленных развитием самооценки, требовательности к себе и способности к интрапсихической переработке. Эти же авторы рассматривают невротические реакции в связи с рождением второго ребенка в семье. В последнее время большое внимание возрастной динамике неврозов уделяют В. В. Ковалев (1969), Н. Д. Лакосина (1970) и Г. К. Ушаков (1973). Разработанные В. В. Ковалевым (1969) принципы эволюционно-динамического подхода в детской психиатрии относятся и к проблеме неврозов.

Из преморбидных характеристик детей с неврозами В. Н. Мясищев (1960) выделяет те, которые затрудняют благополучное разрешение травмирующей ситуации. К ним он относит перевес субъективного и аффективного над объективным и логическим с относящимися сюда чертами импульсивности, эгоцентризма, упрямства, сензитивности и т. д., а также перевес аффективной инертности над аффективной пластичностью, создающий вязкие доминанты болезненных переживаний. Е. А. Осипова (1932), Г. И. Берштейн и М. Я. Брайнина (1933) особое значение придают интровертированному типу реагирования. Г. Е. Сухарева и Л. С. Юсевич (1965) подчеркивают впечатлительность, возбудимость, пугливость. В. И. Гарбузовым уточнено понятие преневротического характерологического радикала, образующего основу невротического реагирования [Гарбузов В. И. и др., 1977]. Вместе с тем В. Н. Мясищев (I960) отмечает, что невроз может возникнуть и без какого-либо предрасположения. Такого же мнения придерживаются А. Н. Шогам, Н. К. Липгарт, К. И. Мировский (1970). На наш взгляд, все эти точки зрения имеют известное обоснование. В целом невроз более

нозологически специфичен при меньшем удельном весе предрасположения и большем удельном весе психогенных факторов.

Острая психическая травма в виде испуга, сильного потрясения считается немаловажным фактором в происхождении неврозов [Сим-сон Т. П., 1934; Блей Е. А., 1940]. В наших наблюдениях она оказывала тем большее патогенное действие, чем менее преморбидно было выражено характерологическое своеобразие больных. Последнее, таким образом, в случае острой психотравмы, в отличие от хронической, осуществляло роль определенного защитного фактора.

Гораздо чаще происхождение неврозов у детей обусловлено действием хронических психотравмирующих факторов, прежде всего нарушенных семейных отношений и неправильного воспитания в виде гиперопеки и непоследовательности [Бехтерев В. М., 1909; Осипова Е. А., 1932; Мясищев В. Н., 1960; Пивоварова Г. Н., 1962; Яковлева Е. К., Зачепицкий Р. А., 1961; Лобикова Н. А., 1971; Захаров А. И., 1972]. На основе статистического анализа С. В. Лебедев распределил значение патогенных факторов в возникновении неврозов у детей следующим образом: 1) хроническая психотравмирующая семейная ситуация; 2) дефекты воспитания; 3) школьные конфликты; 4) острая психическая травма; 5) бытовое пьянство и алкоголизм родителей. В. П. Козлов (1978) показал в невротических семьях даже при внешнем благополучии наличие тех или иных конфликтов.

В патогенезе неврозов у детей определенную роль играют индукционные механизмы появления некоторых невротических симптомов, когда ребенок повышенно восприимчив к аффективному состоянию окружающих его лиц [Иогихес М. И., 1929]. Е. А. Аркин (1968) указывает, что «пример окружающих играет первенствующую роль не только в том смысле, что взрослые внешними проявлениями страха, часто совершенно бессмысленного, заражают детей, но, что очень важно подчеркнуть, своим паническим поведением по малейшему поводу, грозящему, по их мнению, опасностью ребенку, создают в ребенке состояние напряженной тревоги и страха» /3/. Далее он подчеркивает, что раннее зарождение страха и его последующее нарастание могут служить не только тормозом для нормального развития, но и толчком к серьезным и стойким болезненным уклонениям. При наделении раздражителей, идущих от взрослых, условно-рефлекторным патогенным значением эти раздражители воспринимаются ребенком как сигналы опасности [Файнберг С. Г., 1961]. Иначе говоря, невротические реакции развиваются в ответ не столько на сами раздражители, сколько на способ реагирования взрослых на них [Рожнов В. Е., Драпкин Б. 3., 1974].

Много внимания уделяется проблемам невротизации единственного ребенка в семье [Яковлева Е. К., 1958; Лепукальн А. И., 1976; Гарбузов В. И., 1978]. А. С. Макаренко (1955) считал, что только в семье, где есть несколько детей, родительская забота может иметь нормальный характер. У единственных детей часто имеют место нарушения адаптации и невротические реакции в ответ на помещение в ясли и детский сад [Блей Е. А., 1940; Голубева Л. Г. и др., 1974]. Во всех случаях неблагоприятное влияние на формирование характера ребенка оказывает резкое расхождение требований родителей, ведущих к развитию у него чрезмерной осторожности, и требований детского коллектива, который ценит самостоятельность, активность, смелость. Это противоречие создает конфликтное состояние и предрасполагает к возникновению невротических реакций [Сухарева Г. Е., 1959].

В. Н. Мясищев (1960), определяя источники невроза в дошкольном возрасте в узко семейной ситуации, конкретизирует это патогенной ролью семейных конфликтов, противоречивостью отношений родителей к ребенку. Формирующийся в этих условиях способ переработки жизненных трудностей дает основания говорить о задержке волевого развития и возникновении аффективно-гипобулического и субъективно-ирреального характера переработки действительности. Для невроза исходным и определяющим является нарушение системы отношений (или предотношений, по В. Н. Мясищеву), которое возникает в результате противоречий между тенденциями и возможностями личности и требованиями и возможностями действительности. Неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое противоречие между личностью и значимыми для нее сторонами действительности вызывает болезненно тягостные переживания, которые приводят к образованию внутреннего конфликта — столкновения в сознании ребенка противоположно окрашенных аффективных отношений к тому или иному близкому лицу или к создавшейся ситуации. Конфликт занимает центральное место в жизни ребенка, оказывается для него неразрешимым и, затягиваясь, создает аффективное напряжение, которое, в свою очередь, обостряет противоречия, усиливает трудности, повышает неустойчивость и возбудимость, углубляет и болезненно фиксирует переживания, снижает продуктивность и самоконтроль, дезорганизует волевое управление личности в целом. Объективное и логическое в

мышлении уступает место субъективному и символическому. Психическая и физиологическая дезорганизация личности, происходящая под влиянием психогенных факторов, является основой невроза. Поэтому задача анализа развития личности невротика заключается в том, чтобы выяснить, как в процессе роста у ребенка складываются болезненные отношения, зарождается конфликт, создается напряжение, формируется невротическая, т. е. индивидуалистическая, иррациональная, субъективная установка, грозящая взрывом — патологической картиной невроза. Значение в психогенезе неврозов конфликта на почве личных привязанностей отмечают Т. П. Симеон (1934) и Е. А. Блей (1940). Е. А. Осипова (1932) считает ключевым переживанием у детей при этом заболевании уязвление чувства собственной личности, а характер невротических реакций определяет как защитный и инфантильный. Е. А. Блей (1940) подчеркивает патогенную роль «места наименьшего сопротивления» и наступающую в результате невроза дезинтеграцию личности.

По В. А. Гиляровскому (1938), сущность невроза заключается в несоответствии между возможностями, находящимися в распоряжении личности, и теми обязанностями, которые проистекают из наличия определенных социальных отношений. Для его возникновения необходимо сочетание 3 звеньев психической травмы, особого склада личности и ее невротического развития под влиянием травмы. Как и В. Н. Мясищев, В. А. Гиляровский (1934) считает центральным в генезе невроза нарушение контактов с окружающими, а само заболевание рассматривается как более или менее компенсированный срыв личности при ее развитии и попытках утверждения в некоторых позициях.

Из других концепций основного патогенного конфликта следует отметить взгляд В. М. Бехтерева и Р. Я. Голант (1929) на невроз как на результат противоречий между фило- и онтогенетически обусловленным типом реагирования и конкретными средовыми условиями.

В. Н. Мясищев (1973) отметил, что невротические состояния тревоги и страха, тревожной мнительности, обидчивости и взрывчатости, реализуясь в той или иной форме, в зависимости от темперамента, вызывают реакции эмотивного характера, переходящие в состояние невроза и углубляющиеся при непонимании со стороны окружающих.

В. И. Гарбузовым и др. (1977) в качестве ведущего этиопатогенетического фактора при неврозах у детей выделены изменения врожденных типов реагирования на невротические, происходящие под воздействием неблагоприятных биосоциальных факторов.

Ведущее содержание патогенного конфликта при неврозах определяется как несоответствие воспитания возможностям развития ребенка, опыту становления его «я» [Захаров А. И., 1972]. В основе этого патогенного конфликта лежит конфликт между «я» и «мы», когда ребенок хочет, но не может по разным причинам войти в референтную группу «мы» (вначале это семья, затем группа сверстников). Обусловленное этим чувство обособленности является предпосылкой для развития невротического индивидуализма и нарастающего процесса отчуждения «я» от «мы» с постепенным превращением последнего в категорию «они» в форме переживаемого чувства непринятия (непричастности) и непонимания (непризнания). Это противопоставление не достигает такой степени, какая бывает при психопатических развитиях личности, а носит внутренний, большей частью неосознанный характер и сопровождается ощущением неестественности, чувством беспокойства, вины и страха, когда понятие «они» ассоциируется со всем новым, неизвестным или травмирующим опытом, выражаемым страхом изменения «я».

Таким образом, представленный патогенез неврозов у детей показывает его общие стороны как процесса психогенного заболевания формирующейся личности. Наиболее полно патогенез рассмотрен при неврозе навязчивых состояний [Сканави Е. Е., 1934; Яковлева Е. К., 1958; Асатиани Н. М., 1967; Гарбузов В. И., 1970; Липгарт Н. К., 1974; Шевченко Ю. С., 1980]. Для психотерапии патогенез отдельных клинических форм невроза имеет существенное значение, так как позволяет сделать ее более направленной.

В рассматриваемой проблеме остается еще много нераскрытых сторон, прежде всего в отношении взаимосвязи между неправильным воспитанием, как главным патогенным фактором, и личностными особенностями родителей, которые являются в отечественной психоневрологии «terra incognita».

Глава 2. СЕМЬЯ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЙ ФАКТОР НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Обследование семьи детей с неврозами

При изучении семьи детей с неврозами применяется клинико-анамнестический метод, дополненный психологическим и социально-психологическим методами. Разделение их условно, так как вместе они составляют клинико-психологический метод изучения неврозов.

При обращении к психотерапевту родителей больного ребенка речь обычно идет о терапевтически резистентных случаях с многолетним течением невроза. Это вызвано не только отсутствием эффекта лекарственной терапии и недостаточно интенсивной и направленной психотерапевтической помощью в отношении больного, но и наличием невроза у одного или нескольких взрослых членов семьи, способствующего заболеванию ребенка и являющегося препятствием для его выздоровления. При патологическом функционировании семьи, одним из выражений которого является невроз ребенка, не всегда легко выявить первичный источник невротического заболевания, так как один из родителей может отсутствовать на приеме, а показания другого не всегда объективны. Поэтому мы приглашаем на первичный прием обоих родителей. Этим подчеркивается заинтересованность врача в контакте со всей семьей, а не с отдельными ее «лучшими» или «худшими» представителями. Отсутствие одного из родителей может указать на проблемный характер семейных отношений, когда один из них игнорирует необходимость лечения ребенка, не придает этому должного значения или считает других членов семьи ответственными за создавшееся положение. Выражая сожаление по поводу отсутствия отца или матери, при последующих визитах мы предоставляем им возможность поочередно приходить с ребенком на прием. Подобная установка создаст дополнительный стимул для посещения врача отсутствующим в первый раз родителем. Прием проходит в кабинете, где находятся игрушки и рисунки детей, в непринужденной обстановке, создаваемой приемом без халата, отсутствием медицинской сестры и посторонних лиц, беседой в креслах вокруг столика.

Вначале для беседы приглашается мать, а отец остается с ребенком в холле, где имеются игрушки и детские книжки. Само ожидание приема выступает в качестве естественного эксперимента, когда обнаруживается неумение родителей занять ребенка, наладить с ним взаимоотношения, эффективность и непоследовательность в обращении. В процессе непродолжительной беседы с матерью удается составить представление об основных проблемах, связанных со здоровьем ребенка и отношениями в семье. После ее ухода в кабинет приглашается отец, который также излагает свое мнение о беспокоящих его и других членов семьи вопросах. Беседа с отцом менее продолжительна, так как нет вопросов, касающихся раннего анамнеза.

Поочередное выслушивание жалоб обоих родителей, как и раздельное получение от них анамнестических сведений, имеет ряд преимуществ. Каждый из родителей вне зависимости от отношений в семье может высказать мнение о сложившейся ситуации и раскрыть некоторые из своих личных проблем. Таким образом, удается составить более полное представление об отношениях в семье и об индивидуальном понимании ее проблем. Возможность свободно поделиться некоторыми из наболевших вопросов в уверенности, что собеседник поймет и окажет помощь, имеет исключительное значение в плане создания у родителей психотерапевтически ориентированной мотивации, искренности и доверия в процессе последующих диагностических и психотерапевтических встреч.

После беседы с отцом проводится прием больного. Если ребенок обнаруживает страх и беспокойство без матери, то беседа заменяется игровым контактом в ее присутствии. Затем больной остается в холле в сопровождении медицинской сестры или один, если позволяет его возраст. В кабинет приглашаются оба родителя, и врач высказывает свое мнение о состоянии ребенка. Цель совместной беседы состоит в подчеркивании актуальности обращения родителей и возможности оказания медицинской помощи ребенку при условии сотрудничества с врачом. В беседе отмечаются без детализации взаимосвязь состояния ребенка с общей эмоциональной атмосферой семьи и положительные стороны его личности. Не дается обещаний скорого излечения, скорее наоборот, внимание родителей сосредоточивается на серьезности проблемы и на необходимости их активного и непосредственного участия в процессе психотерапии. Такая постановка вопроса существенна, так как нередко тот или иной член семьи, обычно отец, недооценивает серьезность сложившейся ситуации и воспринимает симптомы невроза у ребенка как не заслуживающие внимания или являющиеся проявлением баловства и отсутствия дисциплины. Вместе с тем важно успокоить родителей, нередко чувствующих себя в безвыходном положении, и вселить в них веру в возможность постепенного

благоприятного разрешения критической ситуации в процессе совместного с врачом поиска наиболее адекватных путей психологического контакта с ребенком, укрепления его нервной системы и раскрытия творческого потенциала роста.

В последующем родители приводят ребенка на прием поочередно. Пока врач занимается с ним, родитель заполняет листы личностных опросников. Среди них адаптированные в институте им. В. М. Бехтерева опросник Айзенка, MMPI, методика «незаконченные предложения», фрустрационная методика Розенцвейга; в ЛГУ им. А. А. Жданова — опросник Кеттэла, форма «С», а также ряд других методик — опросник Кеттэла, форма «А»; опросник Лири; цветовая методика Люшера; опросник PARI и др. После параллельного обследования ребенка и родителей с помощью опросников последние поочередно приглашаются на прием для сбора диагностической информации в виде клинической беседы или стандартизированного интервью. Во время раздельных обследований затрагиваются при необходимости вопросы оказания психотерапевтической помощи тому или иному родителю. Одновременное обследование детей и родителей создает лучшие условия для понимания последними взаимосвязанного характера проблем в семье, а также предоставляет неоднократную возможность для обсуждения интересующих вопросов и оказания индивидуальной психотерапевтической помощи. Постановка семейного диагноза и обсуждение результатов обследования с родителями будут изложены в главе «Семейная психотерапия». Здесь же рассмотрим непосредственные результаты обследования семьи, которые в своей совокупности позволяют раскрыть сложный и многосторонний процесс происхождения неврозов у детей и подростков.

Прародительская семья и ее влияние на родительскую семью

Со стороны ребенка семью можно представить как семь «я», т. е. в виде семи человек, из которых четверо образуют две прародительские семьи (бабушка и дедушка ребенка по линии матери и отца), двое — родительскую семью (мать и отец ребенка), седьмым является сам ребенок (рис. 2).

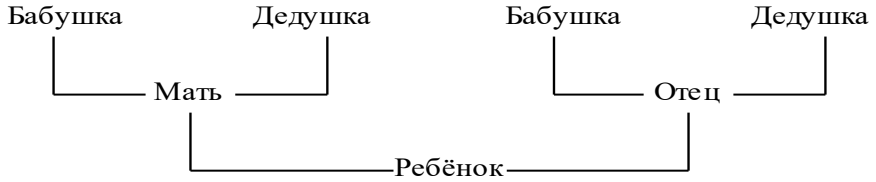

Рис. 2. Семья ребёнка.

Данные о прародительской семье мы узнаем из интервью с родителями. Их надежность обеспечивается психологическим контактом с врачом. Ввиду этого стандартизированное интервью проводится в конце исследования, когда родители уже имеют некоторый навык заполнения личностных опросников и бесед с врачом, доверяют ему и видят первые успехи от психотерапевтического контакта врача с ребенком.

В настоящем и последующем разделах представлена только часть полученных результатов, объем которых более значителен. Статистические данные приводятся только в некоторых, наиболее заслуживающих внимания случаях. Следует отметить, что далеко не все родители обращаются за психотерапевтической помощью даже при наличии тяжелого невротического состояния у ребенка. Вызвано это разными причинами, в том числе выраженной психопатологической отягощенностью самих родителей, злоупотреблением алкоголем, наличием патологической ревности, асоциальными установками или низкой культурой семьи. Кроме того, в поле зрения врача не попадает семья отца ребенка, если родители разведены. Поэтому полученные нами данные не претендуют на абсолютную полноту.

Многолетний опыт работы позволяет с уверенностью сказать, что алкоголизм, психопатия и психические заболевания не типичны для изучаемых семей. Чаще речь идет об отдельных невротических и характерологических проявлениях, а также о соматической патологии.

В прародительских семьях характерологические нарушения встречаются чаще, чем в родительских и тем более — у ребенка с неврозом. Это не означает, что в прародительских семьях нет неврозов, но они встречаются не так часто. В отличие от прародительских в родительских семьях чаще

имеют место нарушения невротического круга, достигающие своего клинического апогея в заболевании ребенка.

Таким образом, на протяжении жизни трех поколений (прародители — родители — ребенок) происходит снижение выраженности характерологических изменений и накопление изменений невротического круга. Центром психопатологического перекреста будут родители, у которых сочетаются характерологические и невротические нарушения. Существование этого перекреста не позволяет сделать однозначного сравнения невроза ребенка с «психопатическим осколком» прародительской семьи, так как эта взаимосвязь носит более сложный и опосредованный характер. Главным патогенным фактором, проходящим «красной нитью» через все поколения, является психотравмирующий опыт межличностных отношений. Основным звеном передачи этого опыта для ребенка является родительская семья.

Некоторые из патологических стереотипов отношений в прародительской семье закрепляются в опыте формирования личности будущих супругов и родителей и отражаются в виде тех или иных существующих у них в настоящем семейных установок. Так, мать ребенка может непроизвольно стремиться во всем доминировать в жизни семьи и тем более в воспитании детей, отражая в этом не столько реальную необходимость, сколько авторитарные черты личности своей матери. Однако это стремление проявляется уже в ослабленном и, главное, непоследовательном виде, поскольку она в какой-то мере осознает его неадекватность и имеет, в отличие от своей матери, уже только часть ее авторитаризма при одновременно большем невротизме. То же относится к стремлению матерей чрезмерно контролировать своих детей, что, однако, по их же собственным словам, никогда реально не получается. Кроме того, мать ребенка при отсутствии в детстве приемлемых для нее эмоциональных отношений со своим отцом неосознанно хочет восполнить их в отношениях с мужем, выбираемым по признаку похожести на ее отца. Отец ребенка неосознанно отражает в отношениях с женой невротическую привязанность к своей матери в детстве, ожидая от жены такой же степени заботы и внимания. Мы видим, что в изучаемых семьях выбор брачного партнера происходит по типу невротически мотивированного взаимодополнения, которое облегчает, в известной мере, взаимоотношения в начале брака. При этом доминантные черты в характере супруги и ее установки на опеку и влияние, идущие от ее матери, сочетаются с установками супруга на заботу и зависимость, идущие от его невротической привязанности к своей матери. По сравнению с избыточным влиянием матерей (бабушек) влияние отцов (дедушек) на формирование личности будущих супругов и родителей крайне недостаточно, что обусловлено в основном разводом или смертью отца. Таким образом, патогенное влияние тех или иных нарушений в прародительской семье на последующие поколения идет как от бабушек, так и от дедушек ребенка, и эти нарушения имеют тесную взаимосвязь. Наибольшая роль принадлежит бабушке по материнской линии и дедушке по отцовской, когда имеет место двусторонний сдвиг в сторону как избыточного воспитательного влияния бабушки, так и недостаточного влияния дедушки. Отражение первого сдвига мы находим в установке матери с доминантными чертами характера на чрезмерно строгий контроль в отношении ребенка, ее излишней принципиальности и негибкости в вопросах воспитания и супружеских отношениях. Отражением второго сдвига являются мягкость характера отцов, недостаточная самостоятельность и незрелость их чувства отцовства.

Иллюстрируем данные о прародительской семье статистическими выкладками. В поколении прародителей детей с неврозами неполная семья по линии матери (84 семьи) и отца ребенка (66 семей) встречается в 39%, несколько чаще (60%) при неврозе страха у детей. Смерть одного из членов прародительской семьи при этом заболевании отмечается достоверно чаще, чем при остальных неврозах ($t=2,l$; $p<0,05$). В большинстве случаев при неврозе страха речь идет о внезапной смерти членов прародительской семьи. Это показывает, что лежащий в основе невроза у детей страх смерти имеет под собой весьма реальную основу.

Другой заслуживающий внимания факт заключается в том, что развод в родительской семье происходит достоверно чаще при наличии развода в прародительской семье ($t=3,6$; $p<0,001$), т. е. отсутствие модели полной семьи облегчает решение матери и отца ребенка о разрыве супружеских отношений.

Бабушки по обеим линиям чаще имеют мягкие, чем жесткие, черты характера, дедушки — наоборот. При неврозе страха у детей у их прародителей наблюдается обратное соотношение.

У прародителей наиболее часто проявляется такая черта личности, как сензитивность, включающая повышенную эмоциональную чувствительность, ранимость, обидчивость и

впечатлительность. Сензитивность часто сочетается с гиперсоциализацией (заостренным чувством ответственности, долга, обязанности, трудностью компромиссов) и тревожностью (выраженным беспокойством, волнениями по любому поводу, плохой переносимостью ожидания).

Сензитивность, гиперсоциализация и тревожность представляют базисную триаду личностного типа реагирования в прародительской, родительской семье и у детей с неврозами. Наиболее отягощены бабушки девочек по материнской линии.

Конфликтные отношения достоверно чаще ($t=2,7$; $p<0,01$) встречаются в прародительских семьях по линии матери (63%), чем по линии отца (36%). У матери ребенка с неврозом страха конфликты в прародительской семье происходят достоверно чаще, чем при остальных неврозах. Сходство или различие по признаку мягкость — твердость характера практически не влияет на частоту конфликта между супругами в прародительских семьях.

Отношения в прародительской семье между родителями и детьми отличаются проблемным характером. Конфликты отмечаются чаще у бабушки ребенка и его матери (40%), реже — у бабушки ребенка и его отца (17%).

В каждой третьей семье прародители характеризуются как чрезмерно строгие и деспотичные. Менее всего это относится к бабушке ребенка по отцовской линии. Гораздо чаще имеет место непонимание прародителями своих детей. Исключением опять же являются отношения между бабушкой и отцом ребенка, когда непонимание встречается в трети случаев. Выраженный недостаток эмоциональной теплоты или ее отсутствие в прародительской семье отмечает каждая вторая мать со стороны обоих родителей и каждый второй отец со стороны своего отца и только каждый четвертый отец — со стороны своей матери.

Отсутствие эмоционального контакта в прародительской семье чаще имеет место у родителей детей с неврозом навязчивых состояний и неврозом страха. Недостаток тепла и заботы сопровождается чувством одиночества и тревоги, чем в немалой степени объясняется стремление родителей, особенно матерей, компенсировать свою предшествующую эмоциональную неудовлетворенность гиперопекой по отношению к детям, которая является своеобразным симптомом неудовлетворенности матери, ее защитой от страха одиночества и отчуждения в прошлом и настоящем. Из этого следует, что в гиперопеке нуждаются не столько дети, сколько сами родители, для которых она выполняет своеобразную психотерапевтическую роль. Ничем иным нельзя объяснить нередко наблюдавшееся нами парадоксальное, на первый взгляд, явление, когда улучшение состояния ребенка сопровождалось ухудшением эмоционального состояния матери, нередко вплоть до обострения или манифестации невроза с ведущим тревожно-депримированным фоном настроения. Происходящее в процессе психотерапии улучшение эмоционального состояния ребенка с неврозом, в том числе уменьшение его тревоги и страха, делает менее актуальным и чрезмерную заботу, излишнее предохранение от опасности и беспокойство. В этих условиях невротическая потребность матери в избыточной заботе о ребенке оказывается неудовлетворенной, а наиболее доступный путь выражения ее беспокойства — блокированным. Субъективное ощущение своей «ненужности», отсутствие конкретной цели, неспособность переключить внимание на новые, более позитивные стороны взаимоотношений с ребенком являются факторами декомпенсации эмоционального состояния матери. Поэтому мы серьезно задумываемся над тем, следует ли спешить с улучшением эмоционального состояния ребенка с неврозом без предварительной или параллельной психотерапевтической помощи матери, а также отрегулирования некоторых проблем семейных взаимоотношений.

Как будет показано далее, родители детей с неврозами не только непроизвольно компенсируют, но и повторяют многие из проблем взаимоотношений в прародительской семье, в том числе непринятие индивидуальности детей, отсутствие понимания их возможностей и потребностей и т. д. Это объясняется формированием патологических установок и стереотипов отношений, которые действуют как заданные, запрограммированные или даже как внушенные в жизненном опыте. Кроме того, осознание своих ошибок, пусть даже и частичное, происходит в результате попыток родителей понять причины невротического заболевания ребенка уже «post factum». Определенная роль в повторении неадекватного опыта межличностных семейных отношений принадлежит тем особенностям личности родителей, которые являются общими с особенностями личности прародителей. К ним относятся, в первую очередь, сензитивность, гиперсоциализация и тревожность. Конституционально-генетической предпосылкой сензитивности является эмоциональная чувствительность или в более широком плане — эмоциональная реактивность, гиперсоциализации — инертность нервных процессов, нередко проявляющаяся ригидностью мышления. Конституционально-генетической предпосылкой тревожности

является заострение инстинкта самосохранения. Развитие этих предпосылок происходит под влиянием неудачного опыта межличностных отношений.

Развитие детей до заболевания неврозом

Как отмечает Б. Д. Карвасарский (1980), проблема формирования невротической личности и возникновения невроза нуждается в дальнейшей разработке. В. В. Ковалев подчеркивает: «Недооценка данных социально-психологического обследования, невнимание к мотивам и характеру личностных реакций ребенка или подростка, неумение разобраться в сложных межличностных взаимоотношениях в семье, детском коллективе ведут к переоценке этиологической роли анамнестических данных о ранних экзогенно-органических вредностях значения отдельных проявлений резидуально-органической церебральной недостаточности и остаточной неврологической микросимптоматики».

Остановимся только на тех особенностях развития, которые позволяют лучше понять сложную и во многом противоречивую личность больного неврозом. Ее своеобразие определяется наличием тех особенностей психического развития, которые являются предпосылками для формирования невротического типа реагирования. Последний представляет собой недостаточно осознаваемую мотивацию защиты «я» от повторения психотравмирующего опыта, который угрожает жизненно важным потребностям цельности «я», самораскрытия и роста. Невротический тип реагирования, какими бы ни были его генетические и органически-деструктивные предпосылки, выступает, прежде всего, как патологически формирующийся опыт, в большей или меньшей мере несовместимый с уже сформировавшимся и формирующимся опытом «я». Подобное противоречие развития переживается как неестественность, чуждость, болезненность, т. е. как психогенный процесс дезинтеграции формирующегося «я».

Приводимые в этом разделе данные основаны на изучении 99 детей и подростков с различными клиническими формами невроза, обследованных в 1977—1980 гг. Соотношение мальчиков и девочек составляет 1,5:1. В последующих разделах исследуемая выборка будет значительно большей, но варьирующей в зависимости от цели статистического анализа.

Антенатальные патогенные факторы

В относительно преобладающем числе случаев (56%) изучаемая беременность первая, в остальных 44% ей предшествует, как правило, один аборт (66%) или непроизвольный выкидыш (34%). Заболевания женской половой сферы, большей частью воспалительные заболевания матки и придатков, встречаются в небольшом числе случаев (15%), но значительно чаще ($t=2$; $p<0,05$) при последующем возникновении истерического невроза, чем неврастении и невроза навязчивых состояний у ребенка. Таким образом, термин «hystera» (матка), лежащий в основе понимания истерии на уровне того времени, не кажется лишенным смысла.

Долгое отсутствие беременности, несмотря на снятие или отсутствие каких-либо ограничений, имеет место в 38% случаев. В основе большинства этих случаев лежат нерезко выраженные и обратимые гормональные расстройства, нарушающие возможность оплодотворения и развития яйцеклетки и, по-видимому, являющиеся реакцией организма женщины на эмоциональный стресс, связанный с проблемами семейных отношений и профессионального становления. Подобные факторы оказывают влияние и на решение вопроса о рождении ребенка, которое нередко откладывается или не ожидается в данное, «неподходящее» для одного или обоих супругов время. Нежелательная беременность отмечается в 56% случаев. Это исходное отношение родителей и то, что ребенок помешал осуществлению более важных для них жизненных целей, представляет собой главный «травмирующий» факт его биографии, нередко сказывающийся на отношении к нему родителей во все последующие годы его жизни. В 40% случаев женщина хотела, но не могла по разным причинам избавиться от нежеланной беременности. Тогда последующие роды являются, по существу, эквивалентом «несостоявшегося аборта».

В 35% случаев пол родившегося ребенка не соответствует ожиданиям родителей. Максимум этого несоответствия наблюдается у девочек с неврастенией, т. е. ожидая мальчиков и непроизвольно в дальнейшем относясь к девочкам как к мальчикам, родители чрезмерно стимулируют их, что вызывает перенапряжение возможностей и «срыв» по неврастеническому типу.

Если объединить все случаи первичного непринятия ребенка как преждевременного, нежеланного или несоответствующего по полу ожиданиям родителей, то таких детей будет заметное большинство — 68%. Больше всего таких детей с неврозом страха. Таким образом, мы неоднократно убеждаемся, начиная еще с прародительской семьи, что у детей с этим диагнозом более травмирующее прошлое, влияющее на последующее развитие страха как аффективного заострения инстинкта самосохранения. В этой связи приведем рассказ матери о разговоре с дочерью 6 лет с неврозом страха, которая была нежеланной для обоих родителей и жила в первые годы у родителей мужа: «Маша спрашивает меня: «Скажи, мама, какая самая большая неприятность была в нашей жизни до моего рождения?» Когда я спросила, почему — «до рождения», Маша ответила, что после появления ее на свет именно она является самой крупной неприятностью в нашей семье, потому что все время с ней что-нибудь случается: мигания, страхи, затруднения речи и т. д. Любые происходящие изменения в семье, напряжения и конфликты между нами Маша относит на свой счет. При этом ведет себя как-то виновато, резко усиливается мигание, ухудшается речь, нарастают страхи. Стоит улучшиться нашему настроению, Маша тут же становится веселой, озорной, резко стихают тики, речь более спокойна».

Наличие при беременности выраженного эмоционального стресса и невротического состояния, нередко с расстройством сна, констатируется у 68% матерей. Как правило, эмоциональный стресс обусловлен проблемами взаимоотношений, самим фактом беременности, волнениями в связи с экзаменами, общей перегрузкой и т. д. Наиболее уязвимыми в отношении патогенного действия стресса матери на организм ребенка оказываются мальчики, которые впоследствии значительно чаще (83%), чем девочки (45%), заболевают неврозом ($t=3,45$; $p<0,001$).

Угроза самопроизвольного выкидыша имеет место в каждом третьем случае (32%) — мальчики 40%, девочки 21%. При неврозе страха угроза выкидыша отмечается достоверно чаще, чем при остальных неврозах ($t=2,7$; $p<0,01$). В целом угрожающий выкидыш наблюдается несколько чаще у нежеланных детей. В литературе имеются указания на то, что угроза прерывания беременности в ранние сроки вызывает состояние гипоксии, нарушение метаболизма и повреждения функциональных систем плода.

Токсикозы как первой, так и второй половины беременности встречаются в 25% случаев. Более существенна патология второй половины беременности, которая, по данным литературы, в норме не превышает 10%. К тому же токсикозы второй половины беременности обладают большим соматотропным действием на плод и в ряде случаев являются психосоматической реакцией матери на эмоциональный стресс.

Перинатальные патогенные факторы

Преждевременные роды встречаются в 20% случаев. В группе нежеланных детей они достоверно чаще, чем у желанных ($t=2,15$; $p<0,05$). Слабость родовой деятельности и необходимость в ее стимуляции отмечены в 45% случаев — достоверно чаще ($t=2,05$; $p<0,05$) у мальчиков (55%), чем у девочек (31%). У нежеланных детей она наблюдается несколько чаще, чем у желанных. При наличии у матери предшествующего эмоционального стресса патология родов отмечается достоверно чаще ($t=2,47$; $p<0,05$). Асфиксия ребенка в родах встречается относительно редко (13%), но при стрессе матери в период беременности она наблюдается достоверно чаще ($t=3,6$; $p<0,01$). Следовательно, аффективное состояние матери может неблагоприятно отражаться на отношении к появлению будущего ребенка, на течении беременности и родовой деятельности.

Постнатальные патогенные факторы

Те или иные признаки резидуальной церебральной недостаточности в понимании В. В. Ковалева (1979) у детей первых лет жизни встречаются в 25% случаев (мальчики 36%, девочки 10%). Наиболее часто органическая недостаточность имеет место у детей с истерическим неврозом, что может быть связано с предшествующими беременности заболеваниями матки и придатков у матери. Органическая недостаточность создает у таких детей заостренно-болезненную установку на внимание к себе окружающих и признание их интеллектуальных достижений и потребностей. Церебральная недостаточность достоверно чаще проявляется у нежеланных детей ($t=2,15$; $p<0,05$), так как женщины при отрицательном отношении к беременности не стремятся ее сохранять.

Невропатия, в понимании Т. П. Симеон (1958), встречается у 58% детей: у мальчиков — в 62%, у

девочек — в 52% случаев. Она наблюдается несколько чаще при наличии у матерей токсикоза второй половины беременности. Наиболее существенным источником невропатии являются эмоциональный стресс и невротическое состояние матери в период беременности, при которых невропатия у ребенка достоверно чаще ($t=2,67$; $p<0,01$).

Таким образом, все рассмотренные неблагоприятные факторы при беременности, и прежде всего эмоциональный стресс у матери, можно считать первой «психотравмой» у детей, впоследствии заболевающих неврозами. Биохимически опосредованным следствием стресса матери является изменение реактивности ребенка и ослабление биотонуса его организма, что уменьшает толерантность к действию различных постнатальных стрессовых факторов.

Эмоциональный стресс матери в первый год жизни ребенка не уменьшается, а нарастает, охватывая 82% матерей. Как правило, он сопровождается внутренней неудовлетворенностью, аффективной напряженностью, беспокойством и вызван в первую очередь эмоционально неровными отношениями с мужем и родителями, общей неустроенностью, проблемами ухода за ребенком, возникновением новой беременности. Это оказывает неблагоприятное влияние на эмоциональное развитие ребенка, так как тревожно-депримированный настрой матери в виде беспокойства, сниженного настроения, неуверенности, пониженной самооценки, пессимистической оценки перспективы передается ребенку как диффузное чувство беспокойства и страха. Такая мать редко улыбается, излишне скованна, напряжена и непоследовательна в обращении с ребенком. Поскольку мать имеет в лице ребенка наиболее доступный «объект» для проявления своего недовольства, раздражения и беспокойства, ее эмоциональное состояние несколько компенсируется в течение первых лет жизни ребенка. Но эмоциональное состояние ребенка, наоборот, все более ухудшается по мере развития в аффективно неспокойной семейной обстановке, к которой он не может адаптироваться и в которой выполняет роль «козла отпущения» для родителей, не объединяя семью, как того хотела бы мать, а разъединяя ее.

В этой ситуации и без того беспокойная мать все в большей степени привязывает к себе ребенка, окружая его тревожными предохранениями и болезненно-заостренным вниманием, образуя с ним обособленную эмоциональную диаду. Создавая зависимость от своего настроения, мать непроизвольно передает ребенку свое беспокойство, которое начинает появляться у него даже при ее кратковременном отсутствии, особенно в период засыпания. Требуя плачем или беспокойством присутствия рядом матери, ребенок, в свою очередь, аффективно привязывает ее к себе. Возникает порочный круг, который проявляется общей тревожной зависимостью ребенка и матери друг от друга, непереносимостью с обеих сторон одиночества и изоляции, возникновением у ребенка беспокойства при любом реальном или кажущемся эмоциональном отдалении от матери.

Ранним зарождением беспокойства можно в немалой степени объяснить последующие волнения ребенка по поводу предстоящих событий и его плохую переносимость ожидания. В наибольшей степени тревожные реакции на отсутствие матери выражены при неврозах страха и навязчивых состояний по сравнению с неврастенией и особенно истерическим неврозом. В последнем случае известным препятствием для возникновения беспокойства является исключительная ориентация ребенка на себя (эгоцентризм).

Стремление матери как можно раньше выйти на работу и передать ребенка на воспитание родственникам усиливает его беспокойство, особенно при предшествующем отрицательном отношении к беременности. Последствиями чрезмерно раннего отрыва тревожно привязанного к матери и эмоционально ранимого ребенка являются аффективные реакции при помещении в ясли и затруднения в последующей адаптации в дошкольных учреждениях..

Источниками беспокойства у детей, впоследствии заболевающих неврозом, могут быть в различном возрасте:

1) индуцирование беспокойства со стороны матери, находящейся в состоянии эмоционального стресса;

2) эмоциональные потрясения и испуги (опыт ранних разлук и внезапных воздействий, представляющих угрозу для жизни, в том числе аффективные реакции на помещение в ясли, больницу, несчастные случаи, резкие болевые ощущения);

3) угроза лишения заботы и эмоционального контакта при наличии невротически мотивированной гиперопеки со стороны матери и «привязывания» ребенка к себе. В наибольшей мере это проявляется в раннем анамнезе детей, заболевающих неврозом навязчивых состояний и неврозом страха;

4) отсутствие безопасности — опоры в ближайшем окружении. Ощущение незащищенности, ненадежности и непонятности окружения. Невозможность предсказать поведение (реакции) близких лиц, особенно при их невротическом состоянии и конфликтах в семье, когда имеет место беспокойство за родителя, к которому привязан ребенок или с которым он себя идентифицирует. В случае нежеланности ребенка или непринятия его индивидуальных особенностей развития беспокойство вызвано ощущением ненужности и никчемности прежде всего у детей, заболевающих неврозом страха и неврастенией;

5) опасения осуждения, наказания и лишения положительного отношения со стороны значимых для ребенка лиц в том случае, если он связан непомерно большим числом моральных предписаний и обязательств, которые не в силах оправдать (соответствовать им). Это иллюстрируется следующими словами матери: «Дочь постоянно находится в напряженном ожидании, что на нее рассердятся, что она вдруг не так сделает или не так скажет». Подобное состояние характерно при неврозах страха и навязчивых состояний, являясь в последнем случае наряду с инертностью и ригидностью мышления предпосылкой развития мнительности;

6) невозможность быть понятым и признанным ближайшим окружением;

7) осознание отличий от сверстников. Чувство личной недостаточности и социально-психологической изоляции.

Рассмотренные источники беспокойства сопоставимы с главными видами психогений у детей в дошкольный период их жизни. Беспокойство выражается как в виде внешне непроявляемой и конкретно несфокусированной тревоги, так и в виде страха по отношению к реальному угрожающему объекту. У детей первых лет жизни беспокойство нередко проявляется эмоциональной лабильностью вместе с общим сниженным фоном настроения, плаксивостью, ослаблением аппетита, сосанием пальцев и предметов, грызением ногтей, иногда мастурбациями перед сном.

Вне зависимости от последующих структурных особенностей беспокойство является отправной точкой патогенеза невроза и в той или иной степени оказывает воздействие на все рассматриваемые ниже характеристики раннего развития.

Наиболее выделяющейся особенностью преморбидного развития при неврозах будет эмоциональная чувствительность, которая является предпосылкой для возникновения чувства беспокойства в ответ на действие вышерассмотренных факторов. В свою очередь, беспокойство заостряет эмоциональную чувствительность в виде сензитивности — повышенной эмоциональной чувствительности, ранимости, запечатлеваемости неприятных событий, обидчивости, в дальнейшем — склонности «все близко принимать к сердцу», легко расстраиваться и волноваться.

В целом дети, заболевающие неврозом, характеризуются как эмоционально чувствительные и впечатлительные, доверчивые, добрые, жалостливые и сострадающие. В детском саду и особенно в школе эти, не сразу адаптирующиеся, тихие дети, обычно держащиеся несколько в стороне, не только лишены агрессивности, но и беззащитны, не умеют постоять за себя, дать сдачи, найти сразу нужный ответ при внезапном обращении, легко теряются. Не они дразнят и бьют других, а те — их; они же обижаются и плачут, переживая унижение и бессилие перед обидчиком. В этом человеческом качестве они являются объектом для выражения агрессивных тенденций других детей. Можно отметить несколько источников рассматриваемой беззащитности у детей. В своей основе она отражает эмоциональную чувствительность, впечатлительность и ранимость. Другим источником является отсутствие формирования необходимых навыков взаимодействия со сверстниками. Это общие случаи плохой приспособленности, недостатка практического опыта, неумения общаться вследствие изоляции от сверстников в первые годы жизни; недостаточного участия отца в жизни семьи и отсутствия соответствующей модели поведения и обучения с его стороны; отрицательного воздействия примера конфликтного взаимодействия родителей. Еще одним источником беззащитности может быть страх, предстающий на осознаваемом уровне как страх насилия и несчастья, а на неосознаваемом — как страх увечья и смерти. Поэтому в ответ на неожиданное и агрессивное поведение другого возникает защитная установка типа запредельного торможения, внешне проявляемого как оцепенение и страх. Если мы вернемся к ранее данному определению невротического типа реагирования как недостаточно осознаваемой мотивации защиты «я» от повторения психотравмирующего опыта, то беззащитность также может быть отнесена к этой категории.

Существенной преморбидной особенностью будет и раннее развитие чувства «я», которое проявляется подчеркнутым чувством собственного достоинства, повышенной чувствительностью к порицаниям и похвале, неудачам и ошибкам, насмешкам, несправедливости и обидам. Одновременно

эти дети не лгут, не изворачиваются, а, наоборот, непосредственны, бесхитростны и несколько прямолинейны в своих суждениях, наивны и доверчивы по отношению к другим. В то же время наивность может выступать не только как опыт целостного, недискретного «я», но и как следствие недостаточного опыта социального взаимодействия.

Важной преморбидной особенностью является тенденция к внутреннему способу переработки и выражения эмоций, сосредоточенности на своих ощущениях при сдерживании внешнего выражения чувств. Родители обычно говорят об этих детях, что они «все в себе». Действительно, они больше чувствуют и понимают, чем могут это выразить, что вместе с некоторой недостаточностью праксиса создает впечатление известной скованности при общей достаточно выраженной активности и подвижности. Противоречие между внутренним и внешним планом реагирования может быть вызвано трудностями сочетания контрастных черт темперамента, например, черт флегматического и холерического темперамента. Внутренний способ выражения эмоций и переработки переживаний у детей имеет свои обоснования в соответствующем способе эмоционального реагирования родителей и в их недостаточной общительности.

В динамике психического развития обращает на себя внимание несколько замедленный темп выявления возможностей и способностей, что обусловлено интенсивно накапливаемым внутренним и не раскрываемым некоторое время потенциалом развития. Этим детям нужно больше времени, чтобы их латентные психические свойства проявились внешне, раскрылись. Поэтому чрезмерно раннее и интенсивное стимулирование их возможностей, как и предъявление ультиматумов вроде «сейчас же», «немедленно», всегда чревато опасностью перенапряжения. Поскольку эмоциональная структура таких детей повышенно ранима, они требуют более мягкого, эмоционально щадящего, теплого и поддерживающего отношения со стороны окружающих лиц. Только тогда возможно известное дозревание эмоциональных структур, их дальнейшее развитие и укрепление. В противном случае при действии чрезмерно интенсивных, сильных, запредельных раздражителей, превышающих порог выносливости нервной системы, возникает защитная реакция в виде тормозимости, доходящая до степени заторможенности, инертности и «копания» на одном месте.

Общее впечатление о раннем эмоциональном развитии — это впечатление о детях, как бы родившихся раньше фактического срока, т. е. с недостаточным внутриутробным периодом развития, эмоционально более ранимых и незащищенных, чем большинство сверстников, что в немалой степени является следствием воздействия на мозг плода эмоционального стресса матери в период беременности и родов. Речь идет не о задержке развития, а о его своеобразии, так как все главные психические функции, включая время появления реакции «эмоционального оживления», речи и ходьбы, не отличаются от нормы. Подобно этому черты эмоциональной ранимости, беззащитности и наивности нельзя определить как проявления психического инфантилизма, поскольку одновременно имеют место опережающее возраст развитие чувства «я» и формирование нравственно-этических установок долга и обязанности. Более подходящим определением является неравномерность психического развития.

Другая особенность развития заключается в его противоречивости — наличии трудносовместимых сочетаний различных характеристик личности, облегчающих появление в дальнейшем внутреннего конфликта. Мы уже касались противоречия между внутренним способом выражения эмоций и общей активностью. Другое существенное противоречие выражено словами матери о раннем психическом развитии своего сына: «Рос подвижным, энергичным, упорным в достижении цели и одновременно чувствительным, впечатлительным и обидчивым». Это противоречие между волевой и эмоциональной сторонами психического развития, гармонии которых можно достичь только при благоприятных, способствующих безопасности и творческому росту внешних условиях. В рассматриваемых случаях этого не происходит, и нарушение баланса взаимодействия волевой и эмоциональной сфер выглядит вначале как их заострение в виде упрямства и сензитивности, а затем под продолжающимся влиянием дисстресса — как подавление (ингибиция) волевой и компенсаторное заострение эмоциональной стороны нормирующейся личности. К тому же некоторая недостаточность праксиса приводит к затруднению перехода мыслительного акта в завершенное действие, что создает дополнительные препятствия для реализации творческих возможностей личности.

Рассмотренные преморбидные особенности развития можно сгруппировать следующим образом: 1) сензитивность (эмоциональная чувствительность и ранимость) с выделением из нее структуры впечатлительности; 2) непосредственность (наивность); 3) выраженность чувства «я»: 4) импрессивность (внутренний тип переработки эмоций); 5) латентность (потенциальность — относительно более постепенное раскрытие возможностей личности); 6) противоречивость развития

вследствие трудносовместимой конституциональной констелляции некоторых черт темперамента и характера; 7) неравномерность психического развития, обусловленная действием предшествующих факторов.

Описательно ребенок, заболевающий впоследствии неврозом, выглядит повышенно впечатлительным, эмоционально чувствительным и ранимым, обостренно реагирующим на отношение окружающих, не сразу раскрывающим себя, подавляющим внешнее выражение чувств и переживаний, наивным, бесхитростным, непосредственным и доверчивым, добрым, отзывчивым, с выраженным чувством «я».

Проиллюстрируем некоторые из этих характеристик высказываниями родителей: «нельзя повысить на него голос», «стоит одну и ту же фразу сказать не тем тоном, как она обижается — не так сказала»; «так ожидает день рождения, что может даже заболеть от этого»; «его может обидеть даже малолетний кроха»; «даже муху убитую пожалеет»; «очень добрый, за все болезненно переживает, если что-либо не получается, не хочет, чтобы ему помогали, и плачет»; «за всех переживает»; «боится лечь спать, чтобы не проспать целый день»; «тихая в детском саду, послушная, исполнительная, переживает, если что-либо не так, в занятиях активная, любознательная, дома же становится чрезмерно шумной и возбужденной»; «стоит его похвалить и он лезет из кожи вон, чтобы оправдать доверие»; «не просит прощения и не отказывается от своих убеждений»; «у него всегда было свое мнение»; «все вспомнит потом, вначале ни слова»; «никогда не жалуется и не рассказывает о том. что происходит с ним в детском саду»: «когда сыну был один год и он лежал в больнице по поводу пневмонии, то при уколе не кричал и не плакал, а молчал, сжимая кулачки»: «в 4 года дочери удаляли аденоиды и ее одну вынесли бледной, без слезинки, но увидев мать, она разрыдалась и покрылась красными пятнами»; «в полтора года бабушка накричала на внука, который при этом молчал, в 3 года он сказал ей неожиданно: «Почему ты со мной так громко разговаривала?».

Приведенные характеристики не позволяют сделать вывод о предшествующих неврозу патологических изменениях характера, скорее речь идет как о некотором своеобразии развития, подчеркнутая человеческая основа которого несомненна, так и о наличии отдельных преходящих и незначительно выраженных явлений дизонтогенеза. Знание преморбидных особенностей развития, преморбидной «натуры» позволяет лучше понять патогенез неврозов у детей и построить на его основе соответствующим образом направленный процесс психотерапии.

Личность родитепей

Все те дурные наклонности, которые родители стараются уничтожить в своих детях, гнездятся в них самих.

Г. Спенсер. Воспитание умственное, нравственное и физическое

Описание родителей мы начнем с общей клинико-психологической характеристики, затем рассмотрим данные личностных опросников, посредством которых уточняется ряд сторон личности родителей. Кроме того, опросники дают возможность стандартизации и сопоставления результатов исследования.

По данным обследования 108 семей, мягкость характера у матерей преобладает над твердостью в соотношении 2:1, у отцов твердость незначительно преобладает над мягкостью. У отцов это следствие соответствующих мягких черт характера дедушки ребенка по отцовской линии, недостаточного влияния с его стороны и замещающего воздействия со стороны бабушки по отцовской линии.

У родителей имеется ряд общих особенностей личности, главным образом в виде сензитивности и гиперсоциализации. Под сензитивностью подразумеваются повышенная эмоциональная чувствительность, впечатлительность, ранимость, обидчивость, выражаемые склонностью «все близко принимать к сердцу и легко расстраиваться», а под гиперсоциализацией — заостренное чувство ответственности, долга, обязательности, трудность компромиссов. Контрастное сочетание сензитивности и гиперсоциализации означает наличие внутреннего противоречия между чувством и долгом, способствующим возникновению внутреннего нравственно-этического конфликта.

Другой общей особенностью личности матери и отца является защитный характер поведения, т. е. отсутствие открытости, непосредственности и непринужденности в общении, что обусловлено не столько способом выражения эмоций, сколько ранее имевшимся психотравмирующим опытом

межличностных отношений. В связи с этим родители подчеркивают наличие у себя проблем самовыражения и самоконтроля, указывая, что могли бы быть намного активнее, если бы не приходились сдерживать себя. Проблемы межличностных отношений не проявляются грубыми нарушениями социальной адаптации, расторможенными и асоциальными формами поведения. Немало проблем и в области сексуальных отношений. Часто встречающееся понижение полового влечения, особенно со стороны женщины, является индикатором эмоциональной неудовлетворенности отношениями в браке, а в более выраженных случаях представляет собой симптом невротического состояния.

Невроз на момент обследования диагностирован у большинства матерей (62%). Если учесть и состояние эмоционального стресса, не достигающее степени невроза, то таких матерей оказывается 78%. Большей частью невроз у них проявляется в виде неврастении и невроза страха; обычно его клиническая форма соответствует клинической форме невроза у ребенка. Наиболее часто невротическое состояние матери проявляется при неврозе страха у детей (80%), несколько реже при неврастении и неврозе навязчивых состояний (63%) и реже всего при истерическом неврозе (40%).

Невроз у отцов наблюдается в три раза реже, чем у матерей *(21%).* В сочетании с состоянием эмоционального стресса этот показатель увеличивается до 37%.

Чаще всего (53%) встречаются семьи, в которых один из супругов (преимущественно мать) болен неврозом или находится в состоянии эмоционального стресса. Реже имеет место наличие невроза или эмоционального стресса у обоих супругов (29%), и меньше всего семей с отсутствием этих состояний (18%). В большинстве случаев можно говорить о неврозе семьи, подразумевая под этим невротическое заболевание по крайней мере у 2 членов семьи — ребенка и одного из родителей.

И матери и отцы наиболее часто предъявляют жалобы на раздражительность, состояние внутреннего беспокойства, непереносимость ожидания (симптомы эмоциональной лабильности и тревожности). Кроме этого, матери жалуются на повышенную утомляемость, головные боли при напряжении и утомлении, спазмы и боли в области сердца, желудка и кишечника, ощущение комка в горле, покраснения при волнении, ознобы, повышение артериального давления во время напряжений и волнений (симптомы вегетососудистой дисфункции). Соматическая патология у каждой третьей матери представлена не только вегетососудистой дистонией, но и хроническими тонзиллитами и ринитами. У каждого третьего отца отмечена патология со стороны желудочно-кишечного тракта в виде гастритов, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, колитов. Обращают на себя внимание более частые, чем в контрольной группе, заболевания кожи у отцов (невродермит, экзема, псориаз). Как правило, они встречаются у лиц стеничных, сексуально неудовлетворенных, сдерживающих внешнее выражение чувств и разряжающих внутреннее напряжение в виде непроизвольно возникающих приступов расчесывания до ощущения боли.

Знание нервно-психической и соматической патологии родителей существенно для ее оценки и учета в психотерапии, поскольку тревожно-мнительная, ипохондрическая и истерическая фиксация детей на своем нервном и соматическом состоянии отражает подобную фиксацию у родителей и представляет одно из самых значительных препятствий для проведения психотерапии. Кроме этого, у детей, как и у родителей, отмечаются вегетососудистые дистонии, частые простудные заболевания, тонзиллиты, риниты, дисфункции желудочно-кишечного тракта. Поэтому облегчающим психотерапию условием является проведение до ее начала или параллельно с ней комплекса общеукрепляющих мероприятий у всех членов семьи, включая санацию очагов хронической инфекции, улучшение иммунной защиты, периодические курсы медикаментозного и физиотерапевтического лечения, наряду с широким использованием действия естественных факторов.

Личностный опросник Айзенка

Исследовались 167 матерей и 121 отец. По форме «Б» показатели откровенности оказались выше, чем по форме «А», поэтому форма «Б» использовалась как основная. После отсева по шкале «неоткровенность» осталось 145 матерей и 102 отца. Контрольную группу составили 50 матерей и 50 отцов практически здоровых детей.

У матерей при неврозах у детей средний балл по шкале «экстраверсия — интроверсия» составил 10,5, т. е. отмечается умеренная степень интровертированности. Более интровертированы матери детей с неврозами страха и навязчивых состояний по сравнению с матерями, дети которых больны неврастенией и истерическим неврозом. По критерию Стьюдента, различия достоверны.

Отцы детей с неврозами менее интровертированы, чем матери (11,5). Как и у матерей, интровертированность достоверно более выражена при неврозе навязчивых состояний у ребенка.

По шкале «стабильность — нестабильность» у матерей в целом относительно высокий уровень внутренней напряженности — нейротизма (15,0). Этот показатель не меняется в зависимости от формы невроза у детей. У отцов уровень нейротизма существенно ниже (10,0), особенно низок он при истерическом неврозе у детей (7,95).

Итак, матери более интровертированы и более нейротичны, чем отцы. Достоверно более высокий уровень нейротизма у матерей при неврозах у детей по сравнению с контрольной группой ($t=6,4$; $p<0,001$) обусловлен неблагоприятно складывающимися отношениями в семье и нервным заболеванием ребенка. Кроме того, он коррелирует со степенью неудовлетворенности браком и длительностью заболевания у ребенка. Если у матери конфликт с супругом прямо не влияет на выраженность ее нейротизма, то у отца при конфликте с супругой нейротизм понижается, т. е. конфликт для него служит средством разрядки накопившегося нервного напряжения. Подобным же значением у матери обладает конфликт с ребенком. Нейротизм матери всегда выше при попытках жестко доминировать в семье и замещать роль отца. При наличии сына подобная тенденция увеличивает ее и без того выраженную физическую и нервную перегрузку.

Матери и отцы детей с неврозами более интровертированы и соответственно менее общительны, чем родители контрольной группы (у матерей $t=3,97$; $p<0,001$, у отцов ($t=4,6$; $p<0,001$). Этим в немалой степени объясняются внутренний, не раскрываемый внешне, характер выражения эмоций у детей и их затруднения в установлении легких и непринужденных отношений со сверстниками.

В целом матери значительно чаще обладают чертами флегматического и меланхолического (68%), чем сангвинического и холерического темперамента (32%), прежде всего при неврозе навязчивых состояний (различия достоверны) и неврастении. При истерическом неврозе различие несущественно. В контрольной группе аналогичное, но менее выраженное соотношение темпераментов. У матерей детей с неврозом навязчивых состояний по сравнению с контрольной группой отмечается достоверное преобладание черт флегматического и меланхолического темперамента. У отцов эти черты (55%) незначительно преобладают над сангвиническими и холерическими (45%). Однако при неврозе навязчивых состояний отцы (как и матери) обладают достоверно чаще чертами флегматического и меланхолического темперамента. При истерическом неврозе эти различия минимальны, а при неврастении черты сангвинического и холерического темперамента даже несколько преобладают. В контрольной группе эти черты встречаются у отцов достоверно чаще, чем черты флегматического и меланхолического темперамента.

При неврозе навязчивых состояний у детей интровертированы оба родителя, что объясняет типичные для этих детей затруднения в общении. При истерическом неврозе чаще отмечается интроверсия матери при экстраверсии отца. У детей с неврозом навязчивых состояний чаще встречается сочетание меланхолик (мать) — флегматик (отец). Это подчеркивает характерный для данных семей тревожно-депримированный фон настроения.

При истерическом неврозе преобладает сочетание меланхолик или флегматик (мать) — сангвиник или холерик (отец), т. е. имеет место наибольший контраст черт темперамента родителей.

MMPI (Миннесотский многопрофильный личностный опросник)

Как известно, профиль MMPI составляют 10 основных шкал: 1 — ипохондрии, 2 — депрессии, 3 — истерии, 4 — психопатии, 5 — мужественности — женственности, 6 — паранойи, 7 — психастении, 8 — шизофрении, 9 — гипомании, 0 — интроверсии. Эти шкалы не определяют диагноза, а являются скорее индикаторами личностных реакций. Интерпретация шкал проводится не столько на основе степени подъема по той или иной шкале, сколько на основе сочетания шкал профиля.

После отсева неправильно заполненных ответных бланков исследуемая выборка в нашем случае составила 142 матери и 110 отцов, разделенных соответственно диагнозам детей на подгруппы с неврозом страха, неврозом навязчивых состояний, неврастенией и истерическим неврозом. Для нас основное значение имеет сравнение профилей MMPI внутри этих клинических групп с учетом пола детей. Как правило, невысокий уровень подъема тех или иных шкал профиля заставляет осторожно подойти к их интерпретации, которая проводится с учетом клинического опыта. Умеренные подъемы отдельных шкал профиля расцениваются нами следующим образом: по шкале «депрессия» — как чувство внутренней неудовлетворенности, пониженный фон настроения, моральный дискомфорт; по

шкале «психопатия» — как проблемы самоконтроля, трудности во взаимоотношениях с окружающими, конфликтность; по шкале «паранойя» — как недоверчивость, упрямство, нетерпимость, негибкость мышления, склонность к образованию ситуационно-обусловленных сверхценных идей; по шкале «психастения» — как неуверенность в себе, черты тревожной мнительности, загруженность переживаниями; по шкале «шизофрения» — как недостаточная эмоциональная отзывчивость, излишняя дистанция в отношениях, их формализация, эмоциональная холодность.

Оценка полученных профилей MMPI была согласована с психологом, специалистом по MMPI — И. Н. Гильяшевой. При изложении приводимые в скобках цифры обозначают порядковый номер той или иной шкалы, а сочетание цифр — код MMPI с учетом данных о влиянии на ответы пола испытуемых. Последняя, 0 шкала опущена, так как она существенно не сказывается на конфигурации профиля и ее заменяет более направленная шкала «экстравертированность — интровертированность» Айзенка.

В суммарном профиле личности матерей детей с неврозами заметный подъем наблюдается по шкалам: паранойя, психастения, депрессия, психопатия, что можно трактовать как сензитивность в сочетании со склонностью к подозрительности, недоверчивости, нетерпимости, упрямству, ригидности мышления, образованию ситуационно-обусловленных сверхценных идей (6); проблемы самоконтроля, трудности во взаимоотношениях с окружающими (4); наличие хронических межличностных конфликтов (6—4); понижение биотонуса, неустойчивые соматические жалобы, склонность к раздражительности и конфликтной переработке переживаний (6—2); отсутствие жизнерадостности, оптимизма, чувства внутренней удовлетворенности (2); тревожность и неуверенность в себе (7); недостаточная эмоциональная отзывчивость (8).

Таким образом, личность матерей детей с неврозами сложна и противоречива. Наряду с сензитивностью, тревожностью и неуверенностью в себе имеется комплекс таких черт, как гиперсоциализация и паранойяльность, отражающих негибкость мышления, нетерпимость, склонность к образованию сверхценных идей, что осложняет отношения с людьми, делает их излишне напряженными и конфликтными. В первую очередь это затрагивает сферу семейных отношений, где у матери проявляется излишняя принципиальность и негибкость, неспособность перестроить свою позицию и пойти на уступки и компромиссы.

При сравнении личностных профилей матерей при различных клинических формах невроза у детей наибольшие характерологические изменения имеют матери детей с неврастенией, у них отмечается более выраженный и одновременный подъем шкал психопатии, паранойи, шизофрении и психастении. Эти подъемы включают ряд трудносовместимых шкал, например паранойи и психастении, что говорит о противоречивом, маргинальном типе личностной структуры матерей, а также о нередко находящихся в основе их паранойяльного настроя тревожности и неуверенности в себе. В то же время негибкость мышления, излишняя принципиальность и недостаточная эмоциональная отзывчивость таких матерей (то, что мы обозначаем как комплекс «Царевна Несмеяна») объясняют недостаточную теплоту в отношениях с детьми, излишнюю требовательность и категоричность, безоговорочное навязывание пунктуального режима дня и чрезмерно ранних моральных предписаний, как и недоверие к опыту ребенка, его самостоятельности и активности. Подобное отношение иногда встречается в семьях с психопатией и шизофренией у ребенка, где оно более резко выражено, сопровождается эмоциональной холодностью, безразличием, скрытой или явной враждебностью. В изучаемых же нами семьях матери эмоционально более чувствительны и тревожны, критичны к некоторым недостаткам своего характера, переживают затруднения в межличностных контактах и испытывают чувство вины. Таким образом, у матерей детей с неврозами можно говорить скорее о неблагоприятно сформировавшихся личностных установках, чем о наличии патологического характера или патологии личности в целом. Это подтверждается положительным опытом перестройки таких установок в процессе семейной психотерапии. Кроме этого, большинство родителей понимают в общих чертах неестественность своего отношения к детям, его крайности, одновременно заявляя, что они ничего не могут сделать с собой, как и перестроить свои отношения. Некоторые родители добавляют, что где-то в глубине души у них существуют как бы два характера, один из которых борется против другого. Объясняется это тем, что собственный опыт родителей, в первую очередь матери, вступает в противоречие с опытом воспитания в прародительской семье, особенно со стороны бабушки ребенка по материнской линии. Подобное противоречие порождает борьбу мотивов, отсутствие внутреннего единства и непоследовательность в обращении с детьми. Если мать и отец видят у ребенка те же проблемы, что и у себя в детстве, они начинают осознавать противоречивость отношения к нему, но тем

не менее не могут самостоятельно перестроить себя ввиду наличия большого числа неразрешимых личностных проблем.

Сравним профили у матерей мальчиков и девочек с неврастенией. У матерей мальчиков наблюдается наибольшая степень характерологической отягощенности по сравнению не только *с* матерями девочек, но и матерями детей с другими формами невроза. Это подчеркивают подъемы по шкалам шизофрении, паранойи и психопатии. Их соотношение указывает на трудности во взаимоотношениях с противоположным полом — сыном и мужем, способствуя возникновению конфликтной ситуации в семье. Профиль матерей девочек с неврастенией не содержит подъема по шкале шизофрении и наряду с небольшими подъемами по шкале паранойи и психопатии имеет подъем по шкалам депрессии и психастении.

Известным контрастом профилю матерей при неврастении у детей является профиль при неврозе страха, в котором отмечен не имеющий аналогии при других неврозах у детей подъем по шкале депрессии (73Т с коррекцией). Наряду с более низкой 5-й шкалой это говорит о мягкости и уступчивости характера таких матерей, невысоком жизненном тонусе, невыносливости, сниженном настроении и беспокойстве, выраженном чувстве внутренней неудовлетворенности, заниженном уровне самооценки и пессимистической оценке перспективы. Подобный тревожно-депримированный фон настроения матери передается ребенку в процессе общения с ним.

Профиль у матерей детей с неврозом навязчивых состояний содержит небольшой подъем по шкале депрессии и больший подъем по шкале паранойи. Паранойяльные черты личности матерей, как и в остальных случаях, не достигают степени выраженных характерологических расстройств и тем более психопатии и имеют значение только в сравнении с матерями детей с другими клиническими формами невроза. Тем не менее паранойяльные черты во многом объясняют негибкость в отношениях с детьми, недоверие к их опыту, навязывание своего мнения, нетерпимость и излишнюю принципиальность. Нередко эти педантичные и в то же время аффективно-неустойчивые матери считают смех и радость неприличными чувствами, а детские забавы аналогией правонарушений.

В группе матерей детей с истерическим неврозом наибольшее число лиц, чьи профили были исключены как завышенные по шкале лжи. В оставшихся случаях обращает на себя внимание относительно высокий по сравнению с другими матерями подъем по шкале F — достоверность (78Т с коррекцией), что указывает на склонность к аффектам, неудовлетворенность, низкую конформность.

У отцов в профиле MMPI, как и в личностном опроснике Айзенка, не прослеживаются, в отличие от матерей, отчетливые психопатологические изменения. В общем профиле незначительно выделяются относительно других шкалы депрессии и женственности, что подтверждают отмеченные ранее черты некоторой минорности, пассивности и мягкости характера, являющиеся следствием неполной семьи в детстве, недостаточной роли отца и замещающего влияния матери.

Наиболее выражены характерологические сдвиги у отцов детей с неврозом страха, у которых наблюдаются подъемы профиля по шкалам депрессии и паранойи и подчеркивающее шкалу депрессии западение шкалы гипомании, а также выраженный подъем по шкале женственности. Все вместе это выглядит как недостаточная мужская идентификация, пассивность, сензитивность наряду с чувством неполноценности, подозрительностью и недоверчивостью, склонностью к образованию ситуационно-обусловленных сверхценных идей, а также долгое сохранение неприятных переживаний, затруднения в межличностных отношениях узкого круга. В этих характеристиках отцов заложены предпосылки для развития сверхценных реакций страха у детей как выражения настороженности и неверия в отношении всего нового и неизвестного. В профиле обоих родителей детей с неврозом страха заметен подъем по шкале депрессии, что подтверждает характерный для всей семьи тревожно-депримированный фон настроения. В итоге родители детей с неврозом страха вследствие своей беспомощности, тревожности, ригидности и наличия большого числа личностных проблем не только не могут являться для детей примером адаптивного поведения в сложных ситуациях, но и непроизвольно подкрепляют дезадаптивное поведение своим беспокойством, паникой и ригидной фиксацией переживаний.

Слабость «я», излишняя мягкость, чувствительность, сентиментальность, недостаточная активность и беспокойство присущи и отцам мальчиков с неврозом навязчивых состояний. Эти отцы также не могут управлять ситуацией в семье и быть для детей социально приемлемым объектом идентификации.

Отдельно были рассмотрены профили у матерей и отцов, считающих свои отношения конфликтными и неконфликтными.

У матерей, определяющих отношения с отцами как конфликтные, наблюдается небольшой

подъем по шкале шизофрении, что можно трактовать как недостаточную эмоциональную отзывчивость и формальное восприятие отношений в браке. У отцов, находящих отношения конфликтными, отмечается подъем по шкале женственности, что свидетельствует о мягкости характера, повышенной эмоциональной чувствительности и сентиментальности, неспособности справиться с проблемами в семье.

Для сопоставления личностных особенностей родителей детей с неврозами с контрольной группой родителей без невроза у детей (50 матерей и 50 отцов) были выделены следующие 10 дополнительных шкал MMPI (в скобках дается номер шкалы): доминантность (49), лидерство (106), играние ролей (177), контроль (26), общее плохое приспособление (70), импульсивность (93), тревога (16), зависимость (57), сила «я» (62), личностная изменчивость (69). При сравнении с контрольной группой оба родителя менее доминантны, прежде всего отцы; реже бывают лидерами вне семьи, особенно отцы при неврозе страха у детей; хуже играют роли, контролируют себя и приспособлены к действительности. Большая импульсивность отмечается только у матерей, у отцов она почти такая же, как в контрольной группе. Оба родителя более тревожны и зависимы, чем в контрольной группе, у них меньшая сила «я», особенно при неврозе страха у детей, и большая личностная нестабильность. Эти личностные изменения у родителей во многом объясняют затруднения в общении детей со сверстниками.

Личностный опросник Кеттэла

Мы использовали одновременно формы «А» и «С» у НО матерей и 88 отцов детей с неврозами ввиду разного уровня их образования. Сравнение с контрольной группой родителей без невроза у детей (38 матерей и 33 отца) проводилось по форме «А», в то время как сравнение внутри группы родителей с неврозами у детей осуществлялось по обеим формам. Остановимся только на общих результатах. Достоверность различий определялась по критерию Стьюдента.

У матерей детей с неврозами достаточно чаще по сравнению с матерями детей без невроза выявляются большая робость и осторожность в контактах с людьми (фактор H). Они более недоверчивы, подозрительны и осторожны при высоком самомнении (фактор L), менее непосредственны и более расчетливы (фактор N). Отмечаются более, низкий самоконтроль, особенно в аффективной сфере, большая неустойчивость в характере и конфликтность (фактор Q_3). Значительно более выражены внутренняя напряженность, фрустрированность, взвинченность, нетерпеливость, утомляемость и плохое настроение (фактор Q_4).

У отцов достоверные различия с контрольной группой наблюдаются в отношении большего беспокойства, неуверенности; чувства вины (фактор O), консерватизма и морализирования (фактор Q_1).

По обеим формам сравнение личностных особенностей родителей мальчиков и девочек с неврозами показывает, что матери мальчиков с неврозами достоверно более аффективно-нестабильны и неуравновешенны (фактор C формы «С»), а отцы менее общительны (фактор A формы «А»). Из этого следует, что ситуация в семье мальчиков более тяжелая, чем у девочек.

У родителей детей с неврозом по сравнению с родителями контрольной группы выявлен достоверно больший контраст по ряду личностных характеристик: реалистичность — утонченность (фактор I по форме «А» и «С»); робость — смелость (фактор H по форме «А»); конформность — неконформность (фактор Q_2 по форме «А»); низкий — высокий самоконтроль (фактор Q_3 по форме «А» и «С»); расслабленность — фрустрированность (фактор Q_4 по форме «А»).

Этот больший, чем в контрольной группе, контраст личностных характеристик родителей подтверждает невротически мотивированный тип построения супружеских отношений, что неблагоприятно отражается на отношениях родителей и создает противоположные типы воспитательного подхода к детям.

При разделении семей детей с неврозами на конфликтные и бесконфликтные (по оценке матерей) конфликт достоверно чаще наблюдается у матерей эмоционально нестабильных, неуравновешенных (фактор C формы «С»), экспансивных (фактор F формы «А»), с более высоким интеллектом (фактов B формы «А»), прямолинейных в суждениях (фактор N формы «А»), ориентированных на внешнюю сторону событий (фактор M формы «А») и консервативных (фактор Q, формы «С»). Отцы, с которыми конфликтует мать, беспокойны и неуверенны в себе (фактор O формы «С») наряду с высоким напряжением (фактор Q_4 формы «А») и расчетливостью (фактор N формы «А»).

Следует заметить, что конфликтные отношения между родителями детей с неврозами в более

широком, социально-психологическом, плане представляют собой модель конфликтных отношений в разнополой диаде.

Личностный опросник Лири

Каждый из 76 родителей детей с неврозами характеризовал следующие аспекты: «я сам»; «каким бы я хотел быть»; «моя жена (мой муж)»; «мой идеал жены (мужа)»; «я, по мнению жены (мужа)».

По данным опросника, оба супруга внутренне конфликтны, с низкой степенью самопринятия. Негативно окрашенной «я-концепции» противостоит «идеальная концепция «я», в которую они хотели бы, но не могут верить. В контрольных семьях муж и жена (50 пар) внутренне неконфликтны, без ощущения ущербности, степень самопринятия значительно выше, «идеальная концепция совпадает с «я-концепцией». Кроме этого, в невротических семьях супруги менее зависимы от группы, чем в контрольных семьях, что указывает на нарушения общения, известную социально-психологическую изоляцию и развитие эгоцентрических тенденций. Затруднения в сфере общения не могут быть компенсированы в семье ввиду конфликтного характера семейных отношений, что еще больше усиливает самоизоляцию и связанное с ней чувство беспокойства.

Анализ взаимных психологических портретов показывает, что на осознанном уровне каждый из супругов хочет, чтобы другой был ему подобным. Это желание, как форма рационализации, вступает в противоречие с реальной ситуацией, сложившейся в семье, указывая на проявления у супругов эгоцентризма, негибкости и авторитарных тенденций. Каждый из них также считает, что другой должен быть более конформным, доверчивым и менее упрямым. Оба супруга расценивают мнение другого о себе следующим образом: «Я знаю, что обо мне думает жена (муж), но я не такой». Это указывает на несовпадение их представлений друг о друге и низкое взаимопонимание. В контрольных семьях взаимные представления мужа и жены большей частью совпадают. Они расценивают мнение о себе так: «Я знаю, как обо мне думает жена (муж), и я такой».

Получен ряд отличий в характеристиках родителей при разделении семей детей с неврозами и в контрольной группе на конфликтные и бесконфликтные (по отдельным оценкам матери и отца). При неврозах у детей матери, склонные определять свои отношения с отцом как конфликтные, чаще обладают доминантными (властными) чертами характера (I октанта); самоуверенностью и самовлюбленностью (II октанта); непримиримостью и жестокостью (III октанта); упрямством, негативизмом и скептицизмом (IV октанта). Наоборот, реже находят свои отношения с мужем конфликтными матери уступчивые (V октанта); доверчивые (VII октанта); отзывчивые, бескорыстные и жертвенные (VIII октанта). В контрольных семьях у матерей, определяющих свои отношения с мужем как конфликтные, нет различий по I и II октантам, т. е. при неврозах у детей доминантность и эгоцентризм матери являются качествами, способствующими в первую очередь возникновению конфликтных отношений в семье. У отцов подобные различия менее выражены, за исключением III октанты, где они подчеркнуты в невротических семьях. Кроме этого, у отцов по сравнению с матерями противоположное соотношение в обеих группах наблюдается по VII октанте.

Методика незаконченных предложений

Посредством этой методики удается определить сравнительную значимость конфликтных отношений к матери, отцу, семье, половой жизни, товарищам и знакомым, вышестоящим лицам, подчиненным и товарищам по работе; конфликтных отношений к себе, прошлому и будущему, а также к жизненным целям, страхам и опасениям, чувству вины. Полученные данные представляют результат обработки ответов 68 матерей и 50 отцов детей с неврозами.

Наиболее конфликтно воспринимаемыми сферами отношений у обоих родителей являются страхи и опасения (94% матерей и 92% отцов) и чувство вины (91% матерей и 88% отцов). Из других конфликтных сфер выделяются: отношение к прошлому (65% матерей и 68% отцов), к себе (56% матерей и 62% отцов), к половой жизни (71% матерей и 58% отцов), а также отношения матерей к вышестоящим лицам (56%), отцов к подчиненным (48%). Заслуживают внимания и конфликтные отношения в прародительской семье: у матери ребенка чаще конфликтные отношения со своей матерью в детстве (44%), чем у отца (30%), и более значимо конфликтное отношение к прошлому, что подтверждает ранее сделанные нами выводы.

Невротическая структура личности родителей находит свое отражение прежде всего в сфере

восприятия себя, т. е. в существовании постоянных страхов и опасений, чувства вины, недовольства собой и непринятия себя, выражаемых в итоге лабильной и пониженной личностной самооценкой. Те же данные получаются из анализа профиля MMPI (частый подъем по шкале «депрессия»), дополнительных шкал MMPI, опросников Кеттэла и Лири.

Методика Розенцвейга

Мы использовали ее у 59 матерей, включая 12 матерей из неполных семей, и у 44 отцов детей с неврозами. Контрольная группа состояла из 48 матерей и 44 отцов. Проективная основа метода заключается в выявлении реакций (ответов) испытуемых на месте того или иного персонажа, изображенного в ситуации фрустрации. На содержании ответов может сказываться социальная установка типа «я должен поступить так, как принято, и дать соответствующий ответ на месте этого персонажа». В наибольшей мере это относится к родителям детей с неврозами, которые придерживаются социальных стандартов и испытывают чувство вины и беспокойства при кажущемся или реальном отклонении от них. Ввиду этого у матерей и отцов детей с неврозами нет значительных различий с контрольной группой, особенно в плане общего преобладания самозащитных реакций над препятственно-доминантными и упорствующими (ЕД>ОД>NP). Тем не менее можно выделить ряд оттеняющих норму особенностей.

У матерей детей с неврозами по сравнению с контрольной группой несколько чаще проявляется интропунитивная (т. е. самообвиняющая) и импунитивная (уклоняющая или примиряющая) направленность ответов и соответственно менее часто звучит их экстрапунитивная (внешнеобвиняющая) направленность. У отцов детей с неврозами по сравнению с контрольной группой отмечается значительное преобладание экстрапунитивной направленности ответов, т. е. они ищут источник конфликта вне себя; несколько чаще, чем в норме, ответы импунитивной направленности и несколько реже — интропунитивные ответы.

По типу реакций и матери и отцы несколько реже обнаруживают самозащитный и упорствующий тип реакций и чаще — препятственно-доминантный. В последнем случае они или застревают на конфликтной ситуации, или считают ее само собой разумеющейся, или отрицают факт ее существования. В этом заложены предпосылки семейного конфликта, что подтверждается при разделении семей на неконфликтные и конфликтные (по оценке обоих родителей). В последних у матерей чаще встречаются ответы препятственно-доминантного типа и увеличивается их импунитивная направленность. В отдельно рассматриваемых неполных семьях, где произошел разрыв брачных отношений, у матерей реже, чем в полных семьях (конфликтных и бесконфликтных) и в норме, наблюдается интропунитивная (самообвиняющая) и чаще экстрапунитивная (внешнеобвиняющая) направленность ответов. В этом проявляются личностные особенности матери, способствующие разводу.

У отцов в конфликтных семьях более выражена, чем в бесконфликтных семьях и тем более в контрольной группе, экстрапунитивная (внешнеобвиняющая) направленность ответов, т. е. они не рассматривают себя как источник конфликта. Одновременно у них реже проявляется импунитивная (уклоняющая или примиряющая) направленность ответов.

Коэффициент социальной адаптации (GCR) у родителей детей с неврозами достоверно меньше, чем у родителей контрольной группы. Это обусловлено неблагоприятными личностными особенностями родителей детей с неврозами, в том числе их внутренней конфликтностью. Коэффициент социальной адаптации у них (по совпадающей оценке обоих родителей) значительно менее выражен в конфликтных семьях. Наиболее низкие показатели GCR у матерей, считающих в отличие от отцов свои отношения в семье бесконфликтными. В отличие от матерей у отцов в этих же семьях коэффициент социальной адаптации максимален. Минимален он у отцов, которые по сравнению с матерями считают свои отношения бесконфликтными. Следовательно, в семьях с односторонним конфликтом менее социально адаптирован тот из родителей, который оценивает свои отношения в отличие от другого родителя как бесконфликтные.

Цветовая методика Люшера

В отличие от методики Розенцвейга цветовая методика Люшера более информативна и чувствительна, особенно в отношении выявления стрессовых состояний, но ее интерпретация должна

проводиться с еще большим сопоставлением с данными клиники. Сущность методики состоит в анализе характера выбора цветов в порядке предпочтения из 8-цветового набора. Методика применялась на первом этапе в 90 парах «мать — ребенок с неврозом» и 70 контрольных парах «мать — ребенок без невроза и нарушений поведения», на втором этапе — у 50 родителей детей с неврозами.

Матери детей с неврозами предпочитают зелено-синие и коричнево-серые цвета, отвергают красный. Это свидетельствует о потребности в расслаблении, покое, восстановлении сил. Они действуют больше через напряжение, отгораживаются и защищают себя от конфликтов. В контрольной группе матери больше предпочитают красные и синие цвета, которые говорят о большей активности и силе «я». Кроме напряженности, защитности и упрямства, у матерей детей с неврозами выявляются и такие стороны стресса, как неудовлетворенность эмоциональными отношениями, разочарование и безнадежность положения, боязнь предпринимать что-то новое.

Значительные отличия от контрольной группы наблюдаются в отношении выраженной тревожности как у матери, так и у ребенка с неврозом. Причем имеет место прямое соотношение между тревожностью матери и тревожностью у ребенка. Это — существенный факт, подчеркивающий тревожность матери как главный источник тревоги ребенка. Поэтому эффективность психотерапевтических усилий может быть сведена на нет при сохранении тревожного состояния матери. Максимум тревожности в паре «мать — ребенок» встречается при неврозе страха и неврозе навязчивых состояний, менее часто при неврастении и меньше всего при истерическом неврозе.

Отдельно был проанализирован выбор цветов у матерей и отцов при неврозах у детей. Согласно интерпретации, источники стресса и тревоги у обоих родителей близки между собой. В основном это неудовлетворенные эмоциональные потребности и заостренное желание независимости, которое сочетается с нежеланием идти на риск потерять все, сопровождаясь внутренней конфликтностью, чувством напряжения и беспокойства. В существующем положении у матерей проявляются раздражительность и импульсивность, когда они односторонне выделяют свои желания и действия без учета последствий (эгоцентризм и прямолинейность). У отцов потребность избавиться от переживаний питается иллюзорными надеждами на идеализированную близость, основанную на обаянии обеих сторон. Матери требовательны в обращении, но избегают открытых конфликтов, которые могли бы помешать свершению надежд и замыслов. У них выражена потребность в поддержке и подбадривании со стороны других, их участии в разрешении проблем. Отцы более болезненно воспринимают непонимание окружающими их нужд и желаний. При этом у них часто появляются чувство одиночества, мысли о том, что им не к кому обратиться и не на кого положиться.

Оба родителя хотят преодолеть трудности и упрочить свое положение, для чего им необходимо признание в сочетании с чувством безопасности и избавлением хотя бы от части проблем. Однако реально это неосуществимо из-за чувства усталости, душевного надлома, непомерности требований к себе, неадекватных способов утверждения своей самостоятельности и независимости. Поиск спасения от проблем видится в безопасной, свободной от конфликтов ситуации, но это, по существу, бегство от себя, отказ от реалистического разрешения личностных конфликтов, что подтверждается и частым непризнанием самого факта наличия эмоциональной неудовлетворенности. Вместо этого, как мы увидим далее, родители разрешают свои проблемы за счет ребенка, идеальный образ которого и выступает вначале для них в качестве очага безопасности и эмоционального принятия, но затем под влиянием действительности перестает играть эту роль, вызывая конфликтную диспозицию по отношению к ребенку и заостряя отношения между самими родителями.

Отношения в семье

Выявленные характерологические и невротические изменения у родителей являются большей частью следствием неблагоприятных условий формирования их личности в прародительской семье в детском и подростковом периоде жизни. Личностные изменения родителей отражаются на их отношениях в браке и на воспитании детей, создавая характерологически и невротически мотивированные проблемы семейных отношений. Поэтому мнение о том, что ребенок, к примеру, может длительно болеть неврозом под воздействием только одного испуга, не соответствует действительности, так как испуг является выражением беспокойства ребенка как одного из многих проявлений его невротического типа реагирования, обусловленного, в свою очередь, личностными особенностями родителей и нарушенными отношениями в семье.

В данном разделе остановимся на некоторых наиболее актуальных для психотерапии сторонах семейного конфликта, выражающих особую структуру межличностных отношений в семье. Речь пойдет не только о внешней стороне конфликта, но и о проявлении постоянного внутреннего недовольства, раздражения и обиды, имеющих своим источником столкновение несовместимых желаний, установок и потребностей в отношении того или иного конкретного лица в семье.

Конфликт может создавать постоянное и неразрешимое состояние внутреннего эмоционального напряжения типа дисстресса, ослабляющего биотонус, реактивность и чувство психического единства. Наиболее часто можно говорить о наличии невротического, субъективного конфликта, опосредованного невротической структурой личности и диспозицией в системе отношений.

У родителей это выглядит как основанное на личностном, во многом неудачном, опыте отношений в прародительской семье построение в браке идеализированных концепций «образа матери» у мужа и «образа отца» у жены. Эти повышенные, нередко болезненно заостренные, ролевые ожидания супругов по механизму невротической зависимости в начале брака облегчают взаимопонимание между ними, нередко приводя к обоюдной или односторонней идеализации образа партнера и самих брачных отношений. Но в дальнейшей супружеской жизни повышенные ролевые ожидания вступают в противоречие с реальными жизненными ситуациями, невротически заостряя их, особенно в кризисные периоды жизни семьи, связанные с отделением от родителей, вмешательством с их стороны, рождением ребенка, его болезнями и т. д. В эти периоды чаще возникают напряженные отношения между супругами из-за проблем доминирования в семье и воспитания детей. В ряде случаев эти проблемы не могут быть разрешены усилиями самих супругов, и развод в таких случаях указывает на неподготовленность к восприятию реальных проблем семейной жизни. Чаще всего развод происходит в первые годы жизни ребенка, так как его отец не может перенести безоговорочное переключение внимания супруги на ребенка. Аффективно-болезненно и ревниво реагируя на это, он воспринимает себя как «третьего лишнего» и уходит обычно к своей матери, где получает недостающие, с его точки зрения, заботу, внимание и любовь.

В сохранившихся семьях идущие от прародителей персонификации постепенно замещаются взаимной проекцией супругов, когда каждый из них видит в другом прежде всего самого себя, идеализируя этот образ и аффективно реагируя на несоответствие его своим ожиданиям. Неосознанное восприятие другого как подобного себе, односторонние требования отзывчивости, понимания и любви вступают в противоречие с реальным контрастом черт характера супругов, порождая у них чувство неудовлетворенности и внутренний, долгое время не раскрываемый внешне конфликт. В этой ситуации на появившегося ребенка аффективно переносятся нереализованные ожидания супругов, и тогда он вынужден выполнять противоречивые роли или функции, превышающие предел его адаптационных возможностей. Концентрируя на себе эмоциональное напряжение родителей, ребенок в то же время усиливает их неотреагированный и большей частью латентный конфликт, который в полной мере проявляется в сфере его воспитания в виде противоположных тактик отношения родителей.

В изучаемых семьях каждая вторая мать и каждый третий отец считают отношения между собой конфликтными. В то же время конфликт, признаваемый или матерью, или отцом, встречается в 57,5%, а признаваемый обоими в 34% случаев. В последнем случае можно говорить о выраженной степени конфликта, обычно затрагивающего все сферы семейных отношений и проявляющегося чаще в семьях девочек, где отец оказывается в эмоциональной изоляции и аффективно-ранимо реагирует на отдаление от него супруги и дочери.

Гораздо чаще, чем в контрольных группах, конфликт проявляется также в сфере отношений родителей к детям. У матери конфликт, как по ее оценке, так и по оценке отца, отмечается в 69% случаев и чаще звучит в отношениях матери с мальчиками (72,5%), чем с девочками (64%). В семьях мальчиков часто встречается ситуация, когда у матери нет конфликта с отцом, но он максимально выражен в отношениях с сыном. При этом мать аффективно-нетерпимо относится прежде всего к тем чертам мальчиков, которые напоминают нежелательные, с ее точки зрения, черты характера отца, т. е. здесь проявляется не выражаемый внешне конфликт с отцом ребенка. Мальчик при этом является «козлом отпущения» для матери, и пара «мать — сын» предстает как наиболее частое конфликтное сочетание в рассматриваемых семьях. У девочек, в отличие от мальчиков, чаще имеет место открытый конфликт матери и отца, т. е. родители в большей степени «разряжают» нервное напряжение друг на друге, чем на дочери.

Конфликт отца с детьми, как по его оценке, так и по оценке матери, наблюдается значительно реже — в 34% случаев, наиболее редко с дочерьми, но в последнем случае отец чаще всего конфликтует

с матерью, компенсируя таким образом в отношениях с ней свое напряжение.

Если учесть все виды конфликтов в семье, то они встречаются в 92,5% семей мальчиков и в 76% семей девочек. Следовательно, конфликтная структура отношений более присуща семьям мальчиков, в которых излишне принципиальная и требовательная мать аффективно реагирует на реальное несоответствие ею же созданного образа сына как контраста упрямому и несговорчивому, по ее мнению, отцу ребенка, способному оказывать на него только неблагоприятное воздействие. Подобное отношение матери является отражением ее гиперсоциализированных и нередко паранойяльных черт характера. Эта же мать упорно защищает мальчиков от образования эмоционального союза с отцом, при котором она оказывалась бы в состоянии эмоциональной и половой изоляции в семье. Субъективно воспринимаемая матерью угроза эмоционального одиночества обусловлена травмирующим опытом ее взаимоотношений в прародительской семье. Не допускаясь в сознание, эта угроза способствует образованию аффективно-защитного реагирования по отношению к сыну, который, к тому же, больше устраивал мать, если бы был девочкой. Таким образом, отношение матери невротически мотивировано.

Принимая во внимание, что при наличии в семье мальчика конфликт чаще всего проявляется в отношениях матери с ним, а при наличии девочки — между отцом и матерью, следует сделать вывод о большей конфликтной диспозиции у родителя противоположного с ребенком пола, обусловленной непереносимостью эмоциональной и половой изоляции в семье и ревностью к образованию разнополого союза другого родителя и ребенка. Так создается препятствие для идентификации детей с родителями того же пола — у мальчиков с отцом, ввиду отрицательного отношения матери к их сближению, а у девочек с матерью, ввиду отрицательного отношения отца. В более неблагоприятной ситуации оказываются мальчики, так как практически во всех случаях их отцы не доминируют в семейных отношениях и воспитании. В этих условиях затрудняется и эмоциональный контакт девочек с отцами, что впоследствии неблагоприятно отражается на их отношениях с противоположным полом.

Вне зависимости от пола детей конфликтное противопоставление родителями точек зрения на воспитание служит для них своеобразной разрядкой напряжения и предотвращает в известной мере некоторые крайности отношения к детям, прежде всего чрезмерный уровень заботы, аффективность, физические наказания. Но это «позитивное» значение родительского конфликта сопряжено с уменьшением индивидуализации и повышением тревожности в отношениях с детьми, непоследовательностью и различиями в родительской заботе и контроле, что способствует нарастанию возбудимости детей. Вместе с ранее рассмотренными нарушениями процесса идентификации это обусловливает повышенную внушаемость детей в общении с посторонними лицами. Появление второго ребенка уменьшает конфликты родителей между собой и с первенцем. Наименее конфликтна для отца ситуация в семье, когда в ней два мальчика, так как в этом случае он имеет возможность чаще доминировать в семье, т. е. с его мнением больше считаются. Конфликт родителей с первым ребенком уменьшается при появлении сибса другого пола, особенно у матери при рождении девочки, когда она образует с ней эмоциональную диаду и перестает ранимо реагировать на сближение мальчика с отцом. Но при появлении второго ребенка возникает конфликт между детьми, когда они начинают ревниво воспринимать отношение родителей к себе, заменяя этим теперь не проявляемый внешне конфликт родителей.

Если в семье проживает бабушка, то она, как и мать, ревниво относится к отцу, считая, что он оказывает отрицательное влияние на ребенка. Незримо конфликтуя с матерью ребенка (своей дочерью) и его отцом, бабушка, по существу, вытесняет дочь из ее материнской роли, относясь тем самым к внуку, как к своему ребенку. Дочь же, в свою очередь, вытесняет отца ребенка. Тогда создается парадоксальная ситуация, когда отец, оказавшись в роли «третьего лишнего», не принимает участия в жизни семьи или уходит из нее. В наиболее травмирующей ситуации в данном случае оказываются мальчики, у которых бабушка в роли «матери» и мать в роли «отца» создают «псевдосемью», разрушающую саму возможность идентификации мальчиков с отцом.

Во всех случаях доминирование матери в изучаемых семьях, в отличие от контрольных, носит менее гибкий и ситуативный характер, отец же доминирует реже, особенно при наличии конфликтной ситуации в семье. При этом мать иной раз не хочет, но вынуждена доминировать в семье, чтобы сохранить влияние на ребенка, в то время как отец хочет доминировать, но не может из-за своего мягкого характера и эмоциональной изоляции в семье. Ребенок в этих условиях становится центром родительского конфликта, а его невроз — клиническим выражением личностных проблем родителей в аффективном фокусе их взаимоотношений.

Как уже отмечалось, родители в изучаемых семьях невротически зависят друг от друга. Поэтому

трудно сделать категорический вывод об ответственности одного из них за возникновение конфликтной ситуации в семье. К примеру, излишняя принципиальность, требовательность, вынужденное доминирование матери могут быть ответной реакцией на излишнюю мягкость и несамостоятельность отца, его недостаточно включенную позицию в жизни семьи.

Основная проблема родителей состоит в неумении обеспечить эмоционально ровные, взаимоприемлемые, гибкие и непосредственные отношения вследствие неблагоприятных изменений их личности, главным образом низкой степени самопринятия и тесно связанного с этим чувства взаимного недоверия. Часто имеющее место аффективно-настороженное восприятие действий партнера в браке неосознанно мотивировано избеганием травмирующих переживаний, в еще большей степени понижающих чувство собственного достоинства и самопринятия. Таким образом, аффективная, нередко тревожно проявляемая, настороженность лежит в основе чувства недоверия родителей друг к другу, являясь одним из выражений их невротического типа реагирования. В ряде случаев недоверие обусловлено гиперсоциализированными и паранойяльными чертами личности родителей, когда они поступают излишне формально и принципиально, не учитывают требования момента, слишком нетерпимы к слабостям и ошибкам друг друга.

Недоверие родителей, как сплав аффекта, характера и ситуации, распространяется на отношения с детьми, вступая в противоречие с формирующимся у них чувством собственного достоинства и самоуважения, что способствует возникновению ответных напряженных отношений. Таким образом, конфликт родителей с детьми в первую очередь обусловлен неблагоприятными изменениями личности самих родителей и их невротическим состоянием, скрытыми или явными разногласиями между ними. Конфликтные ситуации нередко драматически представлены в неполных семьях, где мать не принимает мальчиков из-за нежелательных, с ее точки зрения, общих черт с отцом. Все помыслы таких матерей направлены на недопущение встреч ребенка и отца. Одна мать так высказалась про своего сына: «Я имею вечный портрет бывшего мужа перед собой».

Вследствие своих разногласий и личностных особенностей родители также не могут вовремя и согласованно адаптироваться к ребенку, требующему индивидуального, эмоционально щадящего, терпеливого и доверительного отношения. В результате у ребенка возникают эмоциональные нарушения, создающие определенные препятствия для последующей адаптации в отношениях с родителями, которые реагируют на это аффективным и противоречивым образом, еще более расходясь во мнении друг с другом. Так возникает патологический круг нарушенных семейных отношений.

Другим немаловажным обстоятельством появления аффективного отклика детей на характерологически и невротически спровоцированные требования является их несоответствие фактическому поведению родителей. Это иллюстрируется примерами, когда аффективно-неустойчивые и эгоцентричные родители сами устраивают истерики при неудовлетворении ребенком их капризов и в то же время требуют от него послушания и умеренности в желаниях; когда они пугают детей всяческими последствиями невыполнения их требований и в то же время ожидают от них уверенности в себе; когда родители постоянно опаздывают на прием, но требуют от ребенка педантичного соблюдения режима дня; когда мать жалуется на несдержанность сына и постоянно перебивает врача; когда родители глухи к просьбам детей, но нетерпимы к их упрямству и т. д. Во всех этих случаях родители «не замечают» у себя тех особенностей характера и поведения, на появление которых у ребенка реагируют аффективно-болезненно. Более того, они проецируют на детей свои проблемы и переживают их впоследствии вместе с ними. Некоторых родителей, особенно матерей, пугает в ребенке не столько отличие от других детей, сколько то, что он воспроизводит их собственные проблемы детства, с которыми они сами не справились в свое время. Осознание подобной взаимосвязи и появление чувства вины являются не только мотивом обращения за помощью к врачу, но и причиной перехода родителей в другую крайность, когда они идут во всем навстречу ребенку. Последний при этом своим аффектом страха держит родителей в качестве своеобразных «заложников», компенсируя многие из крайностей их предшествующего подхода. Подобная неустойчивость и непоследовательность родителей типичны для изучаемых семей детей с неврозами.

Следует также отметить патогенную значимость не выражаемых внешне раздражения и недовольства родителей, которые иной раз больше гнетут и волнуют детей, чем если бы родители выразили внешне и определенно свои, пусть даже и отрицательные, чувства. Основным психотравмирующим моментом здесь является развитие у детей состояния неопределенности и тревожного ожидания, ведущего к появлению диффузного чувства беспокойства. Патогенность этой ситуации усиливается негласным родительским запретом на любые выражения отрицательных чувств у

детей. Эти табуированные предписания создают резкий контраст между детской непосредственностью и родительской озабоченностью, когда дети не могут пожаловаться даже родителям, опасаясь, что их неправильно поймут, осудят или накажут. В этой ситуации и мать, и отец не понимают, что блокирование выражения эмоций у детей способствует появлению у них напряженности и замещающим ее агрессивным фантазиям.

Длительно существующие и неразрешимые проблемы взаимоотношений родителей и детей приводят к эмоциональному утомлению и нарастающему чувству беспокойства с обеих сторон, повышению уровня возбудимости при общении, когда «вместе тесно, врозь скучно». Это обычно те ситуации, при которых ребенок и взрослый член семьи относительно спокойны наедине, но быстро возбуждаются вместе, особенно при включении третьего лица. Тогда вся группа становится неуправляемой, а ответственность за это в конце концов несет один ребенок. Обычно родители в таких случаях жалуются на повышенную возбудимость детей, но выясняется, что она проявляется только дома и отсутствует в детских учреждениях. Подобный диссонанс говорит о проблемах семейных отношений и эмоциональном дискомфорте ребенка в семье, что подлежит не глушению посредством транквилизирующих средств, а внимательному рассмотрению и психотерапевтическому воздействию на семью в целом.

Конфликт детей с родителями, как обратная сторона конфликта родителей с детьми, долгое время находится в латентной фазе своего развития с ведущим переживанием на почве личных привязанностей и противоречивого отношения к родителям. В этой фазе отношение родителей воспринимается с нарастающим чувством обиды при подавлении внешнего выражения переживаний. Возникающие фазовые состояния в виде эмоциональных расстройств и упрямства расцениваются в семье не как болезненные симптомы, а как выражение «духа противоречия», сидящего в ребенке, злой воли, подобно демону, управляющей его поведением. Такие магические представления являются архаическими формами самосознания, своеобразным выражением тревожно-мнительного настроя. Если родители считают нежелательное для них поведение детей проявлением злой воли и наказывают за это, то дети, в свою очередь, воспринимают их отношение как плохое, несправедливое или даже (более старшие дети) как жестокое, что обычно не связывается с характером самих родителей, а ассоциируется с теми образами, которые олицетворяют в сказках зло и насилие, вроде чудовища, дьявола, черта, Бабы-Яги и Кощея Бессмертного. На более глубоком уровне мотивации это означает и страх перед угрозой отчуждения матери и отца, символом которого опять же являются сказочные персонажи. Приведем следующие примеры: мальчик 8 лет, имея строгого отчима, панически боится сказочного Кощея; мальчик 7 лет из неполной семьи боится Бабы-Яги при конфликтующей с ним матери; то же у мальчика 6 лет, которого не любит мать, поскольку он от первого брака; девочка 5 лет боится Бабы-Яги, о которой ей напоминает аффективно-измененный, крикливый голос невротичной матери; мальчик 10 лет боится черта, ввиду того, что его импульсивный отец злоупотребляет алкоголем; девочка 5 лет, видящая волка во сне, имеет возбудимого и не включенного в жизнь семьи отца. Во всех этих случаях дети боятся, что с ними может произойти нечто страшное, жестокое и непоправимое, находящее воплощение в противоположных понятиям доброты, сердечности, любви, искренности и непосредственности образах зла, жестокости и коварства. В этом смысле Баба-Яга — это образ «не матери», а Кощей Бессмертный — это образ «не отца», в таком понимании страх перед этими и подобными персонажами выступает как наиболее ранний признак внутреннего конфликта детей, указывающий на неблагополучие отношений с родителями (рис. 3).

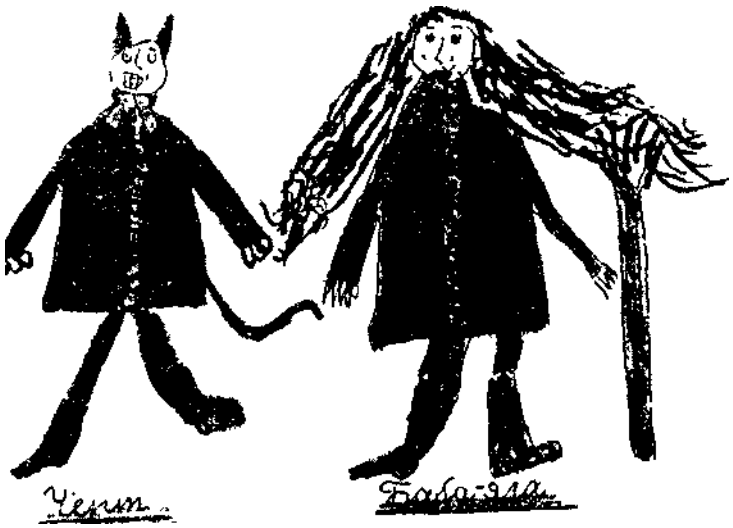

Рис. 3. «Семейный портрет» в виде Черта и Бабы-Яги, отражающий травмирующий опыт семейных отношений у мальчика 9 лет.

Конфликт с родителями отражают и кошмарные сновидения. В этой связи можно упомянуть о девочке 6 лет с невротическим энурезом и нейродермитом в клинической картине неврастении. Ее мать с холерическими чертами темперамента, истерической структурой личности и тяжелым невротическим состоянием постоянно одергивает, торопит и ругает дочь за ее общую с отцом медлительность. Всю свою любовь мать переносит на такого же активного, как она, младшего сына, в то время как отец, к которому привязана дочь, часто находится в длительных командировках. Во время приема девочка производила впечатление крайне заторможенной, обидчиво-недоверчивой и упрямой. Но когда ей был задан вопрос о снах, она сразу оживилась, словно проснувшись, и стала эмоционально, с жестикуляцией рассказывать о царящих в них людоедах и разбойниках, с которыми она, однако, находила более общий язык, чем с матерью. Днем же ее заторможенность и связанное с ней упрямство были непроизвольно-защитной реакцией на бездушное, грубое и импульсивно-непоследовательное отношение матери.

В некоторых случаях дети непроизвольно обыгрывают вызывающие беспокойство родителей ситуации с целью компенсации неудовлетворенных потребностей. Например, девочка 5 лет использует беспокойство матери по поводу ее плохого аппетита для изменения в приемлемую сторону отношения к ней. Обычно чрезмерно строгая и требовательная мать неузнаваемо меняется во время еды, так как думает, что дочь неминуемо умрет от истощения, если не будет есть «сколько положено», выражая в этом не столько заботу, сколько тревожность и паранойяльные черты характера. Дочь же, не имея возможности выразить иным путем свой протест по поводу принуждающего отношения матери, непроизвольно удлиняет время приема пищи, что вызывает беспокойство матери и смягчение ее требований. То же возникает перед сном, когда любые проявления беспокойства у ребенка вызывают более адекватный эмоциональный отклик у родителей. Аналогичные ситуации наблюдаются у младших детей при длительном одевании и туалете, во время которых родители вынуждены вступать в общение с детьми. Во всех случаях беспокойство родителей и ребенка выступает в качестве более приемлемого средства коммуникации между ними. Для детей это одновременно и способ отреагирования конфликтных напряжений в отношениях с родителями.

Взаимообусловленный проблемный характер отношений виден из следующих высказываний: «Как только у меня спадает напряжение, оно растет у мужа; получается заколдованный круг, мы все трое фиксированы друг на друге», «Теперь все дело в нас, моя жена и ее мать очень эмоциональны и часто кричат на сына, образуя с ним коалицию. Когда я пытаюсь оберегать его, у меня возрастают трения с ними, а сын чутко реагирует на это. Опять же, если я не вмешиваюсь, то рано или поздно срываюсь и у меня нет выхода» (добавим, что выход все же был найден... отец часто уезжает в командировки), «Бабушка злится на маму, мама злится на меня, а у меня терпение лопается», «Муж стал меня раздражать, и я противоречу ему во всем, затем у меня депрессия, и все выливается на сына». В последнем случае у мальчика были упорные приступы бронхиальной астмы на фоне общего с матерью невротического состояния. Одновременно был проведен курс гипнотерапии у матери и сына, но неожиданно приступы бронхиальной астмы впервые в жизни возникли у отца. В другом случае после устранения у девочки 9 лет с невротическим состоянием приступов бронхиальной астмы у ее матери возникла невротическая депрессия, которая маскировалась раньше гиперопекой и беспокойством в

отношении больной дочери. Только после активного содействия со стороны отца и оказания психотерапевтической помощи матери удалось нормализовать обстановку в семье.

С целью более полного изучения семейных отношений мы используем экспериментальную методику «гомеостат». Это электронное устройство с выносным пультом, где имеются ручки и циферблат со стрелкой. Одновременное и согласованное вращение двух или трех ручек в зависимости от числа испытуемых позволяет привести стрелку шкалы в среднее положение. В сложном режиме это практически невозможно сделать. Семьи детей с неврозами (70 семей) и контрольная группа (44 семьи) исследовались вначале по семейным диадам «мать — отец», «мать — ребенок», «отец — ребенок», а затем в целом. Результаты исследования объективно подтверждают низкую успешность совместной деятельности в семье у детей с неврозами, наличие большого числа напряжений и малопродуктивных действий. В немалой степени это вызвано конфликтным стремлением супругов к одностороннему доминированию во внутрисемейных отношениях, навязыванием своей точки зрения и в то же время невозможностью соответствовать ей реально. Родители при взаимодействии между собой и с детьми используют преимущественно разную и непоследовательную тактику. Особенно это заметно в отношениях с детьми, когда один из родителей к тому же пытается жестко доминировать, а другой во всем ему уступает. В контрольных семьях без невроза у детей статистически достоверно выше успешность совместной деятельности, она более продуктивна и сопровождается существенно меньшим числом эмоциональных напряжений. Более успешно и доминирование в семейных отношениях, если оно имеет место. К тому же доминирование носит более гибкий и ситуативный характер. Значительно чаще, чем в семьях с неврозами у детей, в супружеских отношениях доминирует отец. Как во взаимодействии между собой, так и с ребенком, родители контрольной группы большей частью используют согласованную и последовательную тактику. В паре с ребенком родители взаимодействуют на «равных», придерживаясь между собой одинаковой тактики, когда они вместе уступают ребенку или доминируют в отношениях с ним.

Рассмотренные особенности отношений в семьях детей с неврозами могут быть сгруппированы следующим образом: 1) построение отношений в браке по типу невротически мотивированного взаимодополнения при реальном контрасте черт характера супругов; 2) личностные изменения у родителей, а также невроз у одного из них, предшествующий возникновению невроза у ребенка; 3) инверсия супружеских и родительских ролей; 4) образование эмоционально обособленных диад и блокирование одного из членов семьи; 5) тревожно-депримированная эмоциональная атмосфера в семье; б) повышенная эмоциональная возбудимость и непродуктивные напряжения в процессе общения в семье; 7) использование одного из членов семьи в роли «козла отпущения».

Особенности воспитания

Мы уже касались некоторых сторон воспитания, в частности непринятия и гиперопеки. Непринятие подразумевает не только нежеланность ребенка или несоответствие его пола ожиданиям матери и отца, но и непринятие его индивидуальных особенностей развития, несовместимых с характерологически, конфликтно или невротически измененными представлениями родителей. Лейтмотив этого отношения состоит в том, что ребенок не тот, кто ожидался, кто оправдывает надежды, с кем легко, а тот, кто, наоборот, воспроизводит проблемы самих родителей или напоминает нежелательные черты одного из них, отнимает все время и препятствует реализации жизненных планов. Поэтому наиболее выделяющейся стороной их отношения является неудовлетворенность ребенком, что встречается у матерей детей с неврозами достоверно чаще, чем в контрольных группах. Существенно и то, что у этих матерей несколько более медленно развивается чувство материнства, которое сохраняется более длительное время на неизменном уровне. Невротически опекая ребенка и заменяя собой мир сверстников, мать отказывает ему и в праве на самостоятельность, не доверяя его опыту и тревожно-мнительно опасаясь последствий его самостоятельности. Наибольшее удивление у матерей вызывают слова врача о наличии у их детей, особенно сыновей, воли. «Разве?» — с недоверием говорят они. В их представлении воля — это беспрекословное послушание и безоговорочное подчинение всем их требованиям. Одни матери утверждают при этом, что у ребенка нет своего «я» — он упрямый. Другие, заявляя, что у него нет никакого чувства ответственности, опекают и тревожатся за сына в такой степени, что практически живут вместо него, подменяя его индивидуальность и самостоятельное решение проблем. Тем самым они неосознанно культивируют зависимость ребенка от себя и

пассивность, принципиально требуя в то же время от него ответственности. Когда врач просит детей периодически сообщать о состоянии своего здоровья по телефону, вместо них всегда говорят матери. В этой установке «жить вместо», а не «вместе» с ребенком может проявляться и сверхпринимающее отношение матери, когда она так любит своего ребенка, что заменяет его собой, атрофируя его активность, инициативность и самостоятельность. Ребенок же может переживать такое отношение как недоверие к его возможностям и непонимание его запросов.

Если нежеланность ребенка чаще встречается у молодых родителей с еще не сформировавшимся чувством материнства и отцовства, то непринятие индивидуальности ребенка присуще более «пожилым» родителям, обладающим доминантными, тревожно-мнительными и гиперсоциализированными чертами характера. Если молодые родители стремятся как можно раньше отдать ребенка в ясли или перепоручить его своим родителям, то «пожилые» родители, наоборот, стремятся изолировать его от любых внесемейных контактов, в том числе от вредного, с их точки зрения, влияния сверстников и нередко пользуются любым поводом, чтобы не водить ребенка длительное время в детский сад или школу.

Установочное отношение родителей в виде непринятия и их характерологические особенности неблагоприятно отражаются на любви к ребенку. В большинстве случаев она носит принципиальный и не выражаемый внешне характер. Одна мать заметила: «Ласкать нельзя ни в коем случае, они разбалтываются окончательно». Любовь условна, т. е. ребенок признаваем и любим только тогда, когда он оправдывает повышенные ожидания и требования родителей. К тому же она имеет «собственнический» характер. Родители любят не столько самого ребенка, сколько его соответствие своему навязываемому или внушаемому образу «я».

Любовь конъюнктурна, поскольку на нее спроецированы отношения родителей в виде взаимной ревности и недовольства друг другом. Нередко в ней также аффективно-заостренно (реактивно) сосредоточивается неиспользованный потенциал любви родителей, их неудовлетворенность отношениями в браке.

Для матерей детей с неврозами типична гиперопека, которая, так же как и непринятие, обусловлена доминантными, тревожно-мнительными и гиперсоциализированными чертами характера. Вместе с невротически защитной мотивацией это объясняет такие стороны гиперопеки, как стремление сопровождать каждый шаг ребенка, все делать за него, навязывать правила и условности, предохранять и защищать от воображаемых опасностей, необоснованно беспокоиться, удерживать ребенка около себя, в то время как он не нуждается в этом, и одновременно тревожно привязывать его к себе.

Главное патогенное значение гиперопеки состоит в том, что посредством ее ребенку передается беспокойство матери. Помимо этого, гиперопека означает и подмену общения со сверстниками навязываемым контактом со взрослыми, и появление несамостоятельности ребенка, пассивных и инфантильных реакций.

В наибольшей степени гиперопека выражена при истерическом неврозе и неврозе навязчивых состояний. Если при истерическом неврозе она связана со страхом одиночества у матери и ее заостренной потребностью найти признание в ребенке, то при неврозе навязчивых состояний гиперопека обусловлена сверхценным страхом матери по поводу предполагаемой возможности несчастья с ребенком. Последним объясняется стремление матери неотрывно держать ребенка около себя, что уменьшает ее беспокойство, но создаст болезненную зависимость ребенка от ее эмоционального состояния и проблемы при общении со сверстниками.

Тенденция к чрезмерно строгому, ограничивающему контролю проявляется у обоих родителей, но более выражена у матерей. Чаще ограничиваются мальчики, активность и подвижность которых, особенно в первые годы жизни, раздражают родителей. Подобный контроль, как и гиперопека, может быть обусловлен невротическим состоянием родителей, но в отличие от гиперопеки он более характерологически мотивирован, прежде всего доминантностью (властностью) и негибкостью мышления. Чрезмерный контроль выражается в стремлении родителей предупреждать активность ребенка, предписывать ему образ действий, ограничивать его самостоятельность, запрещать, часто наказывать, следить за попытками ребенка делать по-своему, без меры торопить и подгонять его.

Основное патогенное значение контроля в изучаемых семьях заключается в ограничении подвижности детей, что повышает их возбудимость, к тому же он часто не достигает своей цели вследствие невротического состояния родителей и разногласий между ними. Но в этом случае родители больше кричат и наказывают детей, что опять же приводит к повышению их возбудимости. Ограничения достоверно чаще наблюдаются при неврастении детей, когда родители ценой

перенапряжения ребенка и унижения чувства его «я» пытаются безоговорочно навязать ему свою волю, заставляя делать то, что он не может, не умеет или не хочет, когда они стремятся во что бы то ни стало «переплавить» одни черты темперамента ребенка на другие, не обращая внимания на своеобразие его психического развития, темп и выносливость организма.

В изученных семьях отсутствуют жизнерадостные, непосредственные, ровные, гибкие и последовательные отношения родителей с детьми. Вместо этого часто проявляются излишняя принципиальность, требовательность и нетерпимость, недостаточно принимается во внимание чувство собственного достоинства, имеют место частые порицания при отсутствии одобрения и похвалы, несправедливые и незаслуженные наказания, несвоевременная эмоциональная отзывчивость и поддержка, недостаточная душевная щедрость, теплота и искренность. Даже в контролируемом процессе игровых занятий родители и дети говорят все вместе, перебивая друг друга, часто на повышенных тонах, особенно родители, которые вместо пояснений без конца требуют или читают нотации, не доверяют словам детей. В разговоре остается много недосказанного, темы носят однобокий, рутинный характер, относятся к тому, выучил ли ребенок уроки и вовремя ли он лег спать. Главное, что родители и дети не умеют общаться между собой, представлять себя на месте друг друга и сохранять ровные и непринужденные отношения.

Следует заметить, что требования родителей могут быть правильными в своей основе, но неадекватными по манере выражения, чему в немалой степени способствует их невротическое состояние. Болезненно завышенный объем требований родителей и аффективный способ предъявления заставляют говорить об их реактивном характере и рассматривать как средство неосознанной компенсации чувства неудовлетворенности собой и низкого уровня самопринятия. Таким образом, избыточные и раздраженно-нетерпеливые требования родителей выступают в качестве непроизвольного ритуала защиты «я» от собственных проблем самоконтроля. Невозможность критического признания этих проблем и их конструктивного преодоления порождает чувство внутренней неудовлетворенности и беспокойства, недовольства собой, повышение внутреннего напряжения и компенсаторную аффективно-агрессивную разрядку в виде «потока» требований, угроз, советов и предписаний. В этом значении несоразмерный, аффективно-повышенный уровень требований родителей, как и нетерпеливость и непоследовательность в обращении с ребенком, можно расценить как проявление невротически мотивированного типа реагирования. Кроме того, многие из крайностей отношения матери, особенно требования педантичного соблюдения режима дня, являются резидуальными проявлениями авторитаризма ее матери, бабушки ребенка. Все это объясняет эффект «заданности» в воспитании, когда родители поступают подчеркнуто «правильно», излишне принципиально. В какой-то мере они понимают неестественность своего отношения, но не способны его перестроить, как и претворить свои принципы в жизнь.

Другая особенность воспитания — это наличие у родителей ряда сверхценных идей, отражающих их тревожно-мнительные и паранойяльные черты характера. Здесь и сверхценный страх лишиться влияния на ребенка, и паранойяльная убежденность в том, что его нужно во что бы то ни стало оберегать от всех опасностей и трудностей жизни, что на него плохо влияют другой родитель и сверстники, что ребенок не хочет идти им навстречу (в то время как он фактически не может), что у него нет силы воли, самостоятельности, что им нужно во всем управлять, подчинив его полностью себе и т. д.

Еще одна особенность — это непроизвольное внушение детям чувства личностной недостаточности особой манерой обращения с ними: «ты никогда и ничего не делаешь так, как нужно», «у тебя одни крайности, ты не можешь обойтись без фокусов», «смотри, не сделай...», «если ты...» и т. д. Подобные высказывания вызывают противоположный эффект, приковывая внимание ребенка и создавая у него навязчивое желание реализовать запрет.

Тревожно-мнительному настрою детей часто способствуют неосторожные высказывания взрослых членов семьи вроде: «лямблии выгнали, а они уже успели сделать ходы». Постоянно происходящее «заражение» эмоциями страха и тревоги в домашних условиях доказывается усилением беспокойства у детей после перерыва в лечении, когда они снова боятся заходить в кабинет врача, пугаются всего нового и неожиданного, в том числе им уже знакомых масок и кукол, изображающих зверей.

Все неблагоприятное воздействие родителей на детей, включая неосторожное использование слов, обладающих отрицательным внушающим действием, мы обозначаем термином «парентогения» (от лат. parens — родитель и греч. genesis — возникновение, происхождение), т. е. «порождаемое

родителями, происходящее от них», подобно терминам «дидактогения» (К. К. Платонов), «эгротогения» (С. С. Либих) и «ятрогения» (О. Бумке).

Описываемые отклонения в воспитании иногда выражены незначительно, но и в этом случае можно говорить о минимальной родительской дисфункции, как неспособности родителей адекватно управлять связанной с детьми ситуацией в семье. Она проявляется у отца, не включенного в жизнь семьи и воспитание детей, боящегося ответственности или неровного в отношениях с ними, и у матери, не умеющей наладить эмоционально-теплые и доверительные отношения с детьми.

Более очерченный синдром минимальной материнской дисфункции (или недостаточности) можно охарактеризовать как сочетание противоречивого отношения к появлению ребенка вместе с патологией беременности и родов, несвоевременным и неадекватным откликом на запросы ребенка, непоследовательностью и крайностями в подходе к нему; излишней формализацией отношений, чрезмерно ранним выходом матери на работу, перепоручением воспитания другим лицам, включая раннее помещение в ясли, неспособностью справиться с возникающими в процессе воспитания проблемами.

Как отмечалось, большинство родителей испытывают чувство вины и беспокойства по поводу состояния ребенка. Но подобное осознание приходит уже после появления у него серьезных расстройств, напоминающих родителям об их собственных проблемах. Тогда невроз ребенка выступает в качестве своеобразного средства более адекватной «социализации» родителей, заставляя их критичнее относиться к своим действиям и поступкам и способствуя осознанию некоторых недостатков их характера. Но это еще не означает, что родители способны перестроить свое неадекватное отношение к детям, так как неблагоприятно складывающиеся жизненные обстоятельства, на которые они часто ссылаются, представляют уже следствие их личностных проблем и невротической структуры характера. Обращает на себя внимание более медленный, чем обычно, процесс становления их супружеских и родительских отношений. Здесь сказываются травмирующий опыт отношений в прародительской семье, невротическая структура характера будущих супругов, наличие большого числа предшествующих личностных проблем.

В большинстве случаев речь идет о первом браке не очень молодых людей, внутренне неудовлетворенных собой, имеющих проблемы взаимоотношений и еще не успевших определить свое место в жизни. Средний возраст матери при рождении ребенка — 28,5 года, т. е. выше обычного. Средний возраст родителей при их обследовании составляет у матерей 38, у отцов 40 лет, т. е. у них относительно невелика разница в возрасте. Если вычесть из среднего возраста родителей среднюю продолжительность невроза у детей, равную 3 годам, то окажется, что средний возраст матери при заболевании ребенка — 35 лет, а отца — 37 лет. В этом возрасте родители в большей степени стремятся сконцентрировать свой воспитательный подход и интенсифицировать процесс обучения, что само по себе уже создает некоторые проблемы во взаимоотношениях с детьми. В этом же возрасте имеет место наибольшая личностная напряженность, обусловленная проблемами самоопределения и переходной структурой взаимоотношений в браке, своеобразным кризисом этих отношений, когда «прошлое уже не устраивает, а новое еще не определилось», когда нужно дать себе ответ: «кто я есть и для чего я живу» и более критично подходить к недостаткам своего характера. Необходимо также быть терпимее, принимая другого таким, как он есть, развивая, а не подавляя или заменяя его индивидуальность, когда необходимо менять некоторые привычки и установки, когда следует проявлять большую настойчивость и в то же время большую уступчивость, т. е. всем этим устранить крайности предшествующего реагирования и стать более зрелой и созидающей личностью. Подобный кризис личностного развития как определенный этап развития самосознания и обусловленный им кризис супружеских и родительских отношений не преодолевается конструктивным образом, а сопровождается компенсаторным нарастанием внутренней напряженности, которая чем меньше проявляется внешне, тем более сказывается на отношениях с детьми и воспитании. В этом случае каждый из родителей «разрешает» свои проблемы увеличением крайностей в обращении с детьми, делая им бесчисленные замечания, ограничивая и наказывая и в то же время тревожно привязывая их к себе, окружая кольцом предохранений и настраивая против другого родителя.

Таким образом, родители «преодолевают» свой личностный кризис, по существу, ценой развития невроза у ребенка, который можно расценить как клиническое отражение неадекватных способов разрешения родителями своих личностных проблем. Непроизвольно используя ребенка в качестве «козла отпущения», вымещая на нем свое нервное напряжение, свои взаимные обиды и недовольства, некоторые родители, особенно отцы, верят, что это делается для его же блага, чтобы он прошел

«суровую школу жизни». Но, как уже отмечалось ранее, дети, заболевающие неврозом, не выдерживают чрезмерно резкого и интенсивного давления. Образно говоря, они «не гнутся, а ломаются» и, кроме того, им, как и родителям, требуется несколько больше времени, чтобы «созреть» эмоционально и сформироваться как личность.

Рассмотренные негативные факторы воспитания в целом выглядят следующим образом: 1) непонимание родителями своеобразия личностного развития детей; 2) непринятие их индивидуальности; 3) несоответствие требований и ожиданий родителей возможностям и потребностям детей; 4) негибкость в отношениях с детьми; 5) неравномерность воспитания в различные годы жизни детей (эффекты родительской депривации в первые годы и гиперопека и чрезмерный контроль в последующем); 6) непоследовательность в обращении с детьми; 7) несогласованность воспитания между родителями.

Остальные патогенные факторы воспитания могут быть сгруппированы так: 1) аффективность и неровность в отношениях с детьми; 2) тревожность; 3) феномен «привязывания» — создание эмоциональной зависимости детей от родителей; 4) феномен «замены» индивидуальности ребенка характерологически и невротически измененным образом «я» родителей; 5) реактивно-защитный, невротически мотивированный характер взаимодействия с детьми; 6) излишняя принципиальность в отношениях с детьми, недоверие к их опыту, навязывание мнений и принижение чувства собственного достоинства; 7) индуцирующее воздействие на детей патологии родителей посредством механизмов внушения, «заражения», идентификации и привязанности.

Патогенез неврозов у детей

Изучая семью как патогенетически обусловливающий фактор, мы рассмотрели некоторые стороны патогенеза неврозов у детей в системе взаимосвязанных клинико-психологических проблем трех поколений, а также своеобразие раннего развития детей, заболевающих неврозами, причины понижения биотонуса их организма, зарождения беспокойства и изменения реактивности. Как уже отмечалось, ведущий психогенный фактор невротизации связан с нарушенными семейными отношениями и неблагоприятным воздействием со стороны родителей. Ущемление жизненно важных для детей потребностей развития, в том числе потребности быть самим собой, потребности самовыражения, а также потребностей поддержки, любви и признания приводит к возникновению внутреннего конфликта как главного источника хронического эмоционального напряжения. Психическая травматизация в семье усугубляется острыми психическими травмами, вызванными испугом, конфликтными эксцессами, оскорблениями, незаслуженными наказаниями, болезнью, разводом родителей и т. д. Тогда обостряется и без того повышенная эмоциональная чувствительность, усиливается внутреннее беспокойство, еще больше снижается психическая реактивность. Данной неблагоприятной динамикой, а именно психической сенсибилизацией в отношении любой идущей извне угрозы, объясняется непереносимость внешних отрицательных воздействий, когда, например, испуг, проходящий в других случаях через некоторое время, у этих детей занимает ключевое место в переживаниях. Психической сенсибилизацией объясняются непонятные для окружающих, парадоксально острые аффективные реакции на незначительные по силе раздражители: замечания, сделанные спокойным тоном, получение не той оценки, которая ожидалась, или отсутствие похвалы. В своем ответе ребенок выражает значимые для него переживания, которые нужно понять и сделать из этого соответствующие выводы. Однако подобный психологический код поведения детей обычно недоступен родителям. Характерологически, невротически и конфликтно обусловленное непонимание родителями переживаний детей, особенностей формирования их личности, непринятие их индивидуальности приводит к отсутствию доверительных отношений между ними, сосредоточению детей на своих проблемах, чувству обособленности и непонятости. Психогенно обусловленное повышение внимания к себе в этой ситуации является психологическим механизмом защиты «я», проявляясь эгоцентризмом и упрямством.

Находясь в двойственной, противоречивой ситуации внутреннего конфликта, вызванного рассогласованием между требованиями родителей и своим опытом, дети не могли в силу возрастной незрелости психики найти «рациональный» выход из конфликта, как не могли уйти от родителей или отказаться от них. Осуществляя несвойственные им роли, т. е. заставляя себя быть другими, не такими, какие они есть, и выполняя функции, превышающие их адаптационные возможности, они находились в

состоянии постоянного внутреннего конфликтного перенапряжения, подрывающего их и без того ослабленную психическую реактивность и дезорганизующего нервную деятельность.

Данные, полученные с помощью цветового теста Люшера, указывают на переживания детей, обусловленные ограничением свободы действий, непониманием и пренебрежением со стороны окружающих, неудовлетворенностью эмоциональными отношениями, чувством угрозы и отчаяния, неуверенностью и нерешительностью, ощущением неполноценности и истощением жизненной энергии. Внутренний конфликт объясняет эмоциональную и нервную усталость, пассивность и безучастность детей с неврозами, когда они настолько загружены переживаниями, что не могут «смотреть на себя глазами других» и сочувствовать им, не выдерживают ожидания, напряжения, сильных эмоций, не переносят неудач и ошибок, не могут пережить ту или иную стрессовую ситуацию и разрешить ее адекватным, а не аффективно-тревожным и защитно-невротическим образом.

В изученных семьях на пути реализации невротически и характерологически измененных требований родителей были определенные препятствия. Во-первых, ребенок имел уже свой, пусть и небольшой, жизненный опыт самостоятельности. Во-вторых, родители были непоследовательны в своих требованиях и часто использовали противоположно направленную тактику воспитания. В-третьих, они неравномерно относились к ребенку в разные периоды его жизни. Главным же было то, что ребенок не мог полностью принять требований родителей, так как воспринимал их как несправедливые и мешающие общению со сверстниками. В то же время он боялся осуждения, наказания или лишения и без того недостаточной родительской любви. В итоге эта ситуация переживалась как невозможность соответствовать ожиданиям и требованиям родителей и оставаться в то же время самим собой. Неразрешимый характер этого внутреннего противоречия представляет источник постоянной борьбы мотивов, аффективной напряженности и беспокойства, способствуя, с одной стороны, компенсаторной гипертрофии собственного «я» в виде эгоцентризма, заостренного самолюбия, болезненного чувства собственного достоинства, а с другой стороны — приводя к развитию навязанной или внушенной родителями концепции «не-я», несовместимой с установками и возможностями ребенка. Психогенно обусловленная дезинтеграция «я», отсутствие психического единства порождает чувство внутренней неопределенности и неуверенности в себе, что ведет к нарастанию тревоги с ведущим переживанием страха изменения и потери «я», т. е. своего лица, облика, индивидуальности, жизнеутверждающей силы и чувства своей ценности. Страх изменения (metus mutandi — лат.) как страх не быть собой означает также страх исчезнуть как личность, раствориться, «кануть в Лету», т. е. в конечном итоге не состояться, не значить, не быть.

Страх изменения заостряет инстинкт самосохранения до степени эгоцентризма, приводит к общей настороженности, недоверчивости, боязливости, сверхценным страхам одиночества, темноты, засыпания и самого сна, а также всего того, что способно еще больше трансформировать «я» и заменить его. В последнем случае это страх чужого взгляда, проникновения в себя, фантастических превращений, внушения и гипноза, хирургических вмешательств, инъекций, приема транквилизаторов, курения и алкоголя (у подростков). Сюда же можно отнести и страх сумасшествия, страх быть не самим собой в результате укусов животных (особенно больных бешенством собак) или заражения микробами.

Страх изменения лежит в основе обсессивного невроза. Как известно, обсессия означает одержимость навязчивыми, чуждыми, привнесенными извне мыслями и страхами, которые не подчиняются волевому контролю «я». Это находит отражение в страхе чудовищ, напоминающих чем-то человека, но в отличие от него имеющих рога или клыки. Подобные персонажи олицетворяют то, что может произойти, т. е. угрозу потери «я». Страх быть не собой, не человеком — это символ «патоса» — болезненных, неуправляемых сознанием и изменяющих психику сил.

Во всех случаях страх изменения «я» проявляется страхом нового, неизвестного. Поэтому самым тревожным днем недели у детей с неврозами является воскресенье, а временем года — конец августа, время перед началом школьных занятий. Существенно, что дети при наличии страха изменения, и в частности страха быть другим, не могут свободно и непринужденно принимать и играть роли, т. е. представлять себя на месте других, проникаться их мыслями и переживаниями, так как это означает для них угрозу быть другим, потерять остатки своего «я», исчезнуть в массе, раствориться. Препятствуя развитию эмпатии, принятию новых ролей и усвоению нового опыта, страх изменения приводит к негибкости поведения, его защитному характеру, сужению круга общения, появлению «псевдо-я» как совокупности патологических, не контролируемых сознанием мотиваций. В самом общем виде внутренний конфликт как личностная проблема развития — это невозможность выразить себя и найти признание и взаимопонимание среди окружающих, вначале в семье, а затем среди сверстников. В

социально-психологическом контексте — это неразрешимая проблема «быть собой среди других». Внутренний конфликт, каким бы он ни был элементарным, как аффективная реакция на неудовлетворение основных потребностей у детей первых лет жизни или сложным в своей переработке у детей последующих лет жизни, всегда означает переживание отрицательных эмоций, т. е. состояние дисстресса. Рассмотрим развитие внутреннего конфликта в процессе формирования личности.

Переживание беспокойства — первичное, наиболее раннее, выражение дисстресса в ответ на действие неожиданных стимулов типа утраты и замены окружения, соматического и инфекционного заболевания, чувства боли и т. д.

Если в исходном плане беспокойство — это инстинктивный ответ организма на физический и эмоциональный дискомфорт, то по мере развития чувства «я» (личной определенности) оно сопровождается переживанием по поводу собственной безопасности. В абстрактном смысле это предстает у более старших детей проблемой «быть», т. е. жить, существовать вообще. Проблема «быть» подразумевает страх «не быть», т. е. не жить, не существовать. В максимальном выражении последнее означает страх «быть ничем» — «мертвым». Страх смерти, особенно у детей, заболевающих неврозом страха, как мы уже не раз отмечали, имеет под собой реальные основания.

При дальнейшем формировании «я-концепции» (собственном значимости) переживания возникают в связи с препятствиями на пути выражения «я». В абстрактном смысле это тождественно проблеме «быть собой», актуализации своих возможностей и потребностей. Проблема «быть собой» оборачивается страхом «не быть собой», в виде рассмотренного страха изменения «я». Наиболее часто этот страх, как уже отмечалось, встречается у детей с неврозом навязчивых состояний, составляя ведущую фабулу их внутреннего конфликта.

На стадии формирования личностной определенности переживания возникают в связи с препятствиями на пути реализации признания — самоактуализации в значимой системе человеческих отношений. На данном этапе развития внутреннего конфликта проблема «быть» как проблема самоутверждения преломляется проблемой «быть собой среди других», с акцентом на «быть собой», т. е. быть признанным со своей точки зрения. Эта проблема заостряется страхом «быть непризнанным», выражаемым, с одной стороны, страхом «быть никем», т. е. не представлять, не значить, а с другой стороны — страхом «быть только собой», т. е. непонятым, изолированным, покинутым и одиноким. В наибольшей степени этот страх присущ детям, заболевающим впоследствии истерическим неврозом.

Формирование ролевой структуры отношений и нравственно-этических (моральных) категорий, повышение значимости «я-образа» (представления о себе с точки зрения других) приводит к появлению переживаний несоответствия принятым нормам поведения в тех или иных социально-психологических группах, будь это семья, группа сверстников или школьный коллектив. Здесь уже можно говорить о развернутой структуре внутреннего конфликта, когда личная проблема «быть» переживается как личностная проблема «быть собой среди других», с акцентом на «быть среди других», соответствовать им, быть принятым, одобряемым, ценимым. Эта проблема преломляется страхом «быть не тем», о ком хорошо говорят, понимают, любят и уважают. В свою очередь, это означает не только страх потерять социальное одобрение, но и в более широком смысле — страх неудачи, поражения, крушения надежд, т. е. страх делать «не то», быть «не тем», «никем» для других — «пустым местом», «ничем», в итоге не представлять, не значить, не соответствовать, не состояться, не быть человеком. Так замыкается мотивационный круг невротического внутреннего конфликта. Страх несостояться, не соответствовать, быть «не тем» в той или иной степени встречается у детей (и первично у их родителей) со всеми клиническими формами невроза. В наибольшей степени он выражен при неврастении.

Таким образом, невротический конфликт как личностно неразрешимая проблема «быть собой среди других» преломляется в динамике проблемой «быть» (базальным уровнем беспокойства при неврозе страха), проблемой «быть собой» (при неврозе навязчивых состояний), проблемой «быть собой среди других» с акцентом на «быть собой» (при истерическом неврозе) или «быть среди других» (при неврастении).

Проблема «быть» как проблема существования и как проблема «быть человеком» имеет своей противоположностью проблему «не быть» как проблему единства «я», проявляемую страхом «не быть вообще» — «быть ничем» (при неврозе страха), «не быть собой» — в виде страха изменения «я» (при неврозе навязчивых состояний), страхом «быть никем» (при истерическом неврозе) и быть «не тем» (при неврастении).

Дальнейшее развитие внутреннего конфликта проявляется проблемой согласования двух в своей основе целостных аспектов существования — «быть собой» и «быть среди других». Проблема

согласования заостряется одновременно существующим, но противоположно направленным страхом «быть только собой» и «быть только другим», что выражает личностный диссонанс, отсутствие внутреннего единства, неразрешимую борьбу противоположностей, состояние внутренней неустойчивости и беспокойства. Противоречивость внутренней позиции больных неврозами отражается лабильностью их самооценки, когда завышенный уровень притязаний сопровождается неверием в свои силы и возможности. Невозможность удовлетворения значимых потребностей, как и восприятие себя непринятым, неодобряемым и неценимым, т. е. не соответствующим представлениям окружающих, неспособным оправдать их требования и надежды, приводит к появлению у детей тревоги по поводу самого факта их существования, ощущению своей никчемности и ненужности, т. е. к рудиментарным идеям самоуничижения.

Травмирующее осознание отличий от сверстников и аффективно переживаемое отклонение представлений о самом себе ведут к усилению тревожной переработки опыта и неуверенности в себе в виде частых сомнений и опасений, тревожного предчувствия неудачи, излишней осторожности и нерешительности в общении, т. е. к развитию тормозимых черт характера. Неприятие невротически измененного ребенка сверстниками ранит его самолюбие и заставляет избегать естественного круга общения. В то же время он не может найти удовлетворяющего его общения дома. Так у него появляется чувство одиночества, порождающее, в свою очередь, индивидуализм, как реакцию на непонимание со стороны окружающих. Индивидуализм, как противоположность коллективизму, создает препятствия в последующей социальной адаптации, когда такие дети, по словам одной из матерей, должны «переболеть», прежде чем войдут в коллектив. Таким образом, неврозы в широком смысле слова предстают перед нами как одна из моделей возникновения проблем понимания и общения людей.

В итоге общий патогенез неврозов можно представить следующим образом:

1) снижение биотонуса и изменение реактивности в результате действия ослабляющих защитные силы организма анте-, пери- и постнатальных факторов;

2) своеобразие преморбидного развития в виде главным образом сензитивности и латентности, удлиняющих процесс социализации и усиливающих восприимчивость к действию стрессовых факторов. Наличие трудносовместимых сочетаний некоторых черт темперамента и характера, нарушающих баланс взаимодействия внутренних сил развития;

3) заострение конституционально-генетических особенностей под воздействием стрессовых факторов;

4) формирование неудачного личностного опыта, преломляемого беспокойством, напряжением и аффективно-защитным типом реагирования;

5) возникновение внутреннего неразрешимого конфликта под влиянием неудачного и драматически переживаемого опыта межличностных отношений и обусловленная этим дезинтеграция процесса формирования личности;

6) перенапряжение психофизиологических, адаптационных возможностей организма и критическое нарастание эмоциональной напряженности под влиянием стрессовых условий развития, подавленного внешнего раздражения и неразрешимой личностной и семейной ситуации;

7) «срыв» высших нейрорегуляторных функций с появлением развернутой клинической картины невроза. В качестве «пускового», или «разрешающего», фактора выступает острая психическая травма. Под воздействием дисстресса, подрывающего защитные силы организма, декомпенсируются «места наименьшего сопротивления» на органически-дефицитарном и конституционально-генетическом уровне, в еще большей степени снижаются биотонус, жизненная активность и вера в себя, исчезает самобытность и прекращается процесс творческого саморазвития.

Представленная с позиций системного анализа общая схема патогенеза невроза как психогенного заболевания формирующейся личности может быть весьма различной при тех или иных его клинических формах. Клинико-психологический анализ условий формирования личности является основой патогенетической психотерапии, направленной на восстановление психического единства личности и укрепление адаптационных, нейрорегуляторных возможностей организма.

Глава 3. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОЗОВ

Обзор отечественной литературы

На современном этапе развития психотерапии наблюдается изменение ее направленности от нозоцентрической (установка на болезнь) к антропоцентрической (установка на человека) и далее к социоцентрической (установка на связи личности с социальной средой) ориентации (Кабанов М. М., 1976). Современная психотерапия — это комплексное лечебное воздействие на психику больного, а через нее на весь его организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде (Рожнов В. Е., 1971). Ведущее значение в отечественной психотерапии придается побуждению больного к активному, сознательному соучастию в борьбе защитных сил организма против патологических факторов, когда психотерапия выступает как целостная система взаимосвязанных и взаимодополняющих методов лечебного воздействия на личность больного, а через нее на болезнь (Бехтерев В. М., 1954), активированию деятельности больного, его способности к росту, психическому обогащению, а через это к преодолению неадекватных болезненных реакций (Конторум С. И., 1962).

Патогенетическая психотерапия как психотерапия отношений (Мясищев В. Н., 1973) заключается в перестройке личности больного неврозом на основе действенного осознания причин и процесса развития болезни и перестройки отношения больного к патогенным факторам заболевания (Мясищев В. Н., 1966). Эта перестройка направлена на формирование у больного правильного отражения действительности и правильного отношения к ней (Мясищев В. Н., 1965). Патогенетическая психотерапия состоит из трех этапов. На первом изучается история формирования личности. На втором выясняется сущность конфликта, и беседы с больным направляются таким образом, чтобы он сам установил ассоциативные связи между обстоятельствами патогенной ситуации и особенностями его болезненных отношений. На третьем осуществляется реконструкция нарушенных отношений (Зачепицкий Р. А., Яковлева Е. К., 1960). Существенный вклад в патогенетическую психотерапию внесен Н. В. Ивановым (1973, 1974), который раскрыл значение дезактуализации переживаний болезни и мобилизации защитных личностных механизмов. Для психотерапии важное значение имеет формирование в сознании больных «эталона врача», в котором обобщается опыт общения с наиболее авторитетными в их жизни лицами и отражается ряд стереотипов общения: руководитель, воспитатель, партнер, друг (Ташлыков В. А., 1972).

В последнее время разработаны рекомендации по диагностике и психотерапии неврозов в условиях специализированного отделения (Карвасарский Б. Д. и др., 1979; Карвасарский Б. Д., 1980), классификации методик психотерапии (Мягков И. Ф., 1967; Липгарт Н. К., 1974) с учетом этапа развития болезни (Лакосина Н. Д., 1975). Раскрыты многие из механизмов действия рациональной психотерапии (Панков Д. В., 1974), гипнотерапии (Платонов К. И., 1962; Рожнов В. Е., 1974), внушения наяву и самовнушения (Бурно М. Е., 1974), аутогенной тренировки (Свядощ А. М., 1961: Панов А. Г. и др., 1973), поведенческой терапии (Слуцкий А. С., 1979). Разработаны направленные методики психотерапии при истерическом неврозе (Тупицын Ю. Я., 1973), неврозе навязчивых состоянии (Асатиани Н. М., 1974), психастении (Бурно М. Е., 1974) и логоневрозе (Шкловский В. М., 1966).

В современной групповой психотерапии неврозов (Либих С. С., 1967, 1974; Гройсман А. Л., 1969; Карвасарский Б. Д., Мурзенко В. А., 1975; Исурина Г. Л., Мелик-Парсаданов М. Ю., 1979) и ее модификациях (Вольперт И. Е., 1972) находят свое преломление положения психологии малых групп (Свенцицкий А. Л., 1966; Кузьмин Е. С., 1967; Волков И. П., 1970; Парыгин Б. Д., 1971), психологическая теория коллектива (Петровский А. В., 1975, 1979) и вопросы восприятия человека человеком в процессе межличностных отношений (Бодалев А. А., 1965, 1975).

Получила развитие и семейная психотерапия, которая направлена на изменение межличностных отношений и устранение эмоциональных нарушений в семье (Мягер В. К. 1973). Семейная психотерапия отличается от обычных бесед с родственниками пациента для получения объективных сведений или для наставлений в отношении режима и лечения больного. Семейная психотерапия — это процесс группового взаимодействия, имеющий свою особую динамику. Перестройка отношений в семье достигается после длительной индивидуальной работы с каждым из супругов, пониманием ими причин семейных конфликтов и связи между возникновением невроза у одного или нескольких членов семьи и ситуацией в семье. При отсутствии контакта с одним из них семейная психотерапия проводится двумя специалистами, обычно врачом и психологом. Последующие совместные встречи с супругами происходят раз в неделю в течение 2—3 мес. За это время улучшается взаимопонимание между ними и их взаимоотношения поднимаются на более высокий уровень. Те же задачи ставятся при психотерапии нарушенных семейных отношений методами групповой психотерапии. В группе участвуют несколько

супружеских пар, иногда со старшими детьми. Сюжеты для проигрывания и обсуждения ситуаций выбираются из жизни пациентов или носят более обобщенный характер. Подчеркивается большое профилактическое значение семейной психотерапии, так как нигде психиатр так близко не соприкасается с жизненными проблемами, как в сфере семьи (Мягер В, К., Мишина Т. М., 1976).

Особый интерес представляют данные об эффективности психотерапии. Использование клинико-психологических критериев оценки показывает эффективность патогенетически обоснованного метода психотерапии неврозов, сближение в ее процессе представлений больного о «настоящем» и «желаемом» «я» (Иовлев Б. В. и др., 1976), существенное повышение самооценки (Карвасарский Б. Д. и др., 1977), относительную стойкость фрустрационных реакций (Винкшна И. А., 1976), неравномерную динамику личностных изменений в процессе групповой психотерапии (Исурина Г. Л., 1979). При оценке эффективности патогенетической психотерапии считается целесообразным использование следующих критериев (Федоров А. П., 1976): 1) симптоматического улучшения; 2) степени осознания психологических механизмов болезни; 3) степени реконструкции нарушенных отношений личности; 4) улучшения социального функционирования больного. Установлена зависимость результатов психотерапии от особенностей личности больного неврозом, степени его ресоциализации и реадаптации (Мягер В. К., 1971). Наименьшее число рецидивов обнаружено у лиц, занятых любимым делом и удовлетворенных в профессиональном плане, т. е. у лиц социально компенсированных (Мягер В. К., 1976).

Групповые и семейные формы психотерапии адекватны методам реабилитации (ресоциализации) больных (Кабанов М. М., Карвасарский Б. Д., 1978). В широком смысле слова под реабилитацией понимается разносторонний процесс воздействия на больного и его микросреду, в котором одним из важнейших принципов является «партнерство» врача и больного в достижении общей цели — восстановления личного и социального статуса пациента (Кабанов М. М., 1976).

Клиническая психотерапия неврозов у детей, несмотря на ряд общих положений с психотерапией у взрослых, имеет свои особенности и представляет собой самостоятельную научную дисциплину (Буянов М. И., 1971; Ковалев В. В., 1972). Ребенок нередко не осознает причин своего болезненного состояния, поэтому в психотерапии детей большее внимание, чем у взрослых, уделяется приемам отвлечения и переключения (Симеон Т. П., 1958).

Начиная со старшего дошкольного возраста задача психотерапии состоит в формировании у больного неврозом осознанного отношения к своим болезненным проявлениям, привлечении его к борьбе со своими недостатками и перевоспитании его личности (Сухарева Г. Е., Лапидес М. И., 1959). В процессе психотерапевтической и воспитательной работы дети начинают понимать, осмысливать связи и значение того, что определяет их поведение. Главным является образование на этой основе регуляции потребностей, которая на высоком уровне связана с самовоспитанием (Мясищев В. Н., 1960). Конечная цель длительного процесса перевоспитания заключается в постановке ребенка над неприятной ситуацией, т. е. в привитии ему навыков лучшего приспособления к действительности, умения преодолевать психотравмирующую ситуацию (Озерецкий Н. И., 1934). Терапевтический прогноз зависит от развития общественного сознания у больного неврозом — чем больше он связан с коллективом, тем легче перевоспитание его личности (Сухарева Г. Е., 1959).

Целенаправленное воздействие на личность больного неврозом с воспитательными целями обозначается как лечебно-педагогическое и составляет неотъемлемую часть общего психотерапевтического воздействия. В. Н. Мясищев (1960) в этой связи отмечает, что борьба с неврозами — это пограничная между педагогикой и медициной область, а психотерапия является столько же методом лечения, сколько и перевоспитания личности. Данный подход представлен ранее Г. Е. Сухаревой (1924), которая в своем опыте психотерапии считает существенным поднять у ребенка чувство уверенности в своих силах. С этой целью используется метод ответственных поручений, начиная с легких и переходя к серьезным. Врач опирается на более развитые функции. У художественно одаренных детей путем эстетического воспитания выявляется та позиция, в которой они чувствуют себя уверенными. Лечебно-педагогические средства повышают возможности саморегулирования и упражняют способность к задержкам. В. В. Ковалев и М. И. Буянов (1979) находят область рациональной психотерапии у детей школьного возраста и подростков в значительной степени общей с лечебной педагогикой. М. И. Буянов и В. 3. Драпкин (1977), определяя основные тенденции современной психотерапии детей и подростков, страдающих неврозами, видят основную задачу психотерапии в лечении с последующей личностной и социальной реабилитацией. Лечебная педагогика, способствуя лечению, главной задачей ставит развитие и обучение больного ребенка и

подростка, воспитание в нем социальных, трудовых и этических установок. Б. З. Драпкин и О. А. Трифонов (1979) указывают, что лечебная педагогика при нервно-психических заболеваниях имеет и свою отдельную сферу приложения и что, таким образом, неправомерно любое медико-педагогическое воздействие обозначать как психотерапию. Это справедливое замечание основано на разностороннем опыте лечебной педагогики в нашей стране (Грибоедов Л. С., 1926; Вешапели Н. Г., 1958; Певзнер М. С., 1962; Пакшвер И. Г., 1971; Коган А. Г., 1977). Подчеркивается, что внимание педагога должно быть направлено не на «воспитание торможения», а на воспитание сильных побуждающих жизненных мотивов, которые неизбежно затормозят ненужную деятельность (Анохин П. К., 1958). Также считается, что не борьба с эмоциями и искоренение их, а правильное использование и целесообразное направление эмоциональной энергии ребенка являются одной из основных задач социального воспитания (Аркин Е. А., 1968). Воспитание мотивов неотделимо от воспитания перспективных путей, социально полезной цели (Макаренко А. С. 1950), утверждения в ребенке социоцентризма, коллективных норм жизни (Иогихес М. И., 1929). При этом необходимо соблюдать соответствие между силой воздействия и силой нервной системы ребенка и соизмерять требования к ребенку с его возможностями (Красногорский Н. И., 1954; Кудрявцева В. П., 1958). Целесообразно использование на первых этапах психотерапии таких традиционных приемов, как лечебно-охранительный режим, предохранение, успокоение, отвлечение, переключение (Иогихес М. И., 1929; Симеон Т. П., 1958). Метод охранительного торможения следует сочетать с методом тренировки нервных процессов (Кудрявцева В. П., 1957).

В процессе психотерапии неврозов выделяются три стадии. На первой устанавливается контакт с больным, на второй вскрывается сущность конфликта, на третьей больному дается установка, помогающая разрешить конфликтную ситуацию. Если у детей 2—6 лет в игре выявляется конфликт и намечаются пути его разрешения, то у детей 6—9 лет этой же цели служат рисунки. После 10 лет целесообразно проведение планомерных бесед (Симеон Т. П. и др., 1935).

Применение разъясняющей психотерапии возможно у интеллектуально развитых детей в виде рассказа врача о ситуации, близкой к той, которая травмировала ребенка. Тогда он может лучше оценить свое поведение при условии уважения к его личности (Сухарева Г. Е., 1959). У подростков, больных неврозами, показаны развернутые приемы рациональной психотерапии (Яковлева Е. К., Зачепицкий Р. А., 1961). При характерологических нарушениях и психопатиях методы психотерапии применяются в зависимости от типа акцентуации характера и увлечений подростка (Эйдемиллер Э. Г., 1973; Личко А. Е., 1977; Скроцкий Ю. А., 1978). Существует мнение о том, что при эмоционально-лабильной акцентуации необходимо индивидуальной психотерапией добиться эмоционального отреагирования и в этот момент использовать директивный стиль ведения психотерапии и суггестию, после чего целесообразно применение семейной психотерапии (Личко А. Е., 1979).

При фобиях используются приемы условно-рефлекторной психотерапии в виде постепенного предъявления ребенку раздражителей от приятных до непосредственно связанных с аффектом страха (Блей Е. А., 1940; Пивоварова Г. Н., Симеон Т. П., 1956; Файнберг С. Г., 1973; Захаров А. И., 1974). Широкое распространение получает функциональная (поведенческая) тренировка в преодолении фобий и ипохондрических переживаний (Буянов М. И., 1976).

Несмотря на большое число исследований психологии игры в 20— 30-е годы и в настоящее время (Леонтьев А. Н., 1972, Эльконин Д. Б., 1978), психотерапевтическое приложение игры отстает от запросов практики. Можно назвать только единичные исследования: Е. А. Аркина в 30-е годы, который утверждал, что «игра человека является могущественным фактором развития полноценной социальной личности, служа ареной испытания и закала социальных чувств, социальной дисциплины и коллективной солидарности» /4/, Т. П. Симеон (1944) по снятию реактивно возникшей заторможенности у детей предоставлением возможности для выхода их агрессивных тенденций в отношении объекта страха; наши исследования (Захаров А. И., 1973) и опыт психотерапевтической кукольной драматизации Ю. С. Шевченко (1976). Вне неврозов игровая терапия лучше всего разработана при заикании (Волкова Г. А., 1976), шизофреническом аутизме (Спиваковская А. С., 1980) и эпилепсии (Харитонов Р. А., Хрипкова Л. М., 1976).

Значительно большее распространение получает в начале 30-х годов коллективная лечебно-педагогическая работа с детьми и в первую очередь с больными логоневрозом. Занятия в группах проводятся с целью преодоления эгоцентрических установок и вовлечения в коллективные формы жизни. Коллективная психоортопедическая работа с больными логоневрозом рассматривается как форма их социотерапии (Гиляровский В. А., 1932). На так называемых «психоортопедических

площадках» широко используются коллективная ритмика как средство регулирования эмоциональной экспрессии и самоконтроля детей (Самойленко Н. С., 1929; Флоренская Ю. А., Ходорова 3. С., 1935), приемы коллективного соревнования (Каганова Э. Д., 1933). Уделяется внимание вопросам организации лечебных групп, в том числе с учетом разнородности темпераментов, характеров и одаренности их участников (Аркин Е. А., 1968). Даются рекомендации по организации коллективного взаимодействия детей с невропатией в детском саду (Дьякова Н. Н., 1929), где проводится психогигиеническая и психопрофилактическая работа, в том числе по отношению к единственным детям в семье, которые обнаруживают претензии на главенство. Постепенной сменой в коллективе ролей от главных до равных корригируются эти и подобные недостатки характера (Осипова Е. А., Ижболдина О. Ф., 1934). В последнее время коррекция одностороннего воспитания детей в семье осуществляется посредством специально организованных групповых игр в детском саду, помогающих преодолеть трудности адаптации (Козлов В. П., 1978). При неврозах групповая психотерапия проводится в стационарных (Драпкин Б. 3., 1973) и амбулаторных условиях (Захаров А. И., 1971).

Обширный опыт накоплен в области гипносуггестивных методов психотерапии. Внушение наяву с педагогическими целями успешно использовали А. А. Токарский (1895), В. М. Бехтерев (1912), М. С. Шварцман (1914), С. В. Кравков (1924), А. Г. Ковалев (1970), И. Е. Шварц (1971), В. Куликов (1978). А. А. Токарский установил, что с помощью внушения может быть ослаблено влияние привычки, внесены новые стремления и возбуждена энергия уже существующих. Он, как и другие авторы (Макаренко А. С., 1950; Платонов К. И., 1962), решительно отвергает ослабление психической деятельности и воли в процессе внушения. В. В. Ковалев (1979) отмечает относительно малую эффективность рациональной психотерапии у детей дошкольного и младшего школьного возраста в связи с незрелостью абстрактного и преобладанием наглядно-действенного и образного мышления. Поэтому основной принцип психотерапевтического воздействия в детском возрасте заключается в широком использовании методов внушения. У младших детей это прежде всего косвенное внушение, на что в свое время указывали и другие авторы (Каценельсон Ф. Я., Горелик Е. И., 1958; Файнберг С. Г., 1973). При истерических расстройствах с выпадением тех или иных функций традиционно допускается применение шокового вида внушения (Гиляровский В. А., 1938: Сухарева Г. Е., 1959). Кроме этого, описывается оригинальная методика внушения младшим детям в парадоксальной фазе естественного сна (Рожнов В. Е., Лившиц Л. С., 1973). Предлагаются комбинированные методики внушения наяву и гипнотерапии (Пивоварова Г. Н., 1962), внушения и электросна (Виш П. М., 1974).

Гипнотерапия показана при зафиксированных невротических реакциях истерического (Гелина Л. И., 1954; Гуськов В., Мягков И. Ф., 1966) и обсессивного круга (Местиашвили М. Г., 1966), астеноневротических нарушениях (Сухарева Г. Е., 1959; Дмитриева Н. В., 1968), логоневрозе (Драпкин Б. 3., 1966), невротическом энурезе (Буторина Н. Е., 1968; Ласков Б. И., Креймер А. Я., 1975; Буянов М. И., 1977), расстройствах сна (Гольбин А. Ц., 1979), патологических привычках и влечениях (Иванов Н. В., 1958). Внушение в гипнозе оправданно при эмоциональной лабильности, инфантильных чертах личности, невропатии, в то время как внушение наяву и различные виды косвенного внушения более показаны при тревожно-мнительных чертах характера (Жуковская Н. С., 1973). Обращается внимание на затруднения в использовании гипнотерапии при отсутствии осознания детьми своего заболевания, страхе перед врачом и боязни заснуть (Драпкин Б. 3., 1966). Хуже поддаются гипнотерапии лица с истерическими чертами характера. Гипнабельность и эффективность гипнотерапии ниже при эгоцентризме и склонности к самолюбованию (Буянов М. И., 1976). Доказано положительное влияние гипноза на психическую деятельность больных детей, на укрепление их ослабленных эмоциональных и полевых процессов (Токарский А. А., 1895; Платонов К. И., 1962). Исследования нейродинамики до и после гипнотерапии подтверждают нормализацию высшей нервной деятельности у детей с неврозами (Пивоварова Г. Н., Симеон Т. П., 1956). В целом гипнотерапия считается адекватным и эффективным методом в психотерапии неврозов у детей и подростков начиная с 6 лет (Рожнов В. Е., 1971).

Предпосылки для семейной психотерапии как подхода к лечению ребенка с учетом его семейного окружения можно найти у И. В. Маляревского (1886), который проводил амбулаторно совместные врачебно-педагогические беседы с родителями и детьми. Э. Д. Каганова (1933) в коллективных беседах с родителями обсуждала случаи заболевания неврозом у детей, вскрывала его причины, проводила чтение и разбор популярной литературы, организовывала с детьми экскурсии в клиники и санатории. Значение работы с семьей подчеркивают многие авторы 30-х годов настоящего столетия. В. А. Гиляровский отмечает, что «поскольку невротические расстройства детей находятся часто в прямой связи с нервностью родителей, являющейся источником ненормального отношения к

детям, постольку психотерапию нужно начинать с близких, стремясь создать около ребенка более или менее уравновешенную и не травматизирующую его среду» /5/. Такой же точки зрения придерживаются Г. Е. Сухарева и Л. С. Юсевич (1965), которые считают, что задача врача заключается не только в лечении ребенка, но и в активной разъяснительной работе со взрослыми с целью изменения тех условий, которые были причиной заболевания.

Современные тенденции семейной психотерапии развиваются В. П. Козловым (1976), который сочетает ее при фобиях с групповой психотерапией детей. Нами разработан единый патогенетический комплекс семейной, индивидуальной и групповой психотерапии детей и подростков с неврозами (Захаров А. И., 1971, 1973). В последнее время этот комплекс применяется при психотерапии детей и подростков с неврозом навязчивых состояний (Ковалев В. В., Шевченко Ю. С., 1980). Семейная психотерапия считается показанной не только при неврозах, но и при психопатиях у подростков (Эйдемиллер Э. Г., 1973). В более широком контексте семейная психотерапия входит в так называемую «психотерапию среды», которая нередко приобретает решающее значение в системе лечения ребенка с неврозом (Рожнов В. Е., Драпкин Б. 3., 1974; Ковалев В. В., 1979).

Вопрос о целесообразности лечения детей с неврозами в стационарных или амбулаторных условиях решается в пользу последних. В. А. Куршев (1973) отмечает неудачные попытки лечения детей 2—5 лет в стационаре. Б. 3. Драпкин (1973) считает недостатком стационарного лечения отрыв больного от условий нормальной жизни, семьи и коллектива здоровых сверстников, что может увеличивать число рецидивов заболевания после выписки. Многие из этих недостатков Б. 3. Драпкин смог устранить в руководимом им психотерапевтическом подростковом отделении, где используются гибкий лечебный режим, предоставление подросткам самостоятельности в организации досуга, активирующий процесс групповой психотерапии.

Основные принципы профилактики неврозов у детей состоят в раннем выявлении нервно-психических отклонений (Давиденков С. Н., 1954), тесном контакте педиатра с невропатологом и психиатром (Пивоварова Г. Н., 1962), правильном воспитании детей (Яковлева Е. К., 1958; Ушаков Г. К., 1966), широком комплексе психогигиенических и психопрофилактических мероприятий (Озерецкий Н. И., 1934; Осипова Е. А., Ижболдина О. Ф., 1934), продуманной психологической подготовке к детскому саду (Голубева Л. Г. и др., 1974, 1980; Власов В. Н., 1978).

Обзор зарубежной литературы

Ввиду большого числа исследований мы остановимся только на главных направлениях психотерапии у детей, сопоставляя их с направлениями психотерапии у взрослых.

В конце XIX — начале XX в. наибольшее значение в психотерапии у взрослых придается методам гипносуггестивного воздействия (Bernheim H., 1910; Moll A., 1909). У детей в основном используется внушение, когда врач в директивной, не терпящей возражений и сомнений форме, предписывает тот или иной образ действий, способствующий выздоровлению, и в такой же форме дает педагогические рекомендации родителям больного ребенка (Тома Ф., 1911). В 50-х годах возобновляется интерес к гипнотерапии у детей. Подчеркиваются ее безвредность и эффективность не только при эмоциональных, но и некоторых органических нарушениях (Вельдеши Ф. А., 1964, 1965).

Лежащее в основе рациональной психотерапии у взрослых искусство убеждения подразумевает доказательство путем логических умозаключений ошибочности суждений больного и предписывание ему соответствующего образа действий (Дюбуа, 1912). То же относится к детской практике и к работе с родителями, обычно в виде медико-педагогического воздействия (Финн-Скотт М., 1930). В последующем рациональная психотерапия претерпела ряд изменений, преимущественно за счет включения в нее элементов дискуссии, т. е. развития двустороннего контакта между врачом и больным.

Создатель школы индивидуальной психологии A. Adler (1928, 1930) внес значительный вклад в развитие рациональной психотерапии неврозов и характерологических нарушений у детей. По его мнению, мотивация поведения, основанная на чувстве неполноценности, является центром невротической личности. Невротический характер имеет своей целью безграничную компенсацию пониженного чувства личности, прежде всего в плане половой идентичности, которая выражается, особенно у мальчиков, протестными реакциями, негативным поведением и упрямством. В то же время ребенок своей слабостью и зависимостью пытается направить заботу окружающих на себя. Обе линии поведения гарантируют компенсацию пониженного чувства личности и позволяют избавиться от

требований жизни. В этом заключаются фиктивная, предопределяющая цель невротика, его жизненная позиция. Невроз, таким образом, расценивается не только как болезнь, но и как своеобразная «уловка», «доминирующая фикция». Несмотря на всю ценность данных выводов, в них нельзя не усмотреть одностороннего преломления проблемы неврозов.

В системе психотерапии A. Adler уделяет особое внимание коррекции изнеженности в характере детей, которая, как и чувство физической неполноценности, считается отправной точкой для болезненного развития личности. Перестраивая отношения (позицию) детей с неврозами в относительно небольшой по сравнению с психоанализом отрезок времени, A. Adler апеллирует к сознанию, чувству собственного достоинства, доступно объясняет причинную связь между характерологическими и невротическими проявлениями, использует цель и перспективу как основу для изменения индивидуалистической позиции, широко привлекает в качестве средства развития соответствующих черт характера интерес детей к «мужественным» профессиям. Заслуживают внимания целенаправленные дискуссии с родителями с целью изменения их отношений и организация совместных дискуссий родителей и учителей.

Историческую роль в диагностике и психотерапии неврозов сыграло психоаналитическое учение S. Freud. Считая психические процессы бессознательными, а сознательный процессы только как отдельные проявления душевной жизни, он приписывал сексуальным влечениям предопределяющую роль как причине нервных и душевных заболеваний. По его мнению, патогенез неврозов заключается в вытеснении из сознания в сферу бессознательного аффективно окрашенных сексуальных переживаний первых лет детства, представленных «Эдиповым комплексом» и внутренним конфликтом между инстинктивными и социальными требованиями.

В дальнейшем S. Freud не раз уточняет, что «человек заболевает из-за конфликта между требованиями инстинктивной жизни и сопротивлением, которое возникает внутри человека против этого» /6/.

За внешними проявлениями болезни S. Freud находит бессознательные движущие силы и в связи с этим расценивает симптомы невроза как бессознательное выражение того, что раньше было целью. Поэтому он допускает, что в интерпретации полученных данных не нужно искать той очевидности, которую ищет клинический психиатр, так как факты следует рассматривать как символы ранее пережитого, прежде всего в плане сексуального развития и «Эдипова комплекса». Объясняя симптомы как косвенное выражение бессознательных и несовместимых потребностей, S. Freud считает задачей психоанализа раскрытие в «бессмысленных» идеях и «беспочвенных» действиях настоящего той прошлой ситуации, в которой эти идеи были оправданны и действия служили цели. Для этого аналитик не стремится вводить ничего нового, а лишь отнимает, устраняет то, что затемняет основной смысл болезни. Он бесстрастный наблюдатель, намеренно отдаленный от больного, своего рода экран для выражения его чувств в виде свободных ассоциаций. В процессе длительного лечения и нередко ежедневных встреч пациент непроизвольно переносит на аналитика свои инфантильно-невротические схемы семейных отношений, т. е. дружеские, враждебные или амбивалентные чувства, которые он прежде проявлял к родителям или другим лицам, игравшим важную роль в его жизни. Значение переноса (трансфера) заключается в том, что он проявляет отношение к тому человеку, с которым подсознательно отождествляется аналитик. В результате проекций отношений по типу «ребенок—родитель» возникает трансферный невроз, в котором первоначальные патогенетические конфликты прошлых семейных отношений дублируются, но с меньшей степенью интенсивности. Так как аналитик в противовес этим чувствам остается эмоционально невключенным и бесстрастным наблюдателем, то у пациента нарастает аффективная напряженность, появляются неприязнь к аналитику и сопротивление продолжению лечения. Эти чувства объективно изучаются вместе с пациентом, и ему объясняется, как из прежних переживаний вырастают его чувства в настоящем. Таким образом, в процессе психоанализа пациент переносит образы своей семьи на аналитика, главной функцией которого является предоставление условий для развития трансферного невроза и его последующая интерпретация с должной оценкой сопротивления. Одновременно аналитик старается проникнуть в защитные механизмы пациента, с тем чтобы заставить его осознать собственную тревогу и скрытые конфликты, ибо только в таком случае можно будет обращаться с ними рационально. Это медленный процесс, так как слишком быстрое осознание может быть излишне травмирующим для пациента и привести к усилению, а не к ослаблению его тревоги.

В психоанализе отсутствуют руководство больным, его воспитание, активное изменение отношений. Считается, что психосинтез у больного, если для этого созданы необходимые условия в

виде «разложения» симптомов и устранения сопротивлений, происходит без вмешательства аналитика, автоматически и неизбежно. Если осознание вытесненного — цель психоанализа, то его вершина — разрешение «Эдипова комплекса», которое означает высшую интеграцию личности, преобладание «я» над «оно». Исцеление через осознание или раскрепощение вытесненных влечений составляет сущность механизма катарсиса (очищения).

Главными понятиями в психоанализе как лечебном методе являются свободные ассоциации, трансфер и сопротивление. Следует провести различие между теоретическими концепциями психоанализа, т. е. интерпретацией получаемых данных, и практическими приемами обследования и лечения. Если интерпретация данных и исходные положения психоанализа многими исследователями считаются тенденциозными и часто не отвечающими критериям клинической реальности, то методы диагностики, как и вдумчивый, не терпящий спешки, серьезный подход к переживаниям невротика и принятие во внимание его отношений к врачу, оставили глубокий след в дальнейшем развитии зарубежной психотерапии.

Психоанализ наиболее уязвим, когда он выходит за пределы психиатрии, и это часто дает основания для его справедливой критики. Если же обратиться только к клинике неврозов, то окажется, что действительно бессознательная патологическая мотивация может во многом предопределять поведение больных с неврозом, хотя бы по типу создания непроизвольных защитных установок. Верным будет и то, что больной с неврозом в отличие от здорового человека нередко живет в своем субъективном, иррационально-аффективном мире, который для него нередко более значим, чем мир реальный. Однако эти вариации в психоанализе превращаются в догму, что мешает врачу изменить свой взгляд на больного в процессе его лечения.

В наших наблюдениях явления, напоминающие перенос, встречаются не так часто, видимо, из-за иной, чем в психоанализе, стратегии психотерапии. Большей частью они имеют место в неполных или конфликтных семьях, когда врач непроизвольно восполняет неудовлетворенную потребность в общении с тем или иным членом семьи. Более частый перенос в подростковом и юношеском возрасте, в первую очередь при истерическом неврозе, объясняется потребностью реализовать в отношениях с врачом признание со стороны семьи и сверстников.

Является ли ортодоксальный психоанализ директивным методом психотерапии? Этот вопрос мог бы вызвать недоумение, но, на наш взгляд, в классических формах гипносуггестивной терапии, рациональной психотерапии и психоанализе есть общее, какими бы они ни были противоположными внешне. Это общее состоит в зримом, как при суггестивной и рациональной психотерапии, и незримом, как при психоанализе, предписании пациенту определенного, заранее сформированного образа мышления. Такое предписание нередко носит директивный характер и представляет собой в той или иной мере слепок мышления врача. Кроме «обязывания» думать и поступать определенным образом (в психоанализе это достигается раз и навсегда заданной интерпретацией полученных данных), отношения при всех трех тактиках психотерапии строятся по типу односторонней связи «врач—пациент». Общим с рациональной психотерапией в психоанализе является внушающий эффект осознания, к которому прямо или исподволь готовится пациент и которое ожидается как нечто способное «открыть глаза» и изменить его личность. Но если в рациональной психотерапии идет активная перестройка отношений под руководством врача, то в психоанализе пациент это должен сделать сам под наблюдением врача.

S. Freud, будучи тонким наблюдателем, подметил многие особенности детского развития, которые до него не были известны или игнорировались. К ним можно отнести и детскую сексуальность. Но трактовка ее в виде «Эдипова комплекса» как единственного источника невроза требует пояснений. Действительно, дети в возрасте 4—6 лет могут испытывать нечто, напоминающее сексуальное влечение, но оно специально не направлено на родителя другого пола, а может проявляться в виде специфических ощущений при ласке со стороны взрослых и играх со сверстниками. Следует добавить, что сексуальное развитие у детей, заболевающих неврозами, несколько заторможено. Для этого есть много причин, в том числе «бесполое» воспитание со стороны родителей и репрессивные меры в отношении любых, естественных для детей, проявлений сексуального интереса. Редко наблюдается в наших случаях и мастурбация у детей дошкольного возраста (6%). Заторможенность сексуального развития является одним из выражений нерезких нарушений развития схемы тела у детей с неврозами, когда они хуже, чем их здоровые сверстники, чувствуют свое тело и координируют свои действия. Тому есть причины и среди них — чрезмерная интеллектуальная стимуляция, ограничения физической активности, общая, нервная и соматическая ослабленность.

Как известно, структура «Эдипова комплекса» включает либидонозную привязанность детей в

возрасте 5 лет к родителю другого пола, вызванную этим конкуренцию или враждебность к родителю того же пола и, как следствие, вытеснение инцестуозных переживаний в сны, чувство вины и беспокойства.

В 1978 г. мы провели обширное исследование (961 пациент 3—16 лет без нервно-психических отклонений) по изучению возрастных и половых особенностей идентификации детей с родителями. Выяснилось, что пик идентификации, как отождествления себя с родителем того же пола, у мальчиков и девочек наблюдается именно в возрасте 5—6 лет. К этому возрасту создаются необходимые эмоциональные и когнитивные предпосылки для идентификации в виде развития способности к эмпатии и принятию роли, а также развивается потребность в соответствующем по полу поведению в общении со сверстниками, эталоном которого является родитель того же пола. Идентификация с ним сопряжена с эмоционально теплыми отношениями, особенно у девочек. Изложенное позволяет сделать вывод, что дети в изучаемом возрасте, представляя себя на месте родителя того же пола и отождествляя себя с ним, испытывают при этом и потребность в подражании его отношению к родителю другого пола, т. е. мальчики, так же как и отец, хотят быть «женатыми» на своей матери, а девочки быть «замужем» за отцом. Следовательно, родитель того же пола является не объектом враждебности, а объектом подражания и авторитета. Мы видим, что S. Freud расширил сферу сексуального, по существу заменив им эмоциональную и когнитивную сферу развития личности, в то время как все они выступают в единстве и знаменуют определенную зрелость генетического и социально-детерминированного личностного развития к 5—6 годам.

S. Freud специально не занимался психоанализом детей. Классический психоанализ у детей в 20—30-е годы представлен исследованиями H. Huq-Helmuth, M. Klein и A. Freud. Если M. Klein проводит анализ без вмешательства и руководства, то H. Huq-Helmuth и A. Freud осуществляют, при необходимости, активное руководство больным, изменение его отношений и перевоспитание.

H. Huq-Helmuth видит задачу воспитания «в умении найти должную меру в поощрении развития одних влечений и в торможении других» /7/. Подчеркивая уважение к естественному ходу развития ребенка и патогенное значение неразрешимого внутреннего конфликта, она впервые практикует медико-педагогические консультации по проблемам воспитания, целью которых является смягчение напряженных отношений между родителем и ребенком. Сама техника психоанализа остается без изменений, вплоть до использования кушетки во время сеанса.

A. Freud выводит все конфликты детства из процесса «созревания». Проявления невротической заторможенности она устраняет эмоциональным контактом с детьми и интерпретацией их поведения в игре, для чего они побуждаются во всем давать отчет. Авторитет аналитика признается выше авторитета родителей и считается, что он должен направлять ребенка. Последнее осуществимо, когда у ребенка есть ясное осознание своего «дефекта» и желание от него избавиться. Для анализа используются также детские рисунки (Freud A., 1971).

M. Klein в 30-х годах связывала происхождение неврозов с депрессивными реакциями при взаимодействии с матерью на первом году жизни, мастурбационными фантазиями и страхом. Последний выводится из мастурбационных фантазий, страха кастрации и «Эдипова комплекса». Подразумевается развитие в процессе анализа детей аналогичного взрослым трансферного невроза, но метод свободных ассоциаций заменяется спонтанной деятельностью детей в игре с игрушками, воспроизводящими реальный мир. Сама же игра толкуется психоаналитически, и ребенку буквально объясняется сексуальная символика того или иного игрового действия. Метод символической интерпретации игровой деятельности M. Klein в дальнейшем обозначается как игровая терапия (play therapy).

A. Freud и M. Klein в 20—30-х годах, G. Pearson (1949) и I. Kessler (1966) для лучшего понимания конфликтов ребенка наблюдают за игрой, чтобы после нее дать интерпретацию. В отличие от этого D. Levy (1939) наблюдение за игрой использует как предварительное условие для ее планирования и участия в ней. У всех этих исследователей игра определенным образом интерпретируется и организуется, поэтому данное направление игровой терапии получает название директивного.

Последующее развитие психоанализа идет по пути сокращения его продолжительности (уже у M. Klein длительность анализа составляла не несколько лет, а 8—10 мес. при 4—5 посещениях в неделю) и обеспечения направленного психоаналитического руководства процессом воспитания. В 1939 г. на IX конгрессе психоаналитиков стран французского языка формулируется понятие семейного невроза. Невроз ребенка рассматривается как продукт и выявляющий фактор семейных аномалий. Отмечается необходимость анализа детей совместно с родителями, прежде всего с матерью. Тем самым

психоанализ стал выходить за рамки только индивидуальной работы с ребенком, когда родители рассматривались лишь в качестве отражений на экране его ассоциации (Duche I., 1967). В настоящее время психоанализ уже не рассматривается как истина в последней инстанции, но при ограничении его экспансивности и сохранении за ним его собственного поля в ряде случаев считается полезным. Один из наиболее видных представителей современного психоанализа E. Erikson (1968), соглашаясь с классическими положениями психоанализа о достижении большей подвижности «оно», терпимости «сверх-я» и способности «я» к синтезу, добавляет, что анализ «я» должен происходить в связи с историческими изменениями, доминировавшими в период детства и отроческих кризисов, и социальным приспособлением в зрелый период.

Психоаналитические и непсихоаналитические методы лечения неврозов, использующие ряд общих принципов, объединяются под названием психодинамической терапии. Она направлена на устранение скорее причин невроза, чем его симптомов. В психодинамическом подходе главными детерминантами невротического поведения служат внутрипсихические процессы и подсознательные мотивы, а основными понятиями являются тревога и защита. Проблема, как мы уже видели, не в том, что они есть, а в том, как интерпретируются механизмы их происхождения. Такие известные зарубежные психиатры непсихоаналитического направления, как K. Horney (1950) и H. Sullivan (1953), видят в тревоге общую динамическую основу неврозов и выводят ее из опыта ранних межличностных отношений. Считается, что психоневротические личностные нарушения вырастают из попыток справиться со специфическими внутренними психологическими проблемами, одолеть которые без напряжения или повреждения психологических механизмов индивид не может. Симптомы этих нарушений состоят либо в непосредственных ощущениях и выражениях тревоги, либо в автоматических попытках контролировать ее посредством таких механизмов защиты, как конверсия, диссоциация, вытеснение, формирование фобии или навязчивых мыслей и действий. Невроз, по K. Horney, возникает тогда, когда рушится или блокируется «внутренним давлением» потенция развития.

Осознание значения эмоций, влечений и других иррациональных компонентов психики в происхождении невроза является целью психодинамической терапии в любых ее вариантах. Поэтому она определяется преимущественно как инсайтный (интуитивный) вид терапии. Но если психоанализ при этом направлен главным образом на реконструкцию прошлого пациента, то в непсихоаналитическом психодинамическом подходе больше внимания уделяется актуальным динамическим процессам. По K. Horney, цель лечения — помочь больному неврозом осознать свое реальное «я» и развить возможности его психического роста.

В психобиологии (Mayer A., 1934) личность рассматривается как целостное образование в контексте своего исторического формирования, а психические расстройства изучаются как динамические дезадаптивные реакции индивида на напряжение — стресс и конфликт. В непринужденной беседе главное внимание уделяется не отысканию подсознательных мотивов и механизмов невротического поведения, а фактическим ситуациям и обстоятельствам. Трансферу не придается значения, и психиатр стремится не к тому, чтобы пациент вновь пережил свои ранние переживания, а к тому, чтобы он понял их сегодняшнее значение. Обсуждение с психотерапевтом имеет целью помочь больному проследить происхождение своих расстройств. Подобный биографический анализ также включает изучение соматических факторов и панораму психосексуального развития пациента. Дискутируются только те факты, которые понятны пациенту или занимали видное место в его жизненных переживаниях. После того как различные переживания, ситуации и симптомы проанализированы и продискутированы, пациента просят переформулировать их в динамическую автобиографию с дачей мотиваций, чтобы он по возможности мог понять их смысл и эволюцию.

Взгляды A. Mayer не были столь широко распространены в эру господства психоанализа, но как выражение наиболее удаленной от психоанализа ветви психодинамической терапии они сыграли свою роль, и, на наш взгляд, отразились на развитии системного подхода в зарубежной психотерапии. (Masserman I., 1969).

Психотерапевтический подход, исходящий из опыта пациента и ставящий его в центр взаимодействия с врачом, получает свое развитие в виде психотерапии отношений или «клиент-центрированной» (client-centered) психотерапии C. Rogers (1965). В ней бессознательное и сознательное рассматриваются как единство в понятиях опыта и перцепции. Невротические расстройства объясняются как следствие нереализованных жизненно важных потребностей, психогенной блокировки («закупорки») опыта и потери его конгруэнтности с «я». C. Rogers не так озабочен прошлым пациента, как психоаналитик, и не привлекает перенос и интерпретацию в качестве действующих факторов

психотерапии. Основное внимание уделяется не столько связи между тревогой и защитой, сколько пониженному у невротика представлению о самом себе и чувству самоуважения. Отношения между врачом и пациентом (клиентом, по C. Rogers) строятся по принципу эгалитарности, т. е. на уровне «человек—человек», а не «врач—пациент», как в психоаналитическом подходе. Большее значение имеет не то, что врач говорит, а то, что он есть: личность терапевта — это его главное орудие (Rogers C., 1965). Психотерапевт не ведет за собой, а сопровождает, участвуя в непосредственном опыте пациента, создавая условия для ощущения им чувства безопасности; он не думает за пациента, а думает, оценивает вместе с ним; не дает советов и инструкций, а эмпатически представляя себя на месте пациента, ненавязчиво способствует особой манерой беседы развитию тенденции к актуализации потенциала его организма. Отсутствие вмешательства в естественное развитие объясняет употребление противоположного анализу понятия «катализ» — облегчения, ускорения процесса самоактуализации. Все это не исключает общего направления положительной эволюции пациента, которому создаются условия для спокойного, целенаправленного монолога — пациент говорит и рассуждает как бы с самим собой, врач только вставляет слова, говорящие о его заинтересованности и удерживающие беседу в русле существенных вопросов. Тем самым пациент побуждается к правильной формулировке своих проблем и часто сам находит выход из ситуации, конструируя правильный мотив. Собственный, достаточно убедительный и конкретный мотив становится лучшим стимулом для деятельности, ведущей к психическому равновесию. В процессе психотерапии наблюдаются следующие изменения личности пациента: «1) пациент эволюционирует к состоянию более полного внутреннего согласия (гармонии), он более открыт своему опыту и менее защищен; 2) его восприятие более реалистично, более дифференцированно и более объективно; 3) он становится все более способным разрешать свои проблемы; 4) его психическое функционирование улучшается и развивается в оптимальном смысле; 5) уменьшается ранимость вследствие увеличения согласия между «я» и опытом; 6) возрастает положительное рассмотрение себя, и субъект все более воспринимает себя как центр оценки» /8/. В результате главным образом уменьшения тревожности и повышения внутреннего согласия пациент может идентифицировать, испытывать и принимать собственными средствами психогенные аспекты своего болезненного состояния. По мере того как у него развивается способность уважать себя, он становится все более способным уважать и ценить других людей.

Психотерапевтический подход C. Rogers нашел некоторое распространение в практике зарубежной педагогической работы, когда ученики и учителя в игре меняются ролями и группа действует в этих условиях какое-то время. Следует отметить, что теоретические предпосылки психотерапии C. Rogers более разработаны, чем практическая часть. Ряд положений этого психотерапевтического подхода можно обнаружить в сократовском устном диалогическом методе преподавания, рассчитанном на «внутренний голос» обучаемого. Искусство беседы, по Сократу, требует исходить из того, что уже известно собеседнику, а не подавлять его эрудицией и непонятными истинами. Сократ полагал, что слушатели могут с его помощью открыть в себе много прекрасного и разумного, правда, если в них это уже заложено (Нерсенянц В. С., 1977).

Психотерапия отношений C. Rogers получила свое развитие в направлении недирективной игровой терапии, когда психотерапевт не вмешивается в спонтанную игру детей и не интерпретирует ее, как в вышерассмотренном директивном направлении, а создает самой игрой атмосферу тепла, безопасности и безусловного принятия чувств и мыслей пациента (Alien E., 1942; Axline V., 1947; Moustakas C., 1970). В данном виде игровая терапия считается показанной в первую очередь для детей с длительными невротическими расстройствами, эмоционально напряженных, подавляющих свои чувства (Alien F., 1942). Игровая терапия должна помочь ребенку увидеть, осознать самого себя, свои достоинства и недостатки, трудности и успехи. Этому способствуют сформулированные V. Axline (1947) принципы, по которым строится поведение психотерапевта: 1) принятие ребенка, достигаемое дружеской, теплой, неподавляющей манерой общения, врач не проявляет нетерпения, недовольства или несогласия, воздерживается от похвалы и одобрения, которые ограничивают свободу ребенка; 2) установление дозволенности в игре, безопасности в отношениях, что позволяет ребенку выразить свои чувства и переживания; 3) предоставление ему возможности самостоятельно выбирать линию поведения, врач чаще всего находится вне игры и лишь иногда может руководить ею по просьбе ребенка; 4) отказ от форсирования терапии, приводящего к потере контакта; 5) отражение чувств — врач отказывается от интерпретации высказываний и действий ребенка, пользуясь в игре его же символами. Психотерапевт — зеркало, в котором ребенок видит самого себя.

При таком построении терапевтических ситуаций дети получают возможность разыграть и тем

самым отреагировать свои напряжения, фрустрации, агрессивность и страхи. Проигрывая эти чувства, они переводят их вовне, открывают их. Сталкиваясь с ними лицом к лицу, дети обучаются контролировать свои чувства и поведение в целом. По словам V. Axline в результате игровой терапии дети получают возможность двигаться вперед, становятся более независимыми и зрелыми. Предоставляя ребенку максимальную самостоятельность в игре, V. Axline выделяет лишь три типа ограничений: неизменную продолжительность сеанса, запрет на повреждение игрового материала и на использование врача в качестве объекта агрессии. C. Moustakas (1970), активно работавший с детьми в 50-е годы, считает самым важным аспектом терапевтических отношений установление подобных ограничений, которые связывают психотерапию с реальностью и напоминают ребенку об его ответственности перед собой и психотерапевтом. Развитие позитивных отношений в игре становится возможным только тогда, когда взрослый отвечает на чувства ребенка и искренне верит в него. Тогда ребенок движется к выражению ясных положительных или отрицательных отношений, которые дают ему возможность чувствовать себя достойным и развивать свои реальные способности. Поскольку эмоциональные проблемы и симптомы ребенка являются отражениями его отношений, то по мере их изменения исчезают проблемы и симптомы. В своей работе с родителями C. Moustakas все решения оставляет за ними. Полученный материал комментируется осторожно, в рамках чувств и мыслей родителя. Цель семейной консультации — помочь матери и отцу жить с ребенком «лицом к лицу», но без плана, как изучать и анализировать его состояние. Не используются обучение, активная перестройка отношений, и подобная тактика не всегда может привести к ощутимым психотерапевтическим результатам. По нашим наблюдениям, недирективная игровая терапия может быть полезна в качестве начального, но не основного этапа психотерапевтического процесса у детей.

Заметный вклад в терапевтическое использование игры внес E. Erikson (1964), который считает спонтанную игру способом разрешения жизненных трудностей посредством создания модельных ситуаций и овладения реальностью через эксперимент и планирование. Поэтому игра выглядит как самая естественная самоизлечиваюшая мера, на которую способно детство.

В 30—40-е годы развитие социальной психологии и идеи J. Moreno ускорили развитие групповой психотерапии. S. Slavson — основоположник групповой психотерапии у детей — позволяет выразить в группе внутренние конфликты и агрессивные тенденции. Групповой катарсис открывает дорогу более дружественным отношениям, снимает беспокойство, чувство вины и страха. У подростков дополнительно применяется обсуждение их проблем. Тактика врача ситуативна и варьирует в зависимости от групповой динамики. Исключительное внимание уделяется подбору участников психотерапии. Группы в зависимости от цели делятся на закрытые (одновременные начало и конец лечения) и открытые (постепенная замена участников). В итоге групповой психотерапии развивается способность принятия себя и других, расширяются жизненные интересы, повышается выносливость к неудачам и жизненным трудностям, формируются зрелость личности и «групповая мораль» (Slavson S., 1943).

H. Ginott (1961) применяет групповую психотерапию к характерологически тормозимым детям. Указывая, что в группе практически невозможно избежать страха, H. Ginott, как и S. Slavson, воспроизводит в процессе спонтанных и направляемых игр ситуации, вызывающие страх, и помогает его игровому и вербальному выражению. В настоящее время групповая психотерапия получила распространение и в обычных школах в рамках программы по оказанию помощи детям с эмоциональными нарушениями (Anderson N., Marrone R., 1977). Положительные результаты групповой психотерапии, по данным разных авторов, наблюдаются лишь в 1/3 случаев (Abramowitz C., 1976), что связано, на наш взгляд, с недостаточно критическим использованием показаний для групповой психотерапии, применением малопродуктивных групповых психоаналитических техник без развития процесса групповой динамики.

Психотерапевтическая концепция психодрамы J. Moreno, созданная в 40-х годах, основана на социально-психологических закономерностях общения, что в наибольшей мере отвечает требованиям реальной жизни. В основе лечебного действия психодрамы лежит катарсис — то душевное «очищение» и облегчение, о котором писал Аристотель, разъясняя механизм действия античной трагедии на зрителя. Источником катарсиса, по J. Moreno, является спонтанность, под которой он понимает способность к адекватной реакции на внезапно возникшие обстоятельства. Эта способность у невротика ослаблена. У него также нарушено равновесие между миром реальности и миром воображения. Психодрама, объединяя реальную действительность и воображение, устраняет этот разрыв. Задача психодрамы заключается в создании условий, при которых выполнение роли будет восприниматься

участниками группы как естественное выражение «я», что позволит снять многие из их перенапряжений. Главный герой психодрамы — протагонист — изображает себя в различных проблемных ситуациях. Вспомогательные персонажи, которые он назначает из числа присутствующих, отражают и изменяют характер его взаимодействия. Подобную роль при необходимости выполняет и руководитель игры. По J. Moreno, использование в ролевом действии вспомогательного «я» отличает психодраму от групповой психотерапии.

Психодраматический сеанс включает три стадии: психологической разминки, действия и последующей дискуссии. Разминка — это интервью и анализ предстоящих игровых ситуаций, которые должны быть актуальными и интересными для участников игры, по не чрезмерно травмирующими. Напряжения, возникающие в психодраме, уменьшаются при помощи вымышленных ситуаций, изменения ролей и повторения игровой темы. Умение «войти» в нужную роль рассматривается в психодраме как средство снятия избытка психического напряжения. При этом воздействие аудитории — группы и присутствующих на сеансе лиц — существенно в системе научения адаптированному поведению. В результате психодрамы происходят эмоциональное отреагирование, осознание и разрешение проблем у ее участников с одновременным улучшением их психического состояния (Moreno J., 1946).

В развернутом виде классическая психодрама применяется в основном у подростков (Lebovici S., 1961). Имеются многочисленные попытки упростить психодраму. G. Lehmann (1968) предлагает для уменьшения невротической пубертатной заторможенности импровизационную групповую игру в сказку. I. Corman (1973) и R. Gardner (1975) используют драматизацию в индивидуальной работе с детьми. Широкое распространение метод психодрамы получил в социалистических странах. В ГДР, кроме G. Lehmann, ее практикуют C. Krauss, V. Scholz, M. Knopfel (1977), S. Palmer и R. Rank (1978); в Чехословакии M. Bouchal, D. Dufkova, M. Robes, Z. Sekaninova (1973) и др. У этих авторов психодраматически преломляются ритмика, пантомима, подвижные игры.

Из разнообразных вариантов психодрамы, объединяющих ее с групповой психотерапией, следует отметить так называемую кинетическую психотерапию R. Schachter для детей с невротическими и поведенческими отклонениями, испытывающих трудности в словесном выражении своих чувств. В подвижных играх дети обучаются более адекватному выражению гнева и других эмоций. Механизмы психодрамы трактуются в понятиях игровой терапии, классической психодрамы J. Moreno и бихевиористической (поведенческой) терапии (Schacter R., 1974). Предложен ряд других сочетаний групповой психотерапии с драматизацией, ритмикой и экспрессивным, «телесным» выражением детьми своих чувств, в чем отражается характерная для французской психиатрии концепция «психомоторного воспитания» (Dellaert R. et al., 1969). Психоаналитическое направление психодрамы наиболее активно представлено в работах французских психиатров. В группе проигрываются разнообразные, в том числе семейные, роли. Психотерапевты (обычно мужчина и женщина) вмешиваются в игру только для уточнения некоторых моментов и вербализации действий ее участников. Психоаналитическая интерпретация игры заключается в отреагировании несостоявшихся стадий сексуального развития, переносе образов матери и отца на психотерапевтов, вскрытии «Эдиповой семейной структуры» и анализе индивидуального и группового сопротивления в процессе лечения (Monod M., Bosse J., 1965; Cosnier I. et al., 1971; Testemale G., 1971).

Принцип десенсибилизации, составляющий основу поведенческой терапии (behaviour therapy), можно найти у великого французского просветителя Руссо: «... все дети боятся масок. Я начну с того, что покажу Эмилю маску с приятными чертами лица, затем кто-нибудь у него на глазах наденет ее на лицо: я начну хохотать, засмеются и все, — и ребенок вместе с другими. Мало-помалу я приучу его к маскам с менее приятными чертами и, наконец, к фигурам отвратительным. Если я хорошо выдержал градацию, то он не только не испугается последней маски, но будет смеяться над ней, как над первой. После этого я не боюсь, что его испугают масками» /9/.

Поведенческая терапия выросла из лабораторных экспериментов над животными, и на нее оказали большое влияние опыты И. П. Павлова и B. Skinnera. Поведенческие терапевты полагают, что все поведение, как нормальное, так и анормальное, — продукт того, что человек выучил или не выучил. Поэтому невротические нарушения рассматриваются как привычки, существующие в настоящем, и их развитию не придается значения. H. Eysenck (1959) заявляет, что нет невроза, скрывающего симптом, а есть просто симптом и если избавиться от него, то можно уничтожить и невроз. Для поведенческого терапевта все проблемы являются по своей природе педагогическими. Пациент обучается новым эмоциональным и познавательным альтернативам поведения, которые должны быть прорепетированы и

испытаны внутри и за пределами терапевтической ситуации. Обучение исключает необходимость инсайта и катарсиса. Метод кушетки (в классическом психоанализе) заменяется методами кафедры и классной комнаты, а отношения между терапевтом и пациентом напоминают отношения между учителем и учеником. Поведенческий терапевт рассматривает себя как инструмент прямого влияния, вмешательства и контроля, а также как социальный усилитель для пациента (Hollander M., 1975). В поведенческой терапии широко применяются приемы поощрения, реже — наказания и тщательно контролируются результаты терапии (Wolpe J., 1958; Eysenck H., 1959).

Существуют три основные модификации поведенческой терапии. При систематической десенсибилизации — реципрокной ингибированной терапии (Wolpe J., 1958) — заранее составляется список объектов страха, начиная с самого слабого. Пациента просят на несколько минут представить ситуацию, вызывающую вначале слабый страх, а затем инструктируют его в отношении приемов релаксации. Этот процесс повторяется до полного отсутствия беспокойства в воображаемой ситуации выраженного страха. В другом варианте релаксация предшествует предъявлению стимула страха, который, к тому же, может быть наиболее интенсивным вначале, но поскольку предъявление страха идет на фоне общего расслабления, то происходит его ослабление (десенсибилизация). У детей релаксация не всегда возможна, но сам принцип постепенного и опосредованного предъявления стимулов страха нашел широкий отклик, в том числе при лечении школьных фобий, нередко связанных со страхом отделения от матери (Duvano I., 1962; Garvey W., Hegrenes I., 1966). Описывается радикальный поведенческий прием, обозначаемыи как «погружение», когда детей помещают в окружение, вызывающее беспокойство, и где они находятся достаточно продолжительное время, чтобы справиться с ним (Lamontague V., 1975).

Другая модификация поведенческой терапии ставит своей целью прямое усиление желаемого поведения посредством использования дозированных процедур поощрения, реже — наказания. Принцип подобного оперантного обусловливания предвосхищен M. Jones (1924), которая показала, что реакции страха могут быть угашены в результате предъявления объектов, вызывающих страх, одновременно с другим, приятным раздражителем, например конфетой. Методы поощрения широко используются в детской практике, в том числе в лечении элективного мутизма и в обучении матерей приемам постепенного устранения страхов у детей (Hagman R., 1932). Иной метод применяется при лечении энуреза, когда в ответ на мочеиспускание происходят замыкание электрической цепи и пробуждение от звука будильника или слабого удара тока (Eysenck H., 1959).

Следующая модификация поведенческой терапии связана с использованием моделей, особенно у детей дошкольного возраста. По этому методу лечение, например, фобий собак состоит из 8 кратковременных периодов, в которых боящиеся дети наблюдают с помощью кино, как другие дети без страха подходят к собакам и гладят их (Bandura A., 1969).

К настоящему времени поведенческая терапия претерпела ряд изменений. В ней меньше максимализма, больше внимания уделяется межличностной диагностике, психологической тренировке уверенности в себе, а также групповым и семейным формам терапии. Многие из приемов поведенческой терапии прочно вошли в арсенал современной психотерапии, и умение врача «справляться» с фиксированными симптомами не менее важно, чем их патогенетический анализ.

Развитие социальной психологии и социальной психиатрии в 50— 60-е годы оказало влияние и на развитие семейной психотерапии, в которой эмоциональные проблемы у детей изучаются с точки зрения функционирования семьи в целом. Основы целостного подхода к семье как единице изучения и объекту лечения сформулированы N. Ackerman (1958) и I. Howells (1968), которые показали, что психиатрические проблемы семьи не являются исключительно областью психоанализа, и если даже каждому ее члену будет оказана индивидуальная помощь, то это еще не создаст психотерапию семьи. Последняя понимается как метод внедрения психотерапевта в семейную систему, с тем чтобы способствовать созреванию семейного процесса. Для успешности семейной психотерапии важен правильный выбор первичного пациента, т. е. лица, оказывающего наибольшее патогенное влияние в семье. Посредством совместных и раздельных интервью устанавливается характер семейных нарушений, что находит свое отражение в динамическом «семейном диагнозе». Точка зрения N. Ackerman и I. Howells об одновременном лечении одним врачом родителей и детей поддерживается многими современными исследователями (Bell J., 1957; Carroll E., 1960; Buckle D., Lebovici S., 1966; Graham Ph., 1976; Minuchin S., 1974).

Имеются разнообразные подходы к семейной психотерапии, в том числе психоанализ (Grotjahn M., 1960: Ville-Bourgoin E., 1962; Berge A., 1965), поведенческая терапия (Liberman R., 1970), сочетание

психоанализа и поведенческой терапии (Skynner A., 1976), групповая психотерапия различных направлений (Bell J., 1957; Skynner A., 1976), совместная психотерапия ребенка и матери (Male P. et al., 1969), психотерапия, направленная на взаимодействие «родитель—ребенок» (Bromwich R., 1976). Семейная психотерапия может осуществляться как одним, так и двумя врачами, работающими с супругами (Martin P., Bird H., 1953), и даже тремя специалистами, если один из них занимается психотерапией детей (Sandler I., 1966). Широко используются методы непрямого наблюдения за взаимодействием членов семьи, магнитофонная и телевизионная запись интервью. Применяются различные рисуночные пробы с целью психологической диагностики семейных отношений (Van Krevelen D. A., 1975). Получили распространение центры психического здоровья для оказания превентивной психологической и психиатрической помощи семьям, находящимся в кризисном периоде своего развития (Caplan G., 1964).

Для современной зарубежной психотерапии характерны взаимное проникновение и дополнение различных психотерапевтических подходов, что находит свое отражение в трудностях дифференцированной оценки их эффективности. Это дает основания такому известному психотерапевту, как J. Frank (1977), заявить, что выбор метода психотерапии должен быть подчинен личному стилю психотерапевта. Было бы идеальным, если бы последний, владея всеми методами психотерапии, мог выбирать наиболее подходящий из них для того или иного пациента. Другая особенность развития зарубежной психотерапии состоит в более широком, чем раньше, использовании методов воспитания и изменения отношений. В этой связи W. Spiel (1976) разграничивает понятия «психотерапия» и «воспитание». Если психотерапия в узком смысле слова заключается в возвращении больному «внутреннего равновесия психического аппарата», то процесс воспитания направлен на «облагораживание» и создание предпосылок для целенаправленного развития личности.

Сравнивая достижения зарубежной и отечественной психотерапии неврозов у детей, следует отметить приоритет отечественных исследований в ряде областей психотерапии, прежде всего в гипнотерапии и групповой (коллективной) психотерапии. Раньше сформулированы и принципы медико-педагогической работы с семьей. В целом в отечественных исследованиях преобладает медико-педагогический аспект, в то время как в зарубежных исследованиях большее внимание уделяется собственно психотерапевтическим методам. Многое из достигнутого в отечественной психотерапии было утеряно в середине 30-х годов, когда односторонне понимаемый физиологический подход к проблеме неврозов и их лечения задержал развитие психологического аспекта проблемы. Положение начинает исправляться в 70-х годах. Введение номенклатурной должности детского психотерапевта и обучения по этой специальности ускорит развитие детской психотерапии и осуществление эффективных мер по психопрофилактике неврозов у детей и взрослых.

Наш опыт психотерапии формировался с начала 60-х годов. Некоторые из самостоятельно разработанных нами методик психотерапии имеют аналоги в зарубежном опыте. Это относится к семейной психотерапии, использованию игры и группы в качестве терапевтического инструмента, приемам поведенческой терапии. Сущность нашего подхода не в применении тех или иных отдельных методик, а в использовании их как единого психотерапевтического комплекса, основанного на принципах отечественной патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева и его школы. Вместе с тем психотерапия у детей — не копия психотерапии взрослых, а самостоятельный, клинически очерченный метод лечения неврозов.

Психотерапию в качестве основного метода лечения неврозов можно определить как процесс направленного психологического (психического) воздействия врача на больного с целью восстановления нарушенных психических функций, их укрепления и развития. В этом смысле она последовательно выступает как единый процесс лечебных и педагогических мероприятий, не допускающий замены лечебного аспекта педагогическим, что чревато опасностью применения воспитательных мер там, где требуется устранение болезненных проявлений.

Психотерапия — это не только процесс воздействия врача на больного, но и процесс взаимодействия между ними, динамический, двусторонний характер которого очевиден в личностно ориентированной психотерапии. Этот процесс включает социально-психологические механизмы общения, и в первую очередь механизмы межличностного контакта.

Если объединить отмеченные стороны психотерапии, то она будет выглядеть как личностно ориентированный процесс взаимодействия врача и больного, направленный на восстановление и укрепление психического единства личности больного и достижение у него приемлемого уровня социально-психологической адаптации. Здесь важно соблюдение баланса между индивидуально-

личностными и социальными требованиями, т. е. между требованиями больного и требованиями реальности. В начале психотерапии врач большей частью исходит из требований и надежд больного как человека, помогая ему найти себя, исследовать свои возможности и утвердиться в них. При продолжении психотерапии врач в большей степени ориентируется на социально значимые требования, корригируя отношения, перестраивая жизненную позицию и черты характера, воспитывая положительные, социально приемлемые личностные качества.

Психотерапия условно подразделяется на семейную, индивидуальную и групповую, что составляет единый патогенетический комплекс, последовательность в котором определяется клиническими и личностными особенностями больных. При невротических реакциях может быть вполне достаточным короткий курс лечения, состоящий из элементов суггестивной, разъясняющей и игровой психотерапии, а также некоторых рекомендаций родителям. Психотерапия больных с хроническим течением невроза и неблагоприятными личностными изменениями, как правило, требует продолжительного, многомесячного лечения и использования всего комплекса психотерапевтического воздействия, начиная с семейной психотерапии. Коррекция неблагоприятно сложившихся семейных отношений представляет необходимое условие патогенетически обоснованной психотерапии. Особое значение это имеет в дошкольном возрасте, когда семья оказывает наибольшее влияние на формирование личности детей. Осознание родителями причин болезненного состояния ребенка, улучшение их психического состояния и перестройка внутрисемейных отношений ведут к устранению наиболее частого источника психической травматизации у детей, связанной с конфликтами в семье и неправильным воспитанием.

Снятие болезненных проявлений, укрепление психики и нервной системы в целом, перестройка отношений больного к себе и другим и изменение его неблагоприятно сформировавшихся черт характера происходят в процессе индивидуальной и групповой психотерапии.

В результате перестройки отношений родителей и детей наблюдаются нормализация их межличностных отношений и прекращение конфликта. Оздоровление семейной среды создает предпосылки для восстановления нарушенных отношений больного в социально-психологических сферах общения.

В целом эффект психотерапии, в том числе ее отдельных методик, является производным как от личности психотерапевта, его человеческих качеств, жизненного и профессионального опыта, так и от личности больного, прежде всего его желания излечения, веры во врача и метод лечения, клинической тяжести состояния, характерологических изменений и личностных возможностей.

Личностно ориентированный психотерапевтический подход можно представить как взаимодействие на уровне «личность (врача)—личность (больного)», а не «врач—больной» или личность (врача)—больной». Наиболее существенным фактором в такой системе будет установка врача на личность больного, обратившегося за помощью, и выделение прежде всего его человеческих качеств, а затем уже тех сторон личности, которые поряжены болезненным процессом. От того, какова эта личность в своей нравственно-этической основе, насколько она изменена или аномальна с общепринятой, человеческой точкой зрения, во многом зависят эффективность психотерапии и ее прогноз.

Личностно ориентированный психотерапевтический подход — это также ситуативно-динамический подход, варьирующийся в зависимости от конкретной психотерапевтической ситуации. Чувствовать эту ситуацию и руководить ею в интересах выздоровления больного — неотъемлемая принадлежность профессионального психотерапевтического опыта.

Личность психотерапевта, его знания и опыт — один из самых существенных факторов успешности психотерапии Каждый психотерапевт имеет свой диапазон лечебных возможностей, в немалой степени зависящий от его личностно-типологических особенностей. Психотерапевты с интровертированной структурой личности нередко предпочитают аналитические, разъясняющие методы психотерапии и с предубеждением могут относиться к ее игровым, групповым и поведенческим модификациям, в то время как другие психотерапевты уделяют им большее внимание.

Существенным параметром является и возраст психотерапевта. Начинающие врачи стремятся овладеть прежде всего гипносуггестией, скорее утверждающей их в профессиональном умении лечить. С возрастом многие творчески настроенные психотерапевты расширяют свой лечебный диапазон, используя разнообразные методики психотерапии, отражающие их возросший жизненный и профессиональный опыт. У каждого ищущего психотерапевта есть свой критический этап профессионального развития, когда он задумывается над своим терапевтическим потенциалом и

находит новые подходы в психотерапевтической коммуникации с больным. При этом в лучшей ситуации оказывается тот психотерапевт, возраст которого равен возрасту родителей ребенка или превышает его. В заметной мере это проявилось в нашей практике семейной психотерапии, когда не только возросший опыт, но и суггестивный эффект возраста позволил нам достичь более высоких результатов в коррекции семейных отношений.

Исключительное значение в психотерапии имеют искусство убеждать, говорить ясным и понятным больному языком, уверенность в своих силах при критическом осмысливании опыта, как и гибкая тактика психотерапевтического взаимодействия, сочетающаяся со способностью психотерапевта разряжать и стабилизировать эмоциональные реакции пациента. Тонус врача, его жизнерадостный, оптимистический настрой, противостоящий пессимизму и скептицизму больного, искренность и непосредственность в обращении, поощрение активности пациента в лечении также существенны в психотерапии.

В известных пределах врач не препятствует выражению агрессивных фантазий и мыслей пациента, он принимает его таким, какой он есть, предоставляя возможность для эмоционального отреагирования внутренних напряжений, с тем чтобы направить их в более приемлемое русло и развить способности самоконтроля.

В большинстве случаев врач выступает для больного как объект подражания и авторитета. Нужно умело пользоваться этим, не создавая у пациента зависимости от себя и не подрывая авторитета родителей. Психотерапевт должен быть душевно теплым, добрым и отзывчивым, чтобы понимать слабость больного, но достаточно сильным, чтобы быть способным переносить и устранять их.

Находясь с больным в ситуации межличностного контакта, полностью доверяя ему и веря в его человеческие качества, врач способствует укреплению у больного доверия к себе, к своим возможностям и способностям. Тем самым врач повышает у него чувство личностной ценности, соразмеряя его с требованиями окружающей действительности.

Психотерапевт исходит из концепции принципиальной обратимости невротических расстройств и стремится при прочих равных условиях применить те методики психотерапии, которые в большей степени находят отклик у пациента. Оптимальным вариантом является достижение психотерапевтического резонанса, когда используемые методики соответствуют предварительным ожиданиям больного в отношении способа его лечения. Тогда психотерапевтическое воздействие находит у него наиболее активный положительный эмоциональный отклик. В свою очередь, своевременный и даже в чем-то опережающий эмоциональный отклик врача на нужды и запросы пациента, на его способ реагирования в процессе психотерапии является моделью человеческой отзывчивости и способствует формированию у больных подобных ответных эмоциональных реакций. Проникаясь чувствами и мыслями больного, врач-психотерапевт нередко переживает ситуацию лечения в большей степени, чем сам больной, одновременно управляя процессом лечения и отношениями в нем.

Необходимость помнить об индивидуальном своеобразии каждого больного, его динамике в процессе психотерапии создает у врача психическое напряжение, не говоря уже о значительной трате его нервной энергии. Поэтому он может удерживать в профессиональной памяти опыт работы только с ограниченным контингентом больных. Здесь трудно назвать конкретные цифры ввиду их вариативности в зависимости от индивидуальных особенностей психотерапевтов. На наш взгляд, можно эффективно вести одновременно не больше 10— 12 больных в процессе индивидуальной психотерапии, столько же при групповой и гипносуггестивной психотерапии, т. е. в итоге не больше 30—40 больных. Значительно большее число их может быть при катамнестическом наблюдении и поддерживающем лечении.

Осложняют психотерапию такие проявления личности врача, как неискренность, игра, апломб, недоверчивость, предвзятость, тревожность и конфликтность, которые могут серьезно подорвать психотерапевтическую коммуникацию с больным. Неискренность воспринимается больным как «маска», напоминает о психотравмирующем опыте отношений и вызывает недоверие к словам и действиям врача. У дошкольников к этому присоединяется беспокойство, если врач нарочито подчеркнуто обращается с ними, как с детьми. Подобное отношение непроизвольно ассоциируется с хитрыми и коварными образами сказок и увеличивает, а не уменьшает тревожность в кабинете врача. У подростков осложняют психотерапевтический контакт излишняя фамильярность врача, навязывание мнения и отсутствие обсуждений волнующих вопросов. Хорошо поставленный голос врача без нарочитого усиления или приглушенности и тем более без оттенков раздражения и угрозы, в меру выразительная мимика, пластика движений и вся манера поведения оказывают воздействие на больного

через индукционный механизм подражания, оживляя его мимику, повышая тонус и развивая способности самовыражения.

В итоге ряд принципов психотерапии можно сформулировать следующим образом:

1) вести прием без медицинского халата и быть для ребенка просто человеком;

2) выходить из-за стола, подходить к ребенку и непосредственно контактировать с ним;

3) играть вместе и быть для него партнером;

4) исходить из чувств и желаний ребенка в большей степени, чем из своих отягощенных врачебным опытом представлений и профессионального апломба, возведенного в степень авторитарного утверждения власти над больным;

5) не торопиться с перевоспитанием ребенка, не зная, что он из себя представляет и на что способен;

6) не забывать, что, кроме врача, есть и родители, готовые как отдать ребенка полностью на попечение врача, так и ревниво воспринимать его успехи в контакте и развитии ребенка;

7) верить в себя и в свою способность лечить, прежде чем убеждать ребенка поверить в себя и в возможность излечения.

Глава 4. СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Семейная психотерапия рассматривается как метод восстановления функционального единства семьи посредством нормализации отношений и психического здоровья ее членов. Она состоит из следующих этапов: 1) обследования семьи; 2) семейных обсуждений; 3) совместной психотерапии больного и родителей.

Первый этап семейной психотерапии был рассмотрен ранее. Он завершается постановкой так называемого семейного диагноза, в котором, с позиций системного анализа, обобщаются психопатологические, личностные и социально-психологические особенности исследуемой семьи. Особое внимание обращается на недостаточное функционирование семьи как системы взаимосвязанных ролей, низкую продуктивность совместной деятельности, наличие большого количества неразрешенных проблем и явных или скрытых конфликтов.

При обследовании врач, больной и родители составляют малую группу, отношения в которой существенно влияют на процесс последующей психотерапии. В первую очередь это относится к установкам ее участников на врачебную помощь. Так, большинство родителей, находясь в конфликте с детьми, ожидают, что врач заставит детей беспрекословно выполнять их требования и устранит у них «дух своеволия». В связи с этим родители могут прямо или косвенно предписывать врачу определенный план действий с целью усиления своей позиции в семье. Таким образом, врач может быть вовлечен в неразрешенный семейный конфликт, поэтому он должен соблюдать известный нейтралитет в семейном конфликте, основанном не на эмоционально холодном или чрезмерно сдержанном отношении, а на эмоционально теплом эмпатическом проникновении в проблемы семьи, исключающем безоговорочную поддержку какого-либо члена семьи в ущерб другим и попытку все сразу «поставить на свое место». Функция врача заключается в содействии прогрессивному развитию семейных отношений и понимании точек зрения всех участников конфликта. Он выступает не как судья, а как посредник в проблемах семьи, исходя прежде всего из задач лечения ребенка, болезнь которого в немалой степени обусловлена неблагоприятно сложившимися семейными отношениями. В этом значении врач поддерживает желание родителей нормализовать обстановку в семье и вылечить ребенка, что уже само по себе выполняет интегрирующую роль в восстановлении нарушенных семейных отношений. Особого внимания заслуживает позиция родителя, который не посещает врача и отрицательно относится к лечению ребенка. При доминировании в семье он может свести на нет психотерапевтическое воздействие врача. Нередко против обращения за помощью выступают отцы, расценивая это как вмешательство, подрывающее их мужской авторитет. Своевременное обсуждение с обоими родителями необходимости лечения ребенка предупреждает подобное отрицательное отношение.

По отношению к лечению всех родителей можно разделить на две группы. Одни придают серьезное значение нервно-психическому здоровью своих детей и обеспокоены их состоянием.

В такой роли часто выступает мать, сама страдающая неврозом и испытывающая чувство вины за возникновение болезни у ребенка. Другие приводят детей на прием только по настоянию специалистов, не осознавая своей ответственности. Эти родители формально относятся к рекомендациям врача. В этих

случаях от него требуется немало такта и умения, чтобы заинтересовать родителей в оказании всесторонней помощи ребенку, чему способствует обоснованный врачебный прогноз о его дальнейшем неблагоприятном личностном развитии. Успешность подобной коррекции отношения родителей в значительной мере зависит от их культурного и нравственно-этического уровня.

Осложняют семейную психотерапию паранойяльный настрой у родителей, авторитарные, истерические и эгоцентрически-защитные черты их личности, неспособность к эмоциональному сопереживанию, скупость, «товарный фетишизм», негибкость мышления, нетерпеливость и неустойчивость характера.

Родители с паранойяльным настроем с недоверием относятся к психотерапевтическому, в своей основе психологическому методу лечения, настороженно воспринимают действия врача и не допускают его к обсуждению проблем семьи и отношений с ребенком. Это становится понятным, если учесть, что и дома родители с паранойяльным настроем находят во всем недостатки у ребенка, нетерпимы к ним, не доверяют его опыту, возможностям и потребностям, бескомпромиссны и чрезмерно настойчивы в осуществлении своих требований. Нередко этот настрой выражается тревожно-мнительным недоверием к возможности оказания эффективной помощи ребенку, который представляется неизлечимо больным, а постепенное улучшение его состояния в процессе психотерапии оценивается как временное, ненадежное и не заслуживающее внимания. Подобное отношение родителей к возможностям психотерапии является наиболее существенным препятствием для ее проведения.

Авторитарные родители склонны сами предопределять тактику психотерапии. Как и родители с паранойяльным настроем, они излишне требовательны к врачу, нередко переходят от одного врача к другому в поисках «чудодейственного» доктора, но сами не способны изменить отношения и уклоняются от критического рассмотрения своих проблем. То же относится к родителям с истерическими чертами личности, которые к тому же нередко требуют к себе большего внимания, чем к ребенку, и рассчитывают на исключительно эффективные, с их точки зрения, гипносуггестивные методы психотерапии.

Эгоцентрически-защитные установки в отношении психотерапии заключаются в опасениях и страхе утратить влияние на ребенка в процессе уменьшения его невротической тревожно-мнительной зависимости от родителей, когда у них отпадает потребность в избыточном беспокойстве и гиперопеке и они остаются «один на один» со своими собственными неразрешенными личностными проблемами, маскирующимися в настоящем невротическим состоянием ребенка. Это те случаи, когда родители прекращают лечение не в силах «расстаться» с представляющими часть их «я» и проецируемыми на ребенка страхами и тревогами, когда они панически боятся приходить к врачу, опасаясь уменьшения гиперопеки, когда они не хотят лишиться своих родительских амбиций, способствующих нервно-психической перегрузке ребенка. Кроме этого, беспокойство по его поводу нередко выступает как единственно приемлемая форма согласия между родителями, своеобразный вид эмоциональной коммуникации в семье.

Эмоциональная неотзывчивость родителей, как и их скупость, эгоцентризм, индивидуалистическая направленность, проявляется в отношении к просьбам врача принести предметы рисования и игры для использования в занятиях с их ребенком. Как правило, они «забывают» эту просьбу, в чем проявляются эмоциональная «глухость» к запросам ребенка и нежелание, чтобы игрушками пользовались другие дети. Эти же родители обычно не приглашают в гости к своему ребенку сверстников, опасаясь заражения инфекционными заболеваниями, шалостей, шума, повреждения вещей и игрушек.

Последняя группа «ненадежных» в плане семейной психотерапии родителей — это неустойчивые и нетерпеливые в эмоциональном и характерологическом отношении лица, неспособные как осознать и оценить по достоинству задачи планомерного лечения ребенка, так и выдержать сам процесс психотерапии. Другая крайность представлена слепым согласием с советами психотерапевта, которые родители не в состоянии осуществить на практике. Это может оказаться ловушкой для врача, привыкшего к директивной манере обращения с больными.

Во всех случаях отношение родителей к задачам семейной психотерапии является индикатором их отношений к ребенку и не только имеет диагностическое значение, но и показывает всю сложность осуществления на практике психотерапевтической работы с семьей.

Как правило, родители не понимают истинных причин заболевания ребенка, и необходимо в тактичной форме сделать так, чтобы они приняли концепцию врача и испытывали желание перестроить некоторые из своих отношений. Однако это еще должно найти свое практическое выражение, для чего

требуются достаточно продолжительное время и определенное обучение родителей. В некоторых случаях тревожные и пессимистически настроенные родители, разочаровавшиеся в медицине и не верящие в то, что когда-нибудь их ребенок будет здоров, сами нуждаются в соответствующем внушении.

Каким бы ни было установочное отношение родителей, врач подчеркивает при первой совместной беседе необходимость тесного сотрудничества с ними, что во многом является залогом успешности лечения их ребенка. К положительному настрою и успокоению родителей приводят вдумчивое и целенаправленное участие психотерапевта в проблемах семьи и предоставление условий для индивидуального изложения ими своих затруднений, что облегчает процесс психотерапии. Это существенно, если учесть, что родители обращаются за помощью, когда не могут справиться с проблемами воспитания и отношения в семье носят конфликтный характер. Однако, надеясь на врачебную помощь, они иногда рассчитывают на психотерапевта, как на «тягловую силу», с помощью которой можно вывести их астенизированного ребенка на прямую дорогу родительских амбиций. Мы неоднократно убеждались в таких случаях в кратковременности лечебного эффекта, когда после проведения гипнотерапии и общеукрепляющего лечения у детей через некоторое время появлялись те же симптомы, что и раньше, и все повторялось снова, как в известной сказке. Поэтому мы во все большей степени стали связывать эффективность психотерапии с предварительным согласием родителей в отношении снятия перегрузок у ребенка. Этика врача не позволяет прекратить лечение при невыполнении родителями его рекомендаций, но при этом заранее указывается на ожидаемый недостаточный эффект психотерапии, обусловленный не квалификацией врача, а наличием постоянной психотравмирующей и истощающей нервные силы ребенка ситуации. В таком случае проводится симптоматическое лечение, исключаются гипнотерапия и групповая психотерапия, приносящие лишь временное улучшение. Иногда родители несогласны с мнением врача и не приходят на следующий прием. Как правило, у них выражены изменения личности, и психотерапия здесь была бы малоэффективной. Некоторые родители требуют незамедлительного исцеления ребенка, сами же остаются пассивными и обвиняют врача в недостаточной эффективности лечения. Небесполезно тогда убедить их в том, что невозможно заменить ослабленный организм ребенка, и речь может идти только о постепенном его укреплении при соответствующем настрое в семье. Лучшим средством коррекции ригидных установок родителей будет достижение улучшения в состоянии ребенка, когда у них возрастают заинтересованность в его лечении и восприимчивость к советам врача. Если же их отношение не меняется и они продолжают эксплуатировать ребенка в угоду своим завышенным притязаниям, то психотерапевтический прогноз становится особо неблагоприятным.

Во всех случаях ввиду усложнения требований к социально-психологической адаптации детей все более актуальным является участие врачей-специалистов и психологов в осуществлении широкой программы психопрофилактической и психогигиенической работы с семьями, не справляющимися с проблемами воспитания. В этом значении психотерапия представляет собой одну из эффективных моделей развития творческих ресурсов и возможностей личности и своевременной коррекции кризисных ситуаций в ее формировании. Психотерапевт учит родителей более внимательно относиться к духовным запросам детей, замечать и развивать положительные ростки созидательной активности, более адекватно соразмерять требования с психофизиологическими возможностями организма детей и активно формировать общественную направленность их личности.

Семейные обсуждения результатов обследования обычно предшествуют психотерапии детей. При далеко зашедшем конфликте родителей, их «эмоциональном разводе» она несколько опережает обсуждения, так как улучшение в состоянии детей положительно влияет на характер семейных отношений, иногда приостанавливая дальнейшее развитие семейного конфликта. Требуют психотерапевтической помощи в первую очередь не те родители, которые открыто конфликтуют между собой, а те, которые под маской «дружных» отношений скрывают неприязненные чувства друг к другу, вымещая их на ребенке.

При конфликте по поводу воспитания более целесообразно его обсуждение с обоими родителями, которые легче в таком случае приходят к общему согласию с врачом. При изолированном конфликте в области супружеских отношений обсуждения проводятся раздельно, в то время когда родители поочередно приходят с ребенком на психотерапевтический прием и когда его эффективность прямо связывается с эмоциональным микроклиматом в семье. Обычно раздельное обсуждение начинается с доминирующего в семье родителя. При большей привязанности к нему ребенка разрешение проблем семьи оказывается более успешным. В большинстве случаев этим лицом является

мать, но если дети, особенно девочки, привязаны к отцу, то больший эффект будет от их совместного посещения врача, в то время как мать параллельно получает лечение и подключается к психотерапии ребенка по мере улучшения ее состояния.

Семейные обсуждения результатов обследования начинаются с изложения родителями своей точки зрения на причины возникновения нервного состояния у ребенка. Нередко отмечая отдельные недостатки в воспитании, особенно эмоциональную неустойчивость и непоследовательность, они не понимают истинных причин невротического состояния детей, но, тем не менее, переживают создавшееся положение и испытывают чувство вины. Этого нельзя сказать об авторитарных родителях, считающих упрямство и «своеволие» детей единственным источником конфликтных отношений с ними.

Выслушав родителей, врач излагает свое мнение о причинах возникновения невроза у ребенка. Подчеркиваются факт заболевания не только ребенка, но и взрослых членов семьи и серьезность создавшегося положения. Показывается конкретная связь невротических нарушений с психотравмирующей ситуацией в семье и характерологическими особенностями родителей. Отмечается, что их повышенные и противоречивые требования не соответствуют реальным возможностям и потребностям детей, а невозможность реализации является главным источником конфликта между родителями и детьми. Обсуждается тенденция некоторых родителей компенсировать на детях взаимно обусловленные чувства внутренней неудовлетворенности и напряжения. При беседе не используются оценочные суждения типа порицания и обвинения в адрес матери и отца, проводится поиск положительных моментов в семейных отношениях как педагогической перспективы в психотерапии. Последующая активность родителей свидетельствует об актуальности затронутых проблем. Постепенно в беседе возникает диалог, переходящий в дискуссию, целью которой являются поиск и согласование общей точки зрения на воспитание, вначале по второстепенным, а затем и по главным вопросам. Этому помогает определенная техника дискуссии, которая проводится на паритетных началах в спокойной и непринужденной обстановке. Подчеркиваются роль обоих родителей в психотерапии, необходимость тесного сотрудничества с врачом. Рекомендуется воздерживаться от дальнейших обострений семейных отношений, какими бы ни были их причины.

В дискуссии врач придерживается активной позиции, но не применяет директив и предписаний. Она направляется так, чтобы характер обсуждаемых проблем, положительные примеры из клинической практики подсказывали родителям пути их решения. Обсуждение ряда проблем только намечается, но не завершается, что вызывает неизбежные вопросы со стороны родителей, усиливает их заинтересованность в совместном поиске решения кризисной ситуации.

Оптимальная стратегия психотерапевта заключается в том, что он разделяет тревоги семьи, ненавязчиво участвует в ее опыте и постепенно улучшает структуру семейных отношений не замещением семейных ролей, а интегративным влиянием своей врачебной функции. В итоге дискуссии достигается общая точка зрения на причины невротического заболевания ребенка и на способы его лечения. При этом главным является изменение отношения к ребенку как к неспособному внести позитивный вклад в разрешение семейных проблем. Нередко подобное отношение родителей говорит о их нежелании или неспособности наладить эмоциональный контакт с ребенком. Следует не только реабилитировать его в глазах родителей, но и адаптировать их к нему в результате изменения отношений и улучшения нервно-психического состояния самих родителей.

Перестройке семейных отношений способствует сообщение конкретных данных обследования, в том числе полученных с помощью тестов и гомеостата. Для ригидных родителей это нередко более убедительно, чем анализ их личностных отношений по данным клинического интервью и наблюдения. Полезно обобщение и данных обследования других семей. Согласно опроснику PARI, матери при неврозах у детей в отличие от матерей в контрольной группе не склонны побуждать детей к осознанию возникающих проблем взаимоотношений и высказыванию своего мнения, они меньше общаются с ребенком на равных, плохо развивают его активность и не устанавливают с ним товарищеские отношения. Вместо этого матери пытаются управлять ребенком на расстоянии, нетерпеливо требуя от него то, что можно было осуществить наглядным, непосредственным опытом взаимодействия.

В этически доступной форме анализируются и особенности выделения родителями черт характера детей из составленного нами списка в 360 черт. Родители детей с неврозами (127 человек) в отличие от родителей контрольной группы (262) значительно чаще ($t=9,63$, $p<0,001$) обнаруживают в восприятии характера своих детей отрицательные оценки, что говорит о наличии межличностного конфликта в отношениях с ними. По сравнению с девочками более неблагоприятно оцениваются,

особенно матерями, черты темперамента и характера мальчиков, подчеркивая тем самым большую патогенность семейных аспектов их существования в изучаемых нами семьях. В контрольной группе подобные отличия отсутствуют. Если родители контрольной группы по мере увеличения возраста детей улучшают их характерологическую оценку, то при неврозах у детей родители не меняют своих отрицательных оценок, что указывает на затяжной и неразрешимый конфликт в отношениях с детьми. Это также свидетельствует о негибкости родителей, их неспособности перестроить свои отношения, в частности с подростками, и об определенной фатальности во взгляде на детей как на неспособных оправдать их требования и надежды. В то же время сами родители неосознанно создают ряд проблем во взаимоотношениях с детьми, проецируя на них свои внутренние напряжения и конфликты. Подтверждением этому служит наличие прямой зависимости между уровнем нейротизма родителей и отрицательным характером восприятия их детей. Так, родители со средним и выраженным уровнем нейротизма чаще определяют своих детей как эмоционально подавленных, возбудимых и конфликтных, чем родители с низким уровнем нейротизма (различия статистически достоверны). В свою очередь, чаще считают детей тревожными интровертированные, а не экстравертированные матери, отцы — наоборот (различия в обоих случаях достоверны). Анализ связи оценок по шкалам опросника с типами темперамента родителей показал, что наиболее благоприятно складываются отношения между родителями и детьми при сангвинических чертах темперамента. У родителей с холерическими и флегматическими (меланхолическими) чертами темперамента больше отрицательных оценок в восприятии детей.

Как видно из приведенных выше данных, родители в изучаемых нами семьях имеют обыкновение приписывать детям свои личностные проблемы, незримо обвиняя их в сложившейся конфликтной ситуации в семье. В отличие от родителей врач при обсуждении результатов обследования не возлагает ответственность за создавшееся положение на одного из членов семьи, раскрывая взаимосвязанный характер ее проблем. Безотносительно к тому или иному родителю показывается происхождение затруднений в отношениях с ребенком и намечаются пути их устранения. Подчеркивается необходимость согласованного участия обоих родителей в вопросах воспитания, уменьшения излишней строгости и принципиальности, предоставления детям большей самостоятельности и возможности для эмоциональной разрядки, игр, движений. Рекомендуются непродолжительные прогулки ребенка с одним из родителей перед сном, что способствует их сближению. Обращается внимание на необходимость последовательности в родительских решениях и устранения препятствий для эмоционального контакта детей с кем-либо из членов семьи. Отмечается нежелательность резкого ограничения психомоторной активности детей и изоляции от общения со сверстниками. Разъясняется психотерапевтическое понимание лечебно-охранительного режима, отражающего определенную активность ребенка вместе с соответствующими его возможностям требованиями родителей. Некоторым из них трудно сразу перестроить свое отношение к детям, и большое количество советов может дезориентировать их. Поэтому мы не стремимся сразу и исчерпывающим образом ответить на все вопросы, так как есть риск обесценить позитивный опыт родителей и узурпировать их семейную роль. То же относится к конфликтам в сфере супружеских отношений, когда обе стороны хорошо изучили свои сильные и слабые стороны и умело пользуются ими. В данной ситуации мы ограничиваемся замечаниями об отрицательном влиянии супружеского конфликта на успешность лечения. Тем самым на подобное отношение родителей накладывается незримый запрет, оказывающий положительное влияние на последующую динамику супружеских отношений, так как родители уже не так аффективно-заостренно реагируют друг на друга и чаще, чем раньше, находят взаимоприемлемые решения. Кроме того, врач как посредник в конфликте непроизвольно принимает на себя часть эмоционального напряжения супругов в процессе индивидуальных бесед с ними и оказания им в дальнейшем параллельной с детьми психотерапевтической помощи. Существенным является и выполнение обоими родителями рекомендаций врача, что служит способом интеграции отношений между ними. Положительным фактом будет также выравнивание статусных различий в семье вследствие равного внимания врача к мнению обоих родителей, что нередко повышает участие отца в решении семейных проблем и его чувство родительской компетентности.

Прекращение хронического конфликта родителей с детьми и перестройка их отношений не всегда возможны при однократном собеседовании. Поэтому параллельно с психотерапией детей проводятся дополнительные беседы с приходящими поочередно на прием матерью или отцом и в некоторых случаях с бабушками и дедушками. Беседы проводятся в то время, когда дети выполняют

задания врача. Возрастающая активность родителей, откровенность и заинтересованность в результатах лечения ребенка делают эти беседы необходимым условием его успешности.

В результате семейных обсуждений происходит выравнивание отношений между родителями и изменение их взглядов на воспитание. В то же время у детей после нескольких сеансов направленной индивидуальной психотерапии наблюдается уменьшение остроты невротического состояния и идиосинкразических реакций в восприятии родителей. Таким образом, обе стороны подготовлены для проведения совместной психотерапии, цель которой заключается в повышении действенности перестройки семейных отношений в условиях, приближенных к реальным.

Совместная психотерапия больного и родителей осуществляется на последующих приемах, когда обсуждается динамика лечебных изменений и отношений между ними. Главное здесь — открытое рассмотрение явных и назревающих конфликтных ситуаций в семье. Каждый из участников беседы может выразить свою точку зрения, в то время как врач поддерживает это стремление и способствует рациональному разрешению семейных конфликтов. Часто родители предпочитают говорить о проблемах отношений с ребенком в его отсутствие. Если это допустимо при первых встречах, где ребенок также раскрывает перед врачом свои интимные переживания, то в дальнейшем необходимо совместное рассмотрение динамики лечения и конфликтных ситуаций. Бесконфликтная манера поведения врача, отсутствие предвзятости и сбалансированный характер оценок, вера в возможность налаживания позитивных отношений передаются участникам беседы и способствуют их эмоциональному сближению. Родители, взаимодействуя с врачом, во многом перенимают его стиль отношений с ребенком, внимательный, вдумчивый, откровенный и доброжелательный подход к решению семейных проблем. Врач в отличие от родителей не торопит и не осуждает ребенка, не стремится наклеить на него ярлык «плохого» или «безнадежного», а находит у него положительные, иной раз незаметные внешне изменения, одобрительно относится к детской непосредственности и активности, желанию наладить отношения с родителями.

При первых совместных встречах больше говорит родитель, излагая свои жалобы и проблемы во взаимоотношениях с ребенком. Врач не обеспечивает его безоговорочной поддержки, а пытается привлечь детей к доступному для них обсуждению затрагиваемых вопросов. При последующих визитах родитель все более ориентируется на тактику врача и предоставляет большую активность ребенку. Привлечение внимания матери и отца к позитивному процессу улучшения в состоянии больного способствует изменению их отношения к ребенку как неспособному к каким-либо переменам. Подчеркивается паритетная с врачом роль родителя в процессе психотерапии. Тем самым ему выдается психотерапевтический «аванс», который он стремится оправдать в совместном с врачом поиске путей разрешения проблем семьи.

После беседы ребенку предоставляется возможность самостоятельной игры. Затем игра проводится вместе с родителем и врачом. Темы для совместной игры могут быть самыми разнообразными, но инициатива в их выборе вначале принадлежит больному, тогда как родитель и врач создают эмоциональный фон для игры и участвуют в ней «на равных» с ребенком, т. е. являются его партнерами. Как правило, ролевые игры проводятся в виде импровизации на ту или иную тему, предложенную поочередно больным, родителем и врачом. У детей младшего возраста применяются управляемые куклы, изображающие детей, взрослых, сказочных персонажей. Игра может происходить за небольшой ширмой, по обе стороны которой располагаются участники. Облегчение процесса принятия ролей и достижение сыгранности в игровой триаде позволяют по общему согласию воспроизводить некоторые проблемы семейных взаимоотношений. После обсуждения той или иной конкретной семейной ситуации совместно распределяются роли, и игра отражает ее с известной долей условности и в более гибкой манере взаимодействия, чем в повседневной жизни. В серии игр родители и дети меняются ролями, что способствует развитию у всех членов семьи навыка не только руководства, но и подчинения, помогает лучше осознать отрицательные стороны существующих взаимоотношений. Эту же цель преследует создание врачом оптимальной модели семейных отношений в виде показа в игре возможных путей решения конфликтных ситуаций. Таким образом, врач не говорит родителям, как поступить и что делать для выхода из критических ситуаций, а предлагает наглядные модели их решения. После неоднократного совместного проигрывания отношение родителей приближается к отношению психотерапевта. В этом случае совместную игровую деятельность можно рассматривать как обучающий эксперимент. Ценным является проведение аналогичных игровых сеансов в домашней обстановке, без врача, когда они уменьшают вероятность появления межличностной напряженности и позволяют родителям и детям общаться «лицом к лицу». В дальнейшем, при необходимости, родители

получают курс гипнотерапии параллельно с детьми. Широко практикуются групповая система аутотренинга для родителей и медикаментозное лечение.

Следует остановиться также и на конфликте из-за приготовления уроков. Родители заставляют детей неоднократно переписывать домашние задания, поскольку им кажется, что у детей не тот почерк, что они не то и не так запомнили, вообще не выучили уроки и не смогут быть примером для других. До прихода родителей дети не могут сосредоточиться на задании, так как привыкли все делать под давлением, одновременно испытывая страх не успеть или не выполнить урока так, как нужно. Положение усугубляется распространением страха в отношении некоторых учителей. В этой связи следует упомянуть о мальчике 10 лет, которого отец наказывал за малейшую оплошность, особенно за недостаточную скорость решения задач. Страх перед отцом перешел на идентифицируемого с ним учителя математики, чем объяснялись неуверенность, скованность и страх при ответах, болезненная реакция на замечания к незавершенные контрольные работы. Страх перед учителем был снят после беседы с отцом, перестройки его отношения и совместных проигрываний проблемной школьной ситуации, когда сын исполнял роль учителя, отец — сына (ученика), врач — остальные роли. Последующее самостоятельное приготовление школьных заданий в поликлинике при поддержке врача окончательно устранило страх перед отцом и учителем. У мальчика улучшилось общее состояние, прекратились головные боли, кошмарные сновидения, значительно возросла успеваемость.

При далеко зашедшем конфликте родителей с детьми, упрямстве и негативизме с обеих сторон рекомендуется предоставление детям при «поручительстве» врача полной самостоятельности не только в приготовлении уроков, но и в повседневной жизни. Тогда и родители, и дети убеждаются в крайностях своих предшествующих отношений. Подобным экспериментом нельзя злоупотреблять, но он может быть полезен в качестве дополнительного способа перестройки отношений в семье.

После совместной психотерапии родители более спокойно, внимательно, адекватно и последовательно относятся к детям. Как родители, так и дети могут лучше представить себя на месте друг друга, понять и изменить в нужную сторону свои отношения, что позволяет успешнее провести дальнейшую индивидуальную психотерапию больного.

Таким образом, в процессе семейной психотерапии последовательно решаются проблемы семьи посредством коррекции отношений между родителями, взаимоотношений детей и родителей и оказания им всесторонней психотерапевтической помощи. Объединяющим семью фактором является совместная деятельность всех ее членов, направленная на лечение ребенка. Успешность лечения связывается с наличием ряда предварительных условий, которые в качестве явных и незримых предписаний оказывают положительное воздействие на динамику супружеских и родительских отношений. Уменьшение или прекращение конфликта между родителями происходит в результате: 1) осознания ими психогенных источников заболевания ребенка и взаимообусловленного характера семейных проблем; 2) паритетного участия в лечении ребенка; 3) выполнения одних и тех же рекомендаций врача; 4) обязывания соблюдать «бесконфликтный мораторий» как необходимое условие успешного лечения ребенка; 5) переключения внимания на проблемы взаимоотношений с ребенком и непроизвольное использование врача для отреагирования ранее имевших место конфликтных напряжений; 6) оказания им индивидуальной психотерапевтической помощи; 7) подкрепления позитивных сдвигов в их отношениях улучшением в состоянии ребенка.

В итоге основные положения семейной психотерапии выглядят следующим образом: 1) психотерапевтическое содействие всем членам семьи в разрешении их проблем в процессе сотрудничества с врачом; 2) осознание родителями причин невротического заболевания ребенка и формирование у них соответствующего психотерапевтического настроя; 3) интегрирующая позиция врача в семейном конфликте; 4) совместные обсуждения с родителями задач психотерапии; 5) очередность их последующих посещений врача; 6) параллельная психотерапевтическая работа с детьми и родителями; 7) перестройка их отношений при совместной психотерапии и практическое обучение адекватным формам межличностных отношений.

Глава 5. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Основные методики индивидуальной психотерапии представлены в виде разъясняющей, рисуночной, игровой и гипносуггестивной психотерапии.

Схематично можно наметить следующую последовательность задач, решаемых в процессе

психотерапии:

1) контакт с больным, его успокоение, создание доверия к врачу и методу лечения;

2) уменьшение остроты личностной реакции на невротическое заболевание;

3) эмоциональное отреагирование и снятие реакций страха;

4) разрешение невротического конфликта;

5) укрепление психофизиологических возможностей;

6) устранение патологических стереотипов реагирования, в том числе защитного типа поведения, принятие себя и других через сбалансированную и более зрелую систему оценок и суждений;

7) обучение навыкам адаптивного взаимодействия.

Практически невозможно вернуть больного на предшествующий заболеванию уровень реагирования, так как даже в период болезни продолжается развитие психических функций. Устраняя искажения на пути формирования личности, психотерапевт не возвращает ребенка на прежний этап развития, а актуализирует возможности его ближайшего личностного развития. Адаптация ребенка к оптимальному образу «я» происходит успешнее при практическом обучении новым взаимоотношениям и при суггестивном подкреплении улучшения одобрением, похвалой, наградой.

Психотерапевтический процесс происходит в период времени, когда у больного и его родителей проявляются наибольшая заинтересованность и активность в лечении. Необходимо в полной мере использовать этот период для проведения основных психотерапевтических мероприятий. Предварительно можно только наметить продолжительность лечения, так как неизвестны возможности больного и его способности к переменам.

В острой стадии невроза показаны методики, позволяющие прежде всего отреагировать психическое напряжение. С этой целью применяются рисунки, спонтанная и определенным образом направленная игра, устраняются перегрузки, даются психогигиенические рекомендации. После уменьшения актуальной невротической симптоматики показаны разъясняющие, корригирующие и стимулирующе-тренировочные методики психотерапии. В их клинически обусловленном сочетании заключается дифференцированность психотерапевтического воздействия. Использование методик психотерапии вместе с лекарственной терапией позволяет говорить о комплексном характере лечения. Своевременное назначение общеукрепляющих и дегидратационных средств уменьшает проявления церебральной астении, улучшает концентрацию внимания и создает лучшие предпосылки для психотерапии. В отношении транквилизаторов и антидепрессантов вопрос обстоит сложнее. Часто они создают видимость улучшения, искусственно заглушая или стимулируя активность больного. Лекарства не влияют на психогенную сущность невротического заболевания, не устраняют психологическую мотивацию внутреннего конфликта и, кроме того, могут осложнять проведение суггестивной, игровой и разъясняющей психотерапии. Транквилизаторы используются при наличии органически обусловленной расторможенности и гиперактивности. В этом случае лучше действует меллерил (сонапакс). В остальных случаях, особенно при наличии невропатии, целесообразно назначение настоев трав. Особенностями медикаментозного лечения являются его длительность (1,5 мес.), постепенное увеличение и уменьшение терапевтической дозы и суггестивное подкрепление приема лекарств. Физиотерапевтические методы, включая ионофорез, воротник по Щербаку и т. д., не дают эффекта при неврозах и показаны при сопутствующих расстройствах.

Психотерапия как часть культурного наследия человечества была и остается выражением индивидуального мастерства врача, его филигранной работой, не терпящей поточного и некритического применения, тем более что в повседневной работе ему приходится иметь дело с больными разного возраста. Однако это создает определенные трудности, и в последние годы мы стремимся назначать дошкольников, младших школьников и подростков в разные дни, когда легче объединить детей одного возраста для совместной игры или обсуждения.

Успешность лечения зависит не только от вовлеченности пациента в процесс психотерапии, но и от умения врача раскрыть конфликтные сферы переживаний и создать психотерапевтические модели их разрешения в виде игры или обсуждений. Важно, чтобы дети овладели навыками адаптивного общения и убедились на практике в своей способности справляться с внутренними напряжениями и конфликтами.

Психотерапия изживает себя при превышении врачом полномочий, безоговорочном навязывании мнений и оценок, недоучете индивидуальности ребенка, попытках нивелировать его темперамент, устранить эмоциональность и чувствительность, сделать его одного ответственным за проявление заболевания. Повторение психотравмирующих условий жизни ребенка наблюдается и там, где врач

прямолинейно пытается лишить его восприятие непосредственности и цельности, резко изменить преобладающий у него невербальный, первосигнальный способ отражения действительности.

Невротическое заболевание имеет свои особенности динамики, отражающие проблемы личностного становления. Происходящие при этом борьба мотивов, поиск выхода из психотравмирующей ситуации не могут быть заменены однозначным и категоричным мнением врача в тот период, когда больной еще не подготовлен к нему и сам стремится найти приемлемое решение. В этом случае более целесообразны разъяснение, обсуждение, поддержка, совместный поиск решения, чем внушение и гипноз. Доброжелательная и терпеливая манера поведения врача, создание в процессе общения с больным психотерапевтической атмосферы оптимизма, жизнерадостности, непосредственности, искренности и доверия способны оказать большее влияние, чем попытки устранения переживаний и перевоспитания без глубокого анализа проблемной ситуации и поиска наиболее естественных путей ее разрешения.

Необходимым условием психотерапии является наличие эмоционально положительных отношений с больным. У дошкольников этому может препятствовать чувство страха перед врачом, у подростков — настороженность в отношении его действий. Относительно легче контакт устанавливается в 6—11 лет, когда в наибольшей мере проявляются возрастные механизмы идентификации и внушаемости. Затруднения в нем возникают у чрезмерно опекаемых, загруженных и тревожно привязанных к матери или бабушке детей. В этой связи можно сказать о девочке 5 лет с относительно нетяжелым заиканием. Ее приводил на прием мягкий по характеру и не пользующийся влиянием в семье отец. Необщительная, властная, недоверчивая и тревожная мать полностью подчинила себе дочь, настороженно воспринимая любые ее контакты вне дома, включая приемы у врача. Она принципиально не выполняла передаваемые мужем советы врача. Отрицательное отношение матери к врачу передалось дочери, приостановив и нейтрализовав эффект ее лечения.

Чаще всего прерывают лечение девочки с истерическим неврозом, что говорит об их эгоцентризме, неспособности делиться с психотерапевтом своими переживаниями, о нежелании принять ответственность за свое поведение и перестроить его согласно требованиям действительности. Определенное значение имеет и пол врача, так как эмоциональное блокирование отца девочки в семье может быть одним из проявлений неприятия всего мужского и распространиться на врача-мужчину в виде настороженно-недоверчивого и негативного отношения. Отрицательное отношение к лечению может быть спровоцировано бесцеремонным вмешательством врача в интимную жизнь детей и подростков, воспринимаемым ими как угроза изменения их «я», к которому они еще не подготовлены психологически и которого боятся как всего нового и неизвестного. Поскольку межличностный контакт с детьми, страдающими неврозами, идет через фазу упрочения эмоциональных отношений и идентификации с врачом, особого внимания требуют дети, имеющие проблемы в эмоциональном контакте с родителями.

В неполной вследствие развода родителей семье отсутствие стабилизирующего и социализирующего влияния авторитета отца неблагоприятно отражается на формировании личности детей и подростков, что видно из проведенного нами сравнительного исследования юношей и девушек (15—17 лет) из полных и неполных семей. Статистически значимые различия между ними получены по ряду факторов характерологического опросника Кеттэла (форма «С»). У обследуемых из неполных семей меньше сила «я», большая эмоциональная нестабильность и личностная незрелость, повышена эмоциональная чувствительность, они более пассивны, робки, пугливы, нерешительны. Эти нарушения обусловлены не только отсутствием идентификации с отцом, но и замещающим влиянием матери, нередко избыточно продолжающей опекать своих взрослеющих детей. Отсутствие доступной модели поведения, соответствующего полу, приводит к затруднениям в общении у юношей, не пользующихся, по данным социометрии, популярностью среди сверстников. Наибольшие затруднения они испытывают при общении с девушками, идеализируя их и находясь в тревожной зависимости от их расположения. Как это отражается на возникновении последующих проблем в браке, мы уже видели ранее. Из изложенного следует, что подростки-мальчики из неполных семей нуждаются в более ощутимом руководстве и авторитете врача-мужчины, выступающего в роли наставника, развивающего их собственную активность, веру в себя и утверждение себя как представителя мужского пола. У женщины-врача, более психотерапевтически ценной, может оказаться эмоциональная коммуникация с подростком, выступающая как модель развития его общения с другим полом.

Заслуживает внимания тактика врача в работе с мальчиками, проявляющими агрессию по отношению к матери. Агрессия возникает у мальчиков, похожих внешне на отца, но лишенных в силу

разных причин общения с ним и его защиты. Недостающую роль отца безуспешно пытается выполнять мать, имеющая много неразрешенных личностных проблем, часто беспомощно-инфантильная в вопросах воспитания и незрелая в своем чувстве материнства. В известном смысле она не любит и не принимает мальчика из-за его сходства с отцом, с которым у нее неприязненные отношения. Матери не только отвергают самостоятельность, настойчивость и упорство сына, но и передают его в первые годы жизни на воспитание своим родителям, которые обычно во всем идут ему навстречу. И в дальнейшем мальчик не только не получает необходимой ласки и тепла со стороны матери, но и мешает ей в осуществлении более важных жизненных целей. Ее эмоциональное напряжение, раздражение и недовольство передаются сыну и вместе с нарастающим у него чувством обиды и досады ведут к появлению не всегда внешне мотивированных вспышек гнева и ярости по отношению к матери. Они заканчиваются бурным раскаянием, плачем, обвинением себя в случившемся, заверениями в любви и вынужденным ответным признанием матери. Катарктическая разрядка временно снимает напряженность во взаимоотношениях, пока все не повторяется снова. В рассмотренном случае агрессивность можно расценить как следствие конфликтного напряжения в отношениях с эмоционально непринимающей матерью, замещающей отца и препятствующей общению с ним. Психогенно спровоцированные приступы агрессии представляют собой бессильные попытки устранить эти препятствия. Здесь сын, по существу, ставит себя на место отца, проявляя несвойственный ему отклик на психотравмирующее отношение матери, которое с трудом поддается перестройке, поскольку у нее уже сформировался взгляд на сына «как на безнадежного». Вместо конструктивного диалога мать готова избавиться от сына, стремясь поместить его в больницу, после которой между ними возникает непреодолимая стена недоверия, обиды и вражды. Большего эффекта можно достичь, если врач соглашается с серьезностью создавшегося положения и привлекает отца для разрешения семейных проблем. Одновременно отмечается необходимость предоставления детям возможностей для эмоциональной и физической разрядки, занятий физкультурой и спортом после лечения. Положительное значение также имеют авторитет мужчины-врача для больного и бесконфликтная модель отношений между ними. Совместные проигрывания с матерью актуальных жизненных ситуаций и их последующие обсуждения помогают изменить ее взгляды на взаимоотношения с сыном и уменьшить внутрисемейную напряженность. В последующем акцент делается на взаимодействии отца с сыном, в процессе которого улучшаются их отношения и повышается авторитет отца в семье. Психологический контакт врача с отцом не должен вызывать эмоциональной изоляции матери. Поэтому заключительные обсуждения лучше проводить с обоими родителями, подчеркивая особенности развития мальчика и принципиально обратимый характер его эмоциональных нарушений. Тем самым создаются предпосылки для успешности последующей индивидуальной психотерапии больного и восстановления его доверия к родителям.

Осложняет проведение индивидуальной психотерапии и наличие у детей невротического развития тормозимого круга с тревогой, страхами, неуверенностью в себе и нерешительностью, психосоматическими расстройствами в виде бронхиальной астмы, функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей. Невротическое развитие тормозимого круга и психосоматические заболевания чаще встречаются у мальчиков, влияние отцов на которых недостаточно, матери же обладают авторитарно-паранойяльными и тревожными чертами характера, чрезмерно опекают и ограничивают сыновей, обязывают выполнять бесчисленные правила и условности, подавляя этим их активность, культивируя зависимость и основанное на чувстве вины послушание. Поэтому мальчики испытывают безотчетное чувство беспокойства при любом, кажущемся или реальном, нарушении предписанного матерью поведения и страх потерять ее расположение. Вследствие этого они вынуждены еще больше подавлять внешние проявления активности и самостоятельности, страдая от невозможности проявить себя и найти приемлемый выход. Дисстресс, обусловленный блокированием возможностей самовыражения и внутренним напряжением, приводит к расстройству высших нейрорегуляторных функций, что проявляется симптомами вегетососудистой дистонии и функциональными расстройствами конституционально ослабленных систем организма, например судорожными сокращениями мышц лица (тики), тела (гиперкинезы), спазмами бронхов (бронхиальная астма) и желчевыводящего протока. Возникновение психосоматических нарушений при неврозах усиливает тревожно-депримированный фон настроения, вплоть до появления общей скованности и заторможенности.

При психосоматическом эквиваленте невроза в виде бронхиальной астмы своеобразным психическим аллергеном является тревожная коммуникация между матерью и больным. Обычно речь

идет о невротической зависимости мальчиков от тревожной матери, когда их временное разъединение, например в условиях ночного сна, вызывает приступ беспокойства с обеих сторон, заканчивающийся «разрешающим» тревогу функциональным спазмом бронхов. В данном случае достижение эмоционального контакта с больным и возникновение у него чувства безопасности на приеме имеет самостоятельное психотерапевтическое значение, поскольку уменьшается тревожная зависимость от матери и облегчается эмоциональный контакт с отцом. Последующее ослабление беспокойства у больного происходит в результате направленного использования рисования и игры, позволяющих отреагировать аффекты страха. Далее внушением наяву снимается условно-рефлекторный характер приступов бронхиальной астмы. Достигнутое улучшение закрепляется гипнотерапией вначале в группе, а затем индивидуально. Первые сеансы воспроизводят домашнюю обстановку в проводятся совместно с матерью, последующие — без нее, что ведет к дальнейшему уменьшению взаимообусловленного беспокойства. Рассмотренная тактика построения эмоционального контакта с больным, игровых занятий, внушения наяву, гипнотерапии и параллельной психотерапевтической работы с матерью уменьшает тревожность у нее и ребенка. Взаимодействие между ними уже не сопровождается генерацией тревоги, что способствует постепенному затуханию приступов бронхиальной астмы.

Во всех приведенных случаях затруднения эмоционального контакта с больным устраняются созданием у него заинтересованности в происходящих в процессе лечения изменениях и участием обоих родителей в процессе психотерапии, начиная с периода обследования семьи.

Врач всегда помнит, что его исключительный авторитет у больного — это компенсация нереализованного авторитета родителей. Если он излишне привязывает к себе пациента и тревожно-мнительно беспокоится по поводу его здоровья, давая бесчисленные советы и предписания, то подобное отношение напоминает основанную на беспокойстве родительскую гиперопеку. Вместе с излишне частыми визитами это создает у больного эмоциональную зависимость и опасения не оправдать повышенные ожидания врача. Поэтому, несмотря на эмоционально теплые и непринужденные отношения, врач должен соблюдать некоторую дистанцию с больным, сохраняя свой профессиональный престиж и авторитет.

Оправдывая ожидания больного, способствуя его успокоению и снятию остроты невротического состояния, можно легко перейти границу реальности, освобождая его от ответственности и давая ему готовые схемы решения проблем. Следствием этого будут зависимость больного от врача и низкая активность в преодолении имеющихся расстройств. Если врач идет во всем навстречу, компенсируя недостатки семейного воспитания, то рано или поздно он будет вынужден, согласуясь с реальностью, перестраивать свою тактику. Подобная непоследовательность напоминает ребенку отношение родителей, вызывает эмоциональное охлаждение к врачу и внутренний протест. Оптимальная тактика психотерапии основана на понимании того, что возможности, предоставляемые больному, являются скорее терапевтическим, чем реальным феноменом. Фактически в процессе психотерапии врач воспринимает чувства ребенка, способствует их раскрытию и развитию с учетом индивидуально-личностных и социально-психологических требований. Требования, выражаемые врачом не столько в прямой, сколько в опосредованной форме, соразмеряются с возможностями больного в настоящем и его прогнозируемым улучшением в будущем. По мере уменьшения расстройств психики и укрепления организма создаются условия для перестройки отношений и черт характера. Необходимо, чтобы в результате психотерапии дети в соответствии с возрастом и состоянием чувствовали ответственность за свое поведение и использовали в полной степени собственные способности и умения. Тогда они будут способны не только правильно понимать и оценивать причины своих поступков, но и корригировать их соответственно своим реальным возможностям и потребностям.

В ситуации межличностного психотерапевтического контакта дети все больше дорожат доверием врача и, гордясь его похвалой и своими успехами, начинают больше доверять себе, своим чувствам и действиям. Более того, они боятся огорчить врача, сделать что-либо не так, не оправдать его ожиданий, переживают, что скажут ему, что он о них подумает, как оценит их успехи и промахи. В ряде случаев появляются чувство вины и рудиментарные идеи самоуничижения в связи с реальной или кажущейся неотзывчивостью в отношениях с врачом, неспособностью справиться с заданиями и т. д. Это отношение воспроизводит невротический способ реагирования, но, что принципиально важно, в управляемой ситуации лечения, когда больному предоставляется возможность эмоционального отреагирования своих переживаний и он обучается адекватному опыту межличностных отношений.

Появляющееся в процессе лечения доверие к психотерапевту и адаптация к его личности представляют собой модель восстановления доверия детей к родителям при условии изменения

семейных отношений.

Психотерапия — это динамический процесс улучшения психического реагирования больного с учетом снятия болезненных проявлений, укрепления ослабленных психических функций и развития индивидуальных возможностей. Подобные изменения не всегда происходят в ограниченное, заранее заданное время, так как у каждого больного есть свой психотерапевтический порог, когда дальнейшее улучшение может быть достигнуто только при условии закрепления полученных результатов и появления новых возрастных возможностей развития.

В обобщенном виде психотерапевтический эффект со стороны больного обусловлен следующими факторами: 1) установкой на помощь и желанием лечиться; 2) верой во врача и применяемый им метод лечения; 3) внушаемостью в ситуации лечения и способностью к переменам; 4) клиническими и характерологическими особенностями; 5) доступным возрасту и реальности отреагированием переживаний, разрешением внутреннего конфликта; 6) восстановлением доверия к себе, согласия со своими чувствами и действиями, увеличением доверия и отзывчивости по отношению к другим; 7) раскрытием себя и развитием чувства уверенности на основе индивидуальных возможностей, нового опыта и овладения навыками адаптивного поведения.

В практике индивидуальной психотерапии используются отдельные приемы поведенческой терапии фобий. В качестве примера приведем историю мальчика 4,5 лет, который отказывался заходить в магазин, так как боялся, что двери внезапно закроются и он не сможет выйти обратно. Совместно с матерью была разработана тактика снятия страха. Вначале мальчику показали, как закрываются двери в магазин снаружи и изнутри. Затем он заходил в магазин с матерью, потом ожидал ее в некотором отдалении и, наконец, заходил один. В другом случае девочка 10 лет панически боялась опоздать в школу. Ее страх прошел после того, как она по совету врача в течение 2 недель постепенно выходила из дома все позже и позже и в конце концов зашла в класс сразу после учительницы.

Терапевтический механизм в таких случаях заключается в постепенном и контролируемом сознанием воспроизведении вызывающих страх ситуаций, т. е. десенсибилизации к ним. Приемы поведенческой терапии неэффективны при невротической привязанности к родителям и страхе за их жизнь.

При индивидуальной психотерапии существенное значение имеет уточнение характера сновидений. Дети редко говорят о них сами, и необходимую информацию можно получить при рисовании сновидений по заданию врача, совместной игре в куклы и наводящих вопросах.

Кошмарные сновидения, несмотря на свое отрицательное эмоциональное звучание, выполняют защитную, десенсибилизирующую функцию, реализуя в символической форме различные жизненные ситуации. Вместе с тем они, воплощая в аллегорической форме дневные опасения, страхи и надежды, нередко являются своеобразной формой их осознания, что сопровождается страхом повторения подобных сновидений. В кошмарных снах по-своему разрешается травмирующая ситуация, как, например, у девочки 7 лет, болезненно воспринимающей любовь матери к младшему брату: «Мы пришли в зоопарк, а там людоеды, и они съели маму и моего братика». Страх изменения, заболевания реализуется в сновидениях, в которых происходят фантастические превращения (рис. 4).

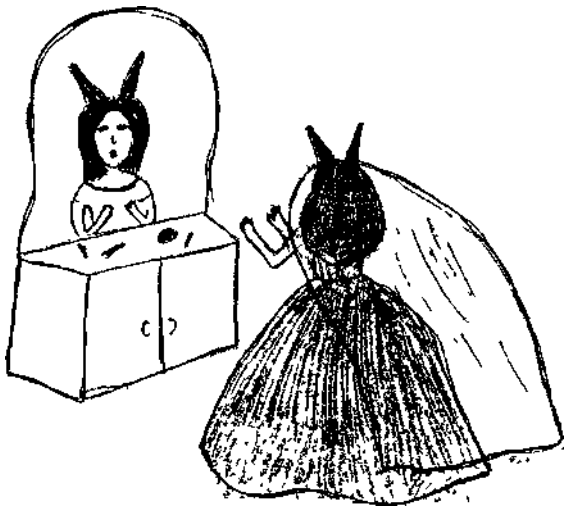

Рис. 4. Страх изменения «я» в кошмарном сне девочки 12 лет «У меня выросли рога»

Страх насилия, внезапного воздействия и столкновения добра и зла проявляется в сновидении

мальчика 12 лет: «Я в лесу набрел на избушку, на которой было написано — «Добро пожаловать», вошел в нее, и вдруг на меня что-то навалилось страшное — страшнее Бабы-Яги». Неосуществленные желания, разбитые надежды звучат во сне мальчика 9 лет: «Я полетел на Луну, полетал там, а потом корабль упал на Землю и разбился». Тема безвыходности, обреченности, неотвратимости наказания, отсутствия поддержки и сочувствия отражает травмирующее отношение родителей. Так, девочка 9 лет видит во сне: «За мной погнался деревянный великан с шестью руками, и я от него убежала, но когда прибежала к дому, то он оказался перед ним и закричал: «Ага! Попалась!» — я проснулась и, когда снова заснула, то мне приснилось, что я пошла к другой девочке, а он меня подкараулил и съел!»; девочка 14 лет: «Кто-то за мной погнался, я вбежала в дом и стала звонить по всем квартирам, но никто не открывал. Я добежала до последнего этажа и, услышав, что меня уже догоняют, бросилась вниз и проснулась!»; мальчик 7 лет: «Подходит ко мне Баба-Яга и начинает душить меня, я говорю: «Не убивай, не убивай», — а она «Все равно убью!»; мальчик 6 лет: «С горы падают, падают камни мне на голову, и идет война. Мне страшно». Отсутствие безопасности, ненадежность ближайшего окружения звучит во сне девочки 10 лет: «За мной гнались, я прибежала домой, стала закрывать дверь, а она не закрывается»; мальчика 9 лет: «Отец приходит домой без ноги, мать без глаза». Семейный конфликт отражается в снах типа «Как будто наш дом взорвался», «Кто-то кого-то зарезал». Конфликт с родителями — в кошмарных снах с динозаврами, бармалеями, волками, Бабой-Ягой Страх одиночества, разлуки с родителями проявляется в таких снах: «Цыгане бродят по городу и хотят меня забрать с собой», «Мама от меня уходит, я остаюсь одна», «Прибежали к папе на корабль, а он уже отплывает». Угроза для жизни находит выражение в снах: «Меня хотят убить или задушить, но никогда это не получается», «Черти окружили меня, главный Бес поймал меня и ведет к чертям, чтобы они меня разорвали», «Меня хотели утопить плохие люди». Фатальный страх смерти находит воплощение в следующих снах: «Бандиты схватили меня и убили», «Город затопило, приплыли осьминоги и меня съели», «Как меня, маму и бабушку засыпали землей», «Мы идем с мамой по мосту, а он обрушился, и мы упали». Подобные сны говорят о потере жизненной цели, крахе надежд, жизненной катастрофе.

При отсутствии воспоминаний о травмирующем характере сновидений, недопущении их в сознание встречаются пониженный фон настроения, заторможенность и беспокойство. Рассмотренные сновидения указывают на наличие внутреннего конфликта, состояние эмоциональной неудовлетворенности и беспокойства. Реже встречаются приятные сновидения, в которых, тем не менее, находит свое компенсаторное выражение дефицит основных жизненных потребностей. «Приятный сон, когда я играю с ребятами и дружу с ними», «Я стал учиться в школе на одни пятерки и меня похвалили», «Меня похвалила мама».

Радикальное устранение кошмарных сновидений возможно после нормализации обстановки в семье и перестройки отношений детей и родителей. До этого удовлетворительный эффект, помимо выполнения общеизвестных гигиенических мероприятий, наблюдается от применения внушения, облегчающего возможность пробуждения при необходимости и переключающего сновидения на нейтральную или положительную тематику. Если эффект от внушения на первых приемах оказывается недостаточным, то больному дается задание нарисовать сны дома, что уменьшает по принципу десенсибилизации их травмирующее значение. Рисунки вместе с изображенными на них страхами остаются у врача, что усиливает действие ранее сделанного внушения. Некоторые терапевтически резистентные сновидения после их изображения на рисунке проигрываются в ролях совместно с врачом. При воспроизведении ребенком образа, вызывающего страх, достигается больший эффект от игры. В качестве примера можно упомянуть о девочке 10 лет, панически боявшейся во сне чудовища. Ее отец, к которому она была привязана, злоупотреблял алкоголем, и его измененный образ преломлялся в виде фантастического персонажа. Наличие этой связи не объяснялось, и девочка, по совету врача, сделала дома маску чудовища, которого изображала в совместной игре на приеме. Ей перестали сниться страшные сны, и дальнейшее улучшение состояния было в немалой степени обусловлено перестройкой отношения отца.

В итоге принципы индивидуальной психотерапии могут быть сформулированы следующим образом:

1) тактика психотерапии согласовывается с родителями больного ребенка, обеспечивая этим необходимую помощь с их стороны;

2) выбор методики психотерапии зависит от конкретной ситуации взаимодействия врача и больного, данных клиники и индивидуальных возможностей больного на каждом возрастном этапе его развития;

3) направленность психотерапевтического воздействия сочетается со спонтанностью, что делает его более гибким, естественным в приближенным к жизни;

4) руководство больным основано на паритетности отношений с ним;

5) врач действует вместе с больным, а не вместо него, оставаясь в пределах своего «я», чувствуя и понимая переживания больного;

6) устранение блокирующих невротических механизмов «я», раскрытие и развитие его резервов, восстановление доверия к себе и перестройка отношений со значимыми другими рассматриваются в качестве неразрывно связанных между собой лечебных и педагогических аспектов психотерапевтической коммуникации с больным;

7) в процессе психотерапии достигается взаимная адаптация детей и родителей.

Разъясняющая психотерапия

Выделение разъясняющей психотерапии носит условный характер, так как она в той или иной мере сопровождает все психотерапевтические действия врача в работе с детьми 5—6 лет и старше. Логически обоснованное разъяснение некоторых причин возникновения невротического заболевания осуществимо у подростков, в отношении которых уже можно говорить о достаточном уровне развития мышления и формировании нравственно-этических категорий. То же относится к разъяснению механизма действия психотерапевтических методик и обсуждению жизненных проблем.

Для того чтобы больной мог понять, каким он может стать после лечения (перспектива психотерапии), ему вначале необходимо понять, кто он есть. Последнее невозможно при выраженных признаках заболевания, искажающего восприятие, ведущего к реактивным, защитным установкам и дальнейшим нарушениям в отношениях. Поэтому, прежде чем перестраивать неблагоприятные личностные особенности больного, необходимо создать адекватное отношение к заболеванию и лечению и уменьшить остроту невроза. Создать адекватное отношение больного к своему состоянию — значит исключить как его недооценку, так и переоценку. В первом случае у детей отсутствует стимул для устранения болезненных изменений и психотерапия лишена смысла. Второй случай представляет ятрогенное утяжеление состояния больного. Совместно с ним врач пытается разобраться в источниках переживаний, помогает осознать некоторые из них. Здесь имеют место два ограничения, а именно: развитие мышления у детей и этические соображения врача.

Последнее означает, что врач соглашается с серьезностью переживаний, связанных с отношениями в семье, но избегает осуждения родителей.

С целью конкретизации переживаний, связанных с отношением родителей, мы проводим с больными стандартизированное интервью.

Большинство из них отмечают, что родители избыточно заботятся о них, требуют все делать вовремя (т. е. торопят и подгоняют), все время напоминают о том, как нужно себя вести (т. е. лишают непосредственности, порицают и читают мораль), часто беспокоятся, что с ними может что-то случиться (т. е. индуцируют тревогу), постоянно заставляют делать то, что они не хотят (т. е. принуждают), требуют во всем беспрекословного послушания (т. е. зависимого, пассивного поведения), говорят, чтобы они занимались своим делом и не совали нос в остальное (т. е. отстраняют от участия в жизни семьи). В ряде случаев врач просит детей объяснить то или иное отношение родителей и привести примеры. При затруднениях может быть предложена совместная игра. Отношение родителей не комментируется, но больной чувствует желание врача помочь ему и стремится со своей стороны найти выход из конфликтной ситуации. С этой же целью применяются наборы рисунков (Рене—Жиля, Розенцвейга, оригинальные разработки), где представлены разнообразные, в том числе конфликтные, сферы отношений детей в семье, детском саду, школе и т. д. Обсуждение некоторых рисунков с детьми заканчивается вопросом о том, как бы они поступили на месте того или иного персонажа. При неадекватном решении ситуаций подсказываются другие пути. Ряд решений предлагается воспроизвести дома в виде рисунка и принести на прием, после чего они могут быть разыграны в ролях.

Ценным для диагностики и коррекции отношений является тематический апперцепционный тест (ТАТ), по картинкам которого просят составить первый пришедший в голову рассказ. Эмоциональная окраска рассказов детей, больных неврозами, — грустная, подавленная, пессимистическая. Часто звучат темы унижения, принуждения, насилия, несчастья, неизбежности и неотвратимости смерти, т. е. обреченности и безысходности. В этом, особенно у подростков, находит отражение неразрешимость

личностной ситуации, потеря уверенности в себе, надежности окружения и смысла жизни. Подростки также часто подчеркивают темы разлуки, одиночества, неразделенности чувств и страданий. Психологический «надлом» таких подростков, пессимизм, разобщение с окружающими и уход в себя позволяют расценить их невроз как своего рода эквивалент «коммуникативного суицида» ведущего к эгоцентрически-защитному и депрессивному типу переживаний.

В доверительной беседе с детьми могут быть раскрыты многие из переживаний, которые видны из следующих высказываний: «Иногда день кажется очень долгим, и это как-то плохо, длится, длится и все кончиться не может — надоело, день настал и пусть темнеет» (мальчик 5 лет), «Более правильно ко мне относится папа, потому что мама часто заставляет делать то, что ей хочется, я не могу построить, а она говорит — строй, а папа идет не против меня, он не заставляет делать, что ему хочется. Если он хочет, чтобы я что-нибудь сделал, а я не умею, то он сделает это со мной вместе или говорит — делай, что умеешь, а что не умеешь — помогу» (мальчик 5 лет), «Не люблю, когда они (родители) ссорятся. У меня в Сибири есть бабушка, которая сказала, что если папа с мамой будут ссориться, то пусть я напишу письмо, и она приедет. Я еще не умею писать, но как научусь — обязательно напишу» (девочка 5 лет), «Мама часто меня не понимает и каждый пустяк превращает в трагедию» (девочка 6 лет), «Измучила она (мать) меня совсем, то бьет, то жалеет, то я — ягодка» (мальчик 6 лет), «Никто меня не любит, все на меня кричат» (девочка 6 лет), «Мамочка, я же не виноват, что у меня получается все плохо, я хочу быть хорошим мальчиком, таким, чтобы все меня любили, но не получается это у меня, я не знаю, почему, видимо, черт мне мешает, а ты же сильная, так помоги мне!» (из разговора мальчика 6 лет с матерью), «Я каждый день стараюсь вести себя хорошо, но не получается, как будто я ищу драгоценный камень и не нахожу. Но я буду, буду стараться» (мальчик 6 лет), «Если бы меня обидели, то при небольшой обиде поделился бы с папой и с мамой, а при большой обиде — оставил бы ее про себя. Я не люблю об этом рассказывать сам, потому что несправедливо накажут или неправильно поймут, тоже неприятно, это как обида для меня» (мальчик 7 лет), «Мне кажется, что я очень плохая, что я разлюбила маму и мне никто не может помочь и мне очень хотелось плакать, и я плакала» (девочка 10 лет), «Многие говорят — ты можешь гордиться своим папой! О какой гордости они говорят? Разве можно любить и гордиться почти незнакомым человеком? Сейчас он пишет диссертацию и очень устает. Но, придя с работы, сразу берется за газету: «Так, ну что новенького?» — говорит он и начинает читать, читать. В это время, что у него не спрашивай, он ничего не ответит» (мальчик 12 лет), «Они много заботятся и советуют — это хуже, чем крик и приказ» (девочка 13 лет), «Они не признают за мной никаких прав, только учиться, а ведь мне нужно куда-нибудь пойти, встретиться с друзьями. Мать создала какой-то образ хорошей девочки и требует от меня по пунктам соответствия этому образу, она хочет, чтобы я была на нее похожа. Я считаю, что она хороший человек, и в то же время я считаю, что я другой человек. Иногда мне кажется, что между нами налаживаются отношения, а иногда — что мы совсем два чужих человека. Внешне она еще иногда показывает любовь в виде подарков, а внутренне — очень редко. В 12 лет был момент, когда мне особенно хотелось, чтобы меня поняла мама, сейчас я этого не хочу — это невозможно. Я считаю, что по характеру мы с отцом ближе друг к другу, но я его мало знаю, потому что в детстве он уезжал, и я жила с бабушкой и дедушкой. У меня такое впечатление, что даже папа не всегда может понять маму, она и ему читает нравоучения, так как всегда хочет, чтобы все было по ней. Не знаю, как папа, но мне кажется, что мама может обойтись без меня, я есть — хорошо, нет — тоже. Я не отрицаю, что она, может быть, любит меня, но очень по-своему» (девочка 15 лет).

У подростков обсуждение личностных проблем проводится отдельно от родителей. Подростков, страдающих неврозами, часто гнетет, что они не такие, как все, не могут чувствовать и любить, как другие, найти себя. Их часто преследуют страх неудачи, чувство внутренней скованности из-за навязчивых мыслей и других болезненных переживаний, страх смерти. К тому же вследствие заболевания они теряют уверенность в себе, активность, жизнерадостность и доброжелательность к людям. Заостренно-болезненно воспринимая происходящие с ними изменения, они нередко считают положение безвыходным, а себя несчастными и никому не нужными. Однако внешне они ведут себя подчеркнуто безразлично или отказываются от помощи, разочаровавшись в предшествующих советах взрослых. Тогда заинтересовать их можно только убедительным показом возможностей саморегуляции и раскрытия творческого «я». Доверительная манера беседы, умелое использование внушения и авторитет личности врача помогают создать необходимое взаимопонимание в общении с подростком. Если в отношениях с ним врач искренен, ровен, доброжелателен, эмоционально отзывчив, гибок, внутренне уверен и последователен, то такая модель поведения позволяет подростку лучше увидеть

себя и служит стимулом для изменения его установок. Этому же способствует обсуждение дневника подростка, отражающего проблемы его взаимоотношений и происходящие с ним перемены, продуманное использование художественной литературы (библиотерапия), групповые дискуссии с успешно проходящими курс лечения сверстниками, а также активное участие в психотерапевтической работе с другими больными.

В плане понимания и отреагирования конфликтных ситуаций хорошо зарекомендовал себя пересказ на приеме сочиненных дома историй на реальные или фантастические темы. Выбор темы определяется самим больным и обычно в той или иной степени отражает актуальную для него тематику переживаний. При согласии больных история может быть разыграна в ролях с участием врача, родителей и сверстников. Наибольшее психотерапевтическое действие рассказов и их драматизации отмечается у больных с неврозом навязчивых состояний.

Приведем историю, сочиненную подростком 11 лет с неврозом навязчивых состояний: «Как болезни по людям пошли».

«Жили в старом городе бабушки-лентяйки. Они не хотели работать, есть им было нечего, и они скоро бы умерли, если бы не решили превратиться в лихорадку. «Будем трясти человека, и он нам все отдаст», — подумали они. Вышли они на улицу и стали ждать. Идут двое — богатый купец и мельник. Они в них влезли и стали трясти. Богатый купец сразу заболел, и его уложили в постель. Друзья принесли ему самое лучшее, но, несмотря ни на что, он продолжал болеть. Его жена, не выдержав, сказала — хватит лежать, уже 3-й год пошел, встань и пойди, может, легче будет. Но он ответил, что не может. Тогда привели старую знахарку, которая сказала, что выгонит лихорадку за 24 часа, если он будет во всем ее слушаться. Сварила она варево и дала ему, сказав, что хватит нежиться в постели, чтобы он ел варево до тех пор, пока оно не будет невкусным. Пока он ел, знахарка облила его водой. Купец вскочил с постели и закричал. В это время старуха, сидящая в нем, испугалась, вылезла и забралась в знахарку, а купец благодарил ее за помощь и пожелал многих лет жизни. Знахарка же пришла домой, скорчилась и выпила чашку трын-травы. Тогда лихорадка испугалась и вылезла из нее. Решила она перебраться в другой город, где еще не умели лечить эту болезнь, а тут ей и напарница, другая бабушка, попалась, которая про себя рассказала. Забралась она в бедного мельника, а он растолок чеснок, полил его уксусом и съел, и она чуть было не отравилась, но, собравшись с последними силами, поддала ему жару. Тогда мельник влез в холодную прорубь, и она чуть не умерла, если бы не убежала. После того, как обе напарницы рассказали друг другу, что с ними произошло, они решили, что нужно выйти замуж и нарожать детей, которые будут обучены ихнему ремеслу. С тех пор пошли разные болезни, которые есть и до сих пор». В данной истории отражается страх изменения «я» в результате действия непонятных для подростка болезненных, иррациональных сил. То же видим в другом рассказе-импровизации девочки 11 лет, в котором в символической форме отражается психотравмирующая для нее ситуация в семье: «У одной злой женщины был сын, которого она заставляла работать день и ночь. Мальчику надоело, и он убежал в лес, но боялся, что мать его нагонит и будет бить. Бежал он долго и потерял все силы. Увидел вишню, поел и заснул, а когда проснулся, то увидел, что у него на голове рога». Травмирующее осознание отличий от сверстников, желание избавиться от болезненных изменений и нереализованная потребность признания и любви видны из следующих историй: «Жил-был волк, и однажды его напугали, и стал он после этого заикаться. Пошел он однажды в лес и видит — идет Красная Шапочка, и захотелось ему ее съесть. И хотел он это ей сказать, и пока пытался, Красная Шапочка все поняла и убежала. И понял тогда волк, что жить так дальше нельзя, и пошел лечиться в ветеринарную больницу» (девочка 14 лет). «Жил был мальчик очень хороший, добрый, но был у него один недостаток — он был нервный. Для окружающих это не было очень заметно, а для мальчика очень важно, и поэтому он жил один, отшельником. Однажды он встретил девочку и полюбил ее. Он, конечно, понимал, что никогда не сможет ей это сказать. А девочка сама полюбила этого мальчика, все понимала, что у него на душе, и решила сама признаться ему в любви. И когда она ему об этом сказала, произошло чудо. Он перестал быть нервным, потому что любовь — это чудо» (девочка 15 лет).

Поскольку у больного неврозом более значимая информация часто содержится не в сказанном, а в недоговоренном, то успешным оказывается использование методики незаконченных врачом историй, развязку которых и завершение должны придумать сами дети. Истории построены таким образом, что у них нет однозначного разрешения конфликтной ситуации и они допускают в широких пределах

импровизацию. Дети, особенно подростки, несмотря на сложную фабулу конфликта, достаточно быстро улавливают наиболее целесообразный тип его разрешения и тем самым лучше адаптируются к нему в реальной жизни. Последующее проигрывание экспромтом завершающей части истории создает более прочный навык адаптивного взаимодействия в стрессовых ситуациях. Как «домашнее задание» детям предлагается осуществить на практике один из рассмотренных вариантов поведения. Достижение в этом даже небольших успехов, наряду с поддержкой врача, развивает у них веру в себя, в свои возможности и способности. Тем самым создаются условия для согласования поведения с адекватным представлением о себе и чувством собственного достоинства, что делает более успешными перестройку отношений и коррекцию неблагоприятных черт характера.

Индивидуальная психотерапия детей, как уже отмечалось, проводится параллельно с психотерапией родителей. Особое внимание обращается на состояние родителей после окончания активного курса психотерапии у детей, так как его ухудшение может свести на нет достигнутые результаты. В этой связи можно упомянуть о матери, которая предъявляла бесчисленные и не совсем понятные жалобы на состояние сына 10 лет. Оказалось, что большинство из них, в том числе астматические затруднения дыхания, были плодом ее болезненного воображения. Считая себя во всем правой, не доверяя опыту ребенка и чрезмерно тревожась о его состоянии, мать непроизвольно создавала проблемы отношений с сыном и сама же на них эмоционально реагировала. Не удивительно, что нам удалось сравнительно быстро вылечить мальчика, так как его невроз почти целиком был индуцирован матерью. После лечения сына ее состояние постепенно ухудшилось, вплоть до манифестации невротической депрессии, которая ранее маскировалась избыточной заботой и постоянной тревогой о здоровье сына. Существование подобной невротической взаимосвязи подчеркивает необходимость оказания своевременной психотерапевтической помощи не только детям, но и взрослым членам семьи.

Применение психотерапии изобразительного творчества

Рисунки как вид творчества являются преломлением в сознании ребенка окружающей его действительности. У дошкольников отражение реальности скорее символично, чем натуралистично, так как они изображают предметы и людей в соответствии со своими возрастными представлениями. Изобразительная деятельность является не только средством связи между развивающимися мышлением и эмоциями, но и естественным стимулом для воображения. Практическая ценность рисования состоит в предоставлении ребенку дополнительных возможностей для невербального выражения идей. В качестве особого языка познания рисование выступает как своеобразный вид коммуникации ребенка с окружающей его социальной действительностью. Рисование как творческий акт позволяет ребенку лучше отреагировать фантазии и переживания, безболезненно соприкоснуться с волшебным миром сказок и преданий, развить свои творческие потенции.

Дети с неврозами больше чувствуют и понимают, чем могут выразить это словами. Вербализация их чувств и мыслей не всегда возможна при конфликтных отношениях в семье, недостаточной отзывчивости родителей и тревожно-мнительном способе переработки жизненных неудач. Несвойственная ребенку, вынужденная задержка эмоций, накопление переживаний подобно эмоциональному тормозу препятствует раскрытию творческих возможностей, снижает уверенность в своих силах и жизненную активность. В результате изобразительное искусство способно играть значительную роль в восстановлении душевного равновесия, способствуя освобождению подавленной эмоциональной и творческой энергии и одновременно выступая в качестве средства эстетического воспитания. В изучаемых семьях родители нередко считают игру и рисование несерьезными занятиями, односторонне заменяя их вербальным научением. Поэтому рисунки, сделанные детьми во время лечебных занятий, помогают им увидеть творческие возможности ребенка и оценить его спонтанную созидательную активность. Рисование — не только невербальный способ коммуникации, но и средство развития самостоятельности. Рисуя, ребенок может остаться один на один со своими мыслями и лучше разобраться в своих переживаниях. Полезно наблюдение за поведением ребенка при рисовании. Успокоение психомоторно возбудимых детей говорит о преимущественно функциональном характере их нарушений. При рисовании по заданию может проявиться неуверенность в своих силах, и ребенок должен преодолеть психологический барьер, чтобы выполнить задание врача.

Анализ свыше тысячи рисунков детей с неврозами, выполненных спонтанно и по заданию врача,

показал следующее. Дома мальчики чаще всего изображают машины, корабли, транспорт, затем идут батальные сцены, девочки же чаще рисуют природу, дом, людей, животных, т. е. имеет место обычная тематика рисунков. Выполненные по заданию врача дома и на приеме рисунки на тему «улица», «двор» в подавляющем большинстве являются однофигурными композициями, т. е. дети изображают только себя, отражая тем самым свои проблемы общения, в том числе непринятие со стороны сверстников. В рисунках на тему «детский сад» дети изображают себя в присутствии одного или нескольких сверстников, помещая себя на периферии группы. В рисунках на тему «школа» большинство детей изображают себя в одиночестве, реже с находящимся рядом взрослым (учителем). Сверстники фигурируют на рисунках только в 1/3 случаев и обычно находятся в центральной позиции по отношению к больному. Все это подтверждает наличие у детей с неврозами проблем общения. Если сравнить рисунки на тему «детский сад» и «школа», то очевидны все большие затруднения общения в более старшем возрасте (рис. 5).

Рис. 5. Отображение неприятия девочки-подростка со стороны сверстников в школе.

В ряде случаев рисунки позволяют уточнить клинические данные. Воспроизведение хаотичного движения, размазанность и разбросанность элементов рисунка, отсутствие композиции нередко говорят о повышенной возбудимости больных при неврастении. Тревожно-депримированный или субдепрессивный фон настроения при неврозе навязчивых состояний и неврозе страха выражается цветовым оскудением рисунка с преобладанием серого цвета, уменьшением размеров человеческих фигур, их неполным изображением или отсутствием. При выраженном чувстве беспокойства и страха к этому нередко присоединяются густая штриховка рисунка, переплетающиеся волнистые линии, заполняющие все его пространство.

При синдроме невротического регресса наблюдается дезинтеграция композиции рисунка. Он становится фрагментарным и одновременно более разнообразным и насыщенным по цветовой гамме. Изображения людей замещаются изображениями животных.

Эмоциональные и личностные особенности детей при истерическом неврозе находят отражение в ярком колорите рисунка, красочном изображении цветов, лебедей, принцесс и королей.

Диагностические возможности заключены в рисуночной пробе «семья», позволяющей уточнить отношения в семье. В первом варианте ребенок изображает себя и остальных членов семьи в четырех комнатах, расположенных в двух этажах, — по одному в комнате. При анализе рисунка имеют значение характер размещения членов семьи и то, кто из них находится рядом с ребенком. Обычно это эмоционально близкое лицо. Во втором, основном варианте дети рисуют семью, не получая каких-либо инструкций. Анализ проводится в отношении состава изображенной семьи, структурной и цветовой композиции рисунка.

Иногда дети «забывают» нарисовать одного из членов семьи. Обычно это малозначимое для ребенка лицо или брат (сестра), вызывающий чувство ревности. Представляет интерес и включение в семью других лиц — знакомых, родственников, врача. Подобная тенденция чаще проявляется при наличии большой или неполной семьи (рис. 6).

Рис. 6. «Никто» (с затушеванным лицом), нарисованный подростком, среди членов своей семьи.

В расположении и размерах фигур отражается ряд социально-психологических особенностей семьи. О сплоченном ее характере говорит близкое расположение фигур. При эмоциональной разобщенности они удалены друг от друга или одна из них рисуется отдельно (рис. 7, 8, 9). При привязанности к родителю он изображается рядом с ребенком. О том же в ряде случаев говорит соединение их рук. У больных с неврозом страха, несмотря на реальную привязанность к одному из родителей, отсутствует соприкосновение рук.

Рис. 7. Изображение семьи мальчиком 4 лет. Слева направо — он; бабушка, которая постоянно находится с ним дома; мать, периодически занимающаяся сыном, и невключенный в жизнь семьи отец (в правом верхнем углу).

Рис. 8. Восприятие девочкой 9 лет отца, злоупотребляющего алкоголем и не выполняющего своих обещаний.

Рис. 9. Рисунок на тему «семья» мальчика 4 лет. Большая фигура (справа) отображает доминирующий в семье образ активной матери; фигура в ней — образ пассивного, зависимого от матери отца, как бы ассоциированного с положением плода при беременности.

Чаще всего изображают себя в середине рисунка, т. е. между родителями, больные истерическим неврозом. Они же, в отличие от других детей, рисуют себя выше и крупнее родителей. Все это подчеркивает эгоцентризм, повышенное самомнение и претенциозность больных с истерическим неврозом.

При конфликте родителей дети чаще рисуют себя между ними, как бы объединяя семью. Вне конфликта они (кроме детей с истерическим неврозом) рисуют себя преимущественно справа или слева от обоих родителей. При конфликте с матерью или отцом ребенок чаще рисует себя рядом, т. е. «устраняет» конфликт. Таким образом, в рисунках может отражаться не только фактическое положение, но и установка на более приемлемый характер отношений в семье. При дополнительном задании нарисовать и врача его большей частью помещают рядом с отцом, отождествляя с ним по признаку пола.

Определенный интерес представляет и цветовая композиция рисунка при использовании красного, зеленого, синего и черного цветов. В ней не удается выделить ощутимого преобладания цвета в окраске ребенком своей фигуры и фигур родителей. Исключением является синяя окраска туловища отца детьми с истерическим неврозом (55%). Подобная окраска указывает на восприятие отца как источника эмоционального успокоения, привязанности и любви. Следует отметить и сравнительно более частое окрашивание своего туловища черной краской у больных неврозом навязчивых состояний, что подчеркивает их пессимизм, чувство одиночества и изолированности от окружающих. В половине случаев дети с неврозами используют цвет окраски туловища, общий с тем из родителей, на которого они походят внешне или характером. У девочек это выражено только в отношении матери.

В отношении идентификации детей с родителями вопрос обстоит сложнее. Если у мальчиков трудно обнаружить связь между выбором при опросе роли отца и общей с ним окраской туловища, то каждая вторая девочка использует один цвет, если она выбирает при опросе роль матери, т. е. идентифицирует себя с ней. Следовательно, общая окраска туловища может служить признаком идентификации только в ограниченном числе случаев. Отсутствует общая окраска туловища с родителем, к которому привязан ребенок. Еще большее разнообразие в палитре красок наблюдается при изображении на рисунке лица.

При контрольном воспроизведении рисунка в большинстве случаев меняются расположение фигуры больного и окраска его туловища. Таким образом, данная рисуночная проба носит вариативный характер. Однако она может в известных пределах дополнять клиническое обследование и создавать повод для беседы о семейных отношениях.

Испытываемые детьми страхи по заданию врача рисуются дома. Анализ рисунков показывает, что чаще всего они связаны с воображаемыми персонажами или событиями, ассоциируемыми с неожиданным воздействием (испугом), насилием (агрессией), уродством (метаморфозой), болезнью (несчастьем) и смертью (концом). В общем виде речь идет о страхе того, что может случиться. В его основе лежит страх изменения, иначе — страх «не быть собой» в результате действия трансформирующих психику сил. У подростков это может быть и страх потери самоконтроля, достигающий своего апогея в страхе сумасшествия — неконтролируемого сознанием распада и

уничтожения «я». В более широком аспекте страх изменения мотивирован страхом потери человеческого облика, т. е. страхом исчезновения себя как индивида и как личности (рис. 10).

Рис. 10. «Головастики» — страшный сон мальчика 11 лет, воплощающий его страх метаморфозы — изменения «я».

В рассматриваемом значении невротический страх является патологической формой осознания угрозы для «я». Ирреальный, иной раз необъяснимый внешними обстоятельствами и находящийся за «семью печатями» мотив невротического страха нередко выступает и как архаическая форма самосознания в виде передаваемых из поколения в поколение семейных опасений, страхов и преданий. Здесь и средневековая тематика колдунов, ведьм, призраков, леших, домовых, и отражение страха перед прилетающими издалека, все сжигающими и все пожирающими драконами и Змеем Горынычем, и тревожно-мнительная транскрипция семейных заболеваний, несчастий, смерти. Питательной почвой для страхов являются также склонность к суевериям и предрассудкам, безотчетная вера в сверхъестественное, необычное и магическое.

Сам факт изображения страхов по заданию врача действует как терапевтически десенсибилизирующий фактор. «По заданию врача» — означает, что ребенок должен нарисовать свой страх, совершив ряд действий. В частности, он должен самостоятельно продумать композицию рисунка, преодолеть внутреннее напряжение и страх страха и, мобилизовав свою творческую фантазию, выполнить задание посредством более или менее продолжительного волевого усилия. Переступая свой страх, нарушая его неприкосновенность и недоступность осознанным изображением, ребенок выступает в роли творца, постулируя свое активное начало. Так как задание дает врач и больной знает о его лечебной роли, то оно непроизвольно ассоциируется с улучшением состояния. Таким образом, десенсибилизация к страху происходит в результате действия многих факторов, включая роль незримой поддержки врача и косвенного внушения с его стороны.

Психотерапия страхов посредством рисования эффективна в возрастном диапазоне 4—11 лет, прежде всего в 6—9 лет, когда в наибольшей мере проявляется естественный интерес к рисованию. С помощью рисунков можно устранить страхи, имеющие преимущественно конкретный и, главное, графически воспроизводимый характер, вроде страхов животных, насекомых, чудовищ, огня (пожара), а также возникающих в темноте, сновидениях и т. д. Менее эффективно устранение страхов отвлеченно-абстрактного характера в виде страхов неизвестного, насилия, несчастья, заболевания и смерти. Но если, к примеру, страх неизвестного, насилия ассоциируется с бандитами, разбойниками, т. е. с конкретными лицами, то результаты от использования рисунков могут быть вполне удовлетворительными. То же относится к навязчивым страхам заболевания и смерти в результате заражения микробами. Частичный эффект отмечается при социально-психологической обусловленности навязчивых страхов, в том числе ответов у доски и публичных выступлений, поскольку здесь выступает прежде всего не страх других, а страх своей несостоятельности, неспособности действовать так, как принято. Отсутствует эффект от рисунков при сверхценных страхах за других лиц, прежде всего близких.

Психотерапия страхов посредством рисунков начинается с выяснения их характера в беседе и игре, после чего больному предлагается нарисовать страхи дома и принести на прием. Каждый страх рисуется на отдельном листе. Заранее указывается, что не имеет значения качество рисунков, не будут проставляться оценки и главное заключается в самом факте рисования. На приеме рисунки просматриваются совместно с больным. Констатируется выполнение домашнего задания, затем рисунки в присутствии больного помещаются в папку с надписью «страхи», которая, в свою очередь, убирается в

шкаф. Таким образом, активность больного получает признание и одобрение врача, и отныне его страхи «находятся» в лечебном учреждении. Так как не дается инструкций, как рисовать страхи, то больной может не нарисовать себя. Если же он изображает и себя, то, как правило, отмечается более выраженный десенсибилизирующий эффект рисования страхов. В обоих случаях при недостаточном эффекте рекомендуется, чтобы на одном рисунке ребенок изобразил себя боящимся, т. е. себя и пугающий объект, а на другом — небоящимся. Дословно инструкция следующая: «Нарисуй на одном рисунке себя и то, что ты боишься, а на другом, что ты этого уже не боишься». Следовательно, ребенок должен вначале осознать страх и изобразить его на рисунке. Затем он должен смоделировать ситуацию на другом рисунке таким образом, чтобы побороть этот страх. В этой, казалось бы, простой последовательности действий содержится эффективный психотерапевтический код. Конкретизация страха, проникновение в него, драматизация связанного с ним переживания и условность изображения обусловливают соответственно эффекты инсайта, катарсиса и десенсибилизации. Последующее терапевтическое моделирование на рисунке психотравмирующей ситуации является, по существу, перестройкой отношений под влиянием косвенного (установочного) внушения. Последнее представляет собой выражение веры в возможности ребенка, подчеркнутое контрастом «ты боишься — уже не боишься». Налицо и эффект обучения, поскольку ребенок следует определенной последовательности действий в отношении преодоления страха. Связанные между собой психотерапевтические механизмы положительной установки со стороны больного (желания устранить страх), инсайта, катарсиса, десенсибилизации, внушения, обучения и обусловленной всем этим перестройки отношений объясняют интегральный эффект рисуночной терапии. Поэтому не столько условное изображение, к примеру, темноты или животных помогает ребенку преодолеть страх перед ними (хотя этого и достаточно в ряде случаев), сколько контрастное изображение себя в темноте и по отношению к животному в пассивной и активной роли, т. е. в состоянии аффекта страха и без него. Рисование дает ребенку различные возможности для символического отреагирования страха. Так, на рисунках он бросает Бабу-Ягу в костер, отрубает дракону голову и т. д.

В отличие от игровой терапии, эффект которой обусловлен принятием роли фрустрирующего персонажа, в рисуночной терапии ребенок остается самим собой, что облегчает ее применение у больных со страхом изменения «я». Поэтому рисование предшествует игре, создавая для нее необходимые психотерапевтические предпосылки.

Вместо рисунков больному может быть предложено сделать маски или вылепить страшных для него персонажей. Во всех случаях продукты изобразительной деятельности больных остаются в кабинете врача в виде настенных рисунков, собрания используемых в последующей игре масок, лепных произведений. Это принятое с согласия больного решение действует в качестве подкрепляющего суггестивного фактора и означает, что он «отдал» свои страхи врачу, который их «принял» и отныне «держит» у себя. Устранение страхов имеет исключительно важное значение в психотерапии, так как приносит больному существенное облегчение, активизирует его волю, повышает авторитет врача и предотвращает последующее навязчивое развитие страхов, в том числе образование логофобий и навязчивых тиков. Надежность устранения страхов у детей в немалой степени зависит от успешности психокоррекционной работы с родителями. Для этого необходимо знать, каким страхам и опасениям они подвержены сами.

Приведем примеры психотерапевтического использования рисунков. В первом случае мальчик 5 лет панически боялся собак. Страх был снят после двух рисунков, на которых он изображал себя убегающим от собаки и стоящим с ней рядом (рис. 11).

Рис. 11. Устранение с помощью рисунков фобии собак у мальчика 6 лет.

Во втором случае девочке 5 лет часто снился волк, агрессивное поведение которого напоминало ей отца, злоупотреблявшего алкоголем. На повторный прием девочка принесла рисунок, где просто изобразила волка. Тем не менее она перестала бояться его во сне. Одновременно мать отметила у дочери более спокойный сон. Но днем она стала более возбудимой и агрессивной. В последующей игре с куклами девочка взяла роль зайца (т. е. косвенно себя) и назначила на роль волка врача. В игре заяц не только оказывал сопротивление волку, но и сам нападал на него. В итоге волк перестал сниться девочке. На этом примере видно, что кошмарные сновидения — это вытесненные в подсознание дневные переживания, своеобразная форма их отреагирования. Устранение психотравмирующего, агрессивного содержания сновидений сопровождается повышением возбудимости и агрессивности днем. Агрессивность не направляется в силу разных причин на отца, который является ее источником, но может быть в символической форме отреагирована на враче, исполняющем ассоциированную с образом отца роль волка.

В третьем случае мальчик 6 лет после просмотра соответствующего кинофильма панически боялся динозавра, который, с его точки зрения, мог проникнуть в дом, проломив стены. Отец мальчика действительно мог это сделать, находясь в состоянии аффекта. Вечером мальчик напряженно прислушивался к разным шорохам, не мог долго заснуть, спал с открытыми глазами, просыпаясь при малейшем шорохе. Он смог нарисовать только одного динозавра, но после двух посещений врача стал быстрее засыпать, несмотря на еще продолжающееся появление чудовища во сне. Полностью страх перед ним и сами кошмарные сновидения были устранены после игры, в которой мальчик изображал динозавра, поочередно сражавшегося с врачом и отцом, выступавшими в роли боящихся. В последующем динозавр стал объектом шуток и насмешек ребенка.

В четвертом случае девочка 5 лет боялась Бабы-Яги. Ее мать с тревожно-мнительными чертами характера, как она сама пишет в дневнике, «всю жизнь искала выход из-под ига родительской любви». Тяготясь семейными обязанностями, она не хотела в свое время появления ребенка и, по существу, проявляла в отношении дочери не столько любовь, сколько чувство долга и тревоги, выражаемое внешне гиперопекой. Создавая тревогой невротическую привязанность у дочери, мать спала с ней вместе, и дочь при этом всю ночь в напряжении держала ее за руку. Сама же мать была излишне строгой, стремилась педантично соблюдать режим дня, без конца читала дочери мораль и пугала ее всяческими последствиями непослушания. Отец девочки, твердый и решительный по характеру, постоянно был в командировках и не мог уделять ей соответствующего внимания. В 2,5 года мать впервые ушла от спящей дочери к соседям. Вернувшись, она застала дочь с перекошенным от ужаса лицом, мечущейся по комнате, с криком «мама, мама». После того как мать снова легла с ней, дочь заснула. Но в течение последующих месяцев девочка подолгу не могла заснуть, беспокойно спала, плакала во сне и многократно проверяла присутствие рядом матери. Резко ухудшился аппетит, появились истерики, капризность, упрямство и негативизм. Перестала отпускать мать от себя и днем, ревновала ее к отцу, на которого была похожа внешне, стала неуправляемой в присутствии обоих родителей (синдром «третьего лишнего»). На этом фоне появились заикание, отказы от игр со сверстниками, непроизвольное использование заикания как средства смягчения излишне строгих и временами деспотичных требований матери. В 5 лет отчетливо проявился тревожно-депримированный фон настроения, страх смерти. Заострились и страхи сказочных персонажей с ведущим страхом Бабы-Яги. (Заметим, что в народном эпосе Баба-Яга представляется как противоположный красоте, любви и искренности уродливый, бездушный и коварный образ, олицетворяющий собой в конечном итоге смерть. В некоторых сказках Баба-Яга выступает и в роли людоедки, похищающей детей.) При игре с врачом девочка предпочитала агрессивное поведение своих персонажей, в частности зайца, который нападал на волка (врача). При игре с матерью девочка изображала ее, в то время как мать должна была играть непослушного сына, т. е. дочь подобной расстановкой ролей перестраивала отношение матери. Последняя действительно хотела иметь сына, а не дочь, и относилась к ней так, как если бы она была мальчиком. Дополнительно матери и дочери было рекомендовано проигрывать дома возникающие между ними конфликты, чтобы в известной мере разрядить аффективный заряд их отношений. Однако существенное улучшение в состоянии девочки наступило после того, как она дома спонтанно вылепила Бабу-Ягу, крадущую ребенка из коляски у спящей матери. Описывая эту сцену на приеме, девочка, сильно заикаясь, добавила, что Баба-Яга, украв девочку, проглотила ее, а мать так и не проснулась. Когда мать спросила дома, почему же она не проснулась, то услышала в ответ, что Баба-Яга сильнее

матери. Больная, вероятно, не помнила кошмарного сновидения в два года, в котором Баба-Яга крадет беззащитного ребенка у спящей матери. В последующем пережитый ужас все время держался в подсознании, подкрепляясь ассоциированным с образом Бабы-Яги излишне принципиальным и недостаточно эмоционально включенным отношением матери. После того как больная воспроизвела и отреагировала раннее шоковое переживание, в ее состоянии наступило существенное улучшение, подобно эффекту катарсиса. Уменьшились эмоциональная напряженность и капризность, улучшилась речь, на лице появилась улыбка. Ослабла, как сказала мать, «неуловимая пуповина тревоги и страха», связывавшая их, в результате чего дочь впервые стала отпускать мать от себя. Параллельно девочка по собственной инициативе стала рисовать свои страхи, испытывая при этом значительное облегчение. На большинстве рисунков в различных ситуациях изображалась Баба-Яга. На одном из них она сняла со своей избушки курьи ножки, чтобы дети не догадались, что это ее дом. Затем Баба-Яга влетела в окно и унесла одну девочку, которая плохо ест, вместе с кроватью. Изображено лицо девочки в избушке, на которой написано «мама» и «лапа». На другом рисунке Баба-Яга соединила переходом свой дом с домом девочки и по нему унесла ее в свой дом, где их уже поджидал Змей Горыныч. Вдвоем они съели девочку. Кроме этого, Баба-Яга изображена в полете, в котором она «крутит» всех детей детского сада на качелях и хочет унести «грязную», т. е. плохую, девочку к себе. На рисунках в конце игровой терапии образ Бабы-Яги отсутствует, вместо нее изображены фантастическая машина, которая «всех врагов режет», и образ «врага», напоминающий Кота в сапогах. После серии рисунков заикание девочки практически прекратилось, но потребовался еще многомесячный курс групповой психотерапии, чтобы преодолеть ее болезненную застенчивость и неуверенность в себе. На первых групповых занятиях она с удовольствием делала страшные маски, испытывая при этом, как и при рисовании, значительное облегчение. Перестройка отношения матери позволила добиться полной нормализации состояния больной.

В пятом случае мальчик 11 лет боялся кошмарных снов: «Плохой дядька с мешком гоняется за мной в коридоре». Иногда он вскакивал ночью и бегал по комнате. На электроэнцефалограмме имелись признаки пароксизмальной активности. Вечером боялся чудовищ, поэтому тщательно закрывал дверь и укрывался с головой. Мальчик был нежеланным для родителей, которые имели еще одного сына. Рос тихим, застенчивым, впечатлительным, привязанным к матери. У него конфликт с отцом, которого он боялся из-за излишне строгого и принуждающего отношения. Не проявляясь днем, конфликт переходил в область сновидений. По совету врача мальчик принес рисунки кошмарных снов, после чего перестал их бояться, вскакивать ночью и закрывать дверь. Поскольку он боялся отвечать перед строгим учителем математики, ассоциируемым с отцом, была проведена игра с участием последнего. Мальчик изображал строгого учителя, а отец и врач — учеников, в том числе и его самого. В дальнейшем он стал более уверенно отвечать в школе.

В шестом случае девочка 8 лет боялась во сне зверей в клетке, а днем замкнутых пространств: лифта, вагона, небольшой комнаты, в чем отражался ее страх смерти. Нарисовав зверей в клетке, она перестала бояться снов, но дневные страхи остались без изменений, так как были основаны на абстрактном понятии — страхе смерти. Устранить их удалось только в процессе групповой психотерапии и корригирующей работы с родителями.

В седьмом случае у мальчика 6 лет наблюдалась фобия пожара. На каждый из еженедельных приемов он приносил нарисованные им страхи. Как и в остальных случаях, ему прямо не указывалось, что поможет избавиться от страха, но подчеркивалось улучшение в его состоянии. На первых рисунках было изображено горящее здание, которое различалось с трудом, так как было затушевано красным цветом. В дальнейшем употребление красного цвета уменьшалось по мере снижения интенсивности страхов. Параллельно увеличивалась доля черного цвета, которым обозначались дым и все более проглядывающие контуры здания. Постепенно больной закрасил весь дом черным цветом («погасил страх») и перестал бояться пожара. Себя мальчик идентифицировал на некоторых рисунках с пожарным.

Рисование страхов помогает и в психотерапии длительно протекающих навязчивых состояний Например, больная 7 лет с защитным ритуалом навязчивого мытья рук боялась умереть от заражения. Она рисовала ядовитую траву, отравленную еду, грязь, микробы и т. д. В течение 2 мес. девочка «оздоровляла» тематику своих рисунков, что говорило об улучшении ее состояния и о прекращении страхов.

Хороший эффект устранения страхов отмечается в психотерапевтической группе, когда дети приносят для обсуждения нарисованные дома на больших листах страхи (рис. 12).

Рис. 12. Тематика страхов у девочки 9 лет с неврозом страха

Некоторые из них проигрываются всеми участниками группы. Роли распределяет автор рисунка. То же относится к маскам страшных персонажей. Активное обсуждение страхов в группе и их проигрывание в обстановке жизнерадостной атмосферы группы содействует устранению ранее терапевтически резистентных страхов и значительно уменьшает общую тревожность больных.

Рисуночная терапия может применяться и при невротических проблемах одевания, когда ребенок последовательно рисует себя все более одетым, снимая напряжение в связи с новой одеждой, а также при невротических проблемах переодевания (психогенно мотивированного трансвестизма), когда в рисунках реализуются фантазии автора.

Рисунки могут служить индикатором происходящих в процессе психотерапии изменений. В первую очередь это относится к динамике игровой терапии, после которой страшные персонажи выглядят уже не так угрожающе, палитра красок становится более разнообразной, на рисунках начинают чаще фигурировать люди, которые, к тому же, не находятся, как раньше, в конфликтно-разобщенной (удаленной) позиции по отношению к больному.

Игровая терапия

Игровая терапия основана на естественной для детей потребности в игре, являющейся важнейшим условием правильного, гармоничного развития ребенка, в том числе воображения, самостоятельности, навыков адаптированного взаимодействия с людьми. Игровая терапия подразумевает организацию игры как терапевтического процесса и требует эмоциональной вовлеченности врача, его гибкости и способности к игровому перевоплощению.

Игровая терапия и внушение являются основой психотерапии у детей, ее движущей силой. Игровая терапия находит свое успешное применение как самостоятельная методика психотерапии, так и в сочетании с другими методиками. Выше уже говорилось о ее возможностях как завершающей стадии семейной и рисуночной психотерапии. При комбинации разъясняющей, игровой и суггестивной психотерапии прием проходит в следующей последовательности: беседа — спонтанная игра — направленная игра — внушение. Спонтанная игра как неформальная часть приема снимает напряжение, возникающее при беседе, повышает интерес к лечению и представляет своеобразную разминку перед направленными играми. У дошкольников на приеме преобладает игровой компонент, у младших школьников время беседы и игры приблизительно одинаково, в подростковом возрасте значительно возрастает доля обсуждений.

Игра проводится в кабинете врача, где имеются коврик и стеллажи с игрушками. Набор игрушек включает неподвижных кукол для детей первых лет жизни, для более старших — кукол-петрушек, надеваемых на пальцы или на руку (кукольный театр), маски, кегли, бубны и небольшой барабан, детскую посуду, разборные конструкции и т. д. В кабинете находится большое горизонтальное зеркало, в котором дети могут видеть себя во время игры. С помощью небольшого количества кукол можно

воспроизвести практически неограниченное число игровых ситуаций. В качестве тем для игры используются сказки, стихи, рассказы, придуманные истории, фантазии детей, содержание сновидений или реальные события.

Продолжительность игрового сеанса обычно не превышает 30 мин. Этого времени достаточно для поддержания интереса к игре и удовлетворения потребности в ней. Меньшее время вызывает чувство незавершенности и желание детей продолжать игру. В этом случае недопустимо ее резкое прекращение, так как это отрицательно сказывается на эмоциональном контакте больного с врачом. Большая продолжительность игры может вызвать снижение интереса к ней и чувство пресыщения. Относительно постоянная длительность игрового сеанса является для больного организующим моментом, незримым предписанием. То же относится к запрету повреждения игрушек и их уборке после окончания игры. Частота игровых сеансов зависит от задач психотерапии и возможностей врача. В остром периоде невроза они проводятся 2—3 раза, при хроническом течении — 1 раз в неделю. Соответственно определяется продолжительность курса игровой терапии — от нескольких дней до нескольких месяцев.

Диагностические, терапевтические и обучающие задачи игровой психотерапии тесно связаны между собой. Они реализуются в спонтанной, проводимой без определенного врачебного сценария, игре или в направленной игре по заранее составленному плану. Как правило, последняя не содержит жесткого предписания ролей и допускает значительную долю импровизации. Исключением являются игры в «кегли» и «колобок» со стандартизированной диагностической процедурой.

В игре «кегли» больной бросает шар поочередно с врачом с одного места, проигравший собирает кегли. Врач может «проигрывать» или «выигрывать», создавая преимущества для больного или для себя, усложнять или упрощать игровую задачу, расставляя кегли на большем или меньшем расстоянии друг от друга и т. д. Такая игра выявляет развитие координации, уровень притязаний, стремление к доминированию, реакцию на успех и неудачу. Впечатление можно составить и о внушаемости больного, если он, не задумываясь, повторяет ряд действий врача, например нарочито подчеркнутое непопадание в цель или его нерациональные попытки сбить отдельно стоявшую кеглю вместо нескольких расположенных рядом. С помощью игры в кегли можно повышать толерантность к стрессу и корригировать неблагоприятные черты характера.

В игре «колобок» по мотивам известной сказки роль Колобка исполняет больной, который убегает из дома и встречается с различными персонажами, изображаемыми врачом. На своем пути Колобок должен преодолеть ряд препятствий, например найти дорогу в лесу, укрыться от грозы, перейти речку, защитить себя от угрозы нападения и т. д. Здесь, кроме выявления страхов, имеет значение и то, насколько далеко может уйти ребенок в своей фантазии. У зависимых и тревожных детей Колобок проявляет все больше беспокойства и желания вернуться по мере удаления от дома. У детей с тенденцией к независимости и протестными реакциями Колобок совершает более дальний «побег».

Диагностическая функция игры заключается в раскрытии переживаний больного, особенностей его характера и отношений. Игра как естественный эксперимент выявляет некоторые скрытые симптомы и тенденции, защитные установки, конфликты и способы их разрешения.

Терапевтическая функция спонтанной игры состоит в предоставлении больному возможности для эмоционального и моторного самовыражения, осознания и отреагирования напряжений, страхов и фантазий. Посредством направленной игры укрепляются и тренируются психические процессы, повышается фрустрационная толерантность и создаются более приемлемые формы психического реагирования. Игровая терапия с ее жизнерадостным, оптимистическим настроем активизирует жизненные силы детей, повышает их тонус.

Перестройка отношений больных, коррекция неблагоприятных черт характера, наряду с расширением жизненного кругозора и диапазона общения, формированием навыков адаптивного взаимодействия, позволяют говорить об обучающей функции игровой терапии. Игра также способствует развитию многих психических функций, в том числе сенсорных и моторных компонентов поведения.

При игре соблюдается ряд правил, способствующих лучшей организации психотерапевтического процесса: 1) игра используется как средство диагностики, терапии и обучения; 2) выбор игровых тем отражает их значимость для врача и интерес для больного; 3) руководство игрой строится так, чтобы способствовать развитию самостоятельности и инициативы детей; 4) спонтанные и направляемые врачом игры представляют две взаимодополняющие фазы единого игрового процесса, в котором главное — возможность импровизации; 5) соотношение спонтанных и направленных компонентов игры

зависит не столько от возраста детей, сколько от клинических и личностных особенностей. При острых невротических реакциях преобладает спонтанный компонент игры, при невротических развитиях делается акцент на направленном восстановлении нарушенных отношений. Невротические состояния требуют индивидуально подбираемой композиции игры; 6) игра не комментируется врачом; 7) направленное воздействие на больного осуществляется посредством характера воспроизводимых им и врачом персонажей и психотерапевтически моделируемой игровой ситуации.

Рассмотрим построение игрового сеанса. Игра понимается как желательный, но не обязательный вид деятельности. Вначале ребенку предоставляется возможность для самостоятельной деятельности в кабинете врача или в специальной игровой комнате. В последнем случае она вначале может проводиться вместе с одним из родителей, особенно у дошкольников. Затем некоторое время ребенок играет один или в присутствии «занятого своим делом» врача. При затруднениях с началом игры врач предлагает другую деятельность, например рисование, или знакомит больных с игрушками и постепенно вовлекает их в игру. В дальнейшем дети действуют самостоятельно. Не является обязательным и условие непрерывности игры. Она может быть прекращена по собственной инициативе больного, но он должен дать этому объяснение. Обычно прекращение игры связано с потерей к ней интереса или боязнью некоторых ситуаций. Отсутствие вмешательства врача не означает, что он не оказывает влияния. Ребенок видит врача, «занятого своим делом», но не может предсказать его поведение. Возникающая ситуация неопределенности, недосказанности и неизвестности создает определенное психологическое напряжение, которое ребенок должен преодолеть и выполнить поставленную перед ним задачу — действовать самостоятельно. По мере того как он начинает играть сам, у него проходит чувство настороженности и скованности. Увлекаясь, дети начинают все смелее выражать свои эмоции, бурно жестикулировать, говорить и т. д. Обычно эмоциональное оживление больше выражено у детей строгих, ограничивающих родителей. Отреагирование эмоций — не единственный терапевтический механизм спонтанных игр. Имеет значение и возможность выразить себя в безопасной игровой ситуации, где ребенок находится в согласии с самим собой и своими чувствами. Принятие врачом его чувств и отсутствие осуждения действуют успокаивающе, развивают доверие к себе и способность к принятию решения. Взаимопонимание с врачом представляет для ребенка желаемую модель общения, улучшает его самочувствие и восприятие себя, выполняя, таким образом, положительную регулирующую роль в системе его ценностных ориентации.

Некоторые дети, особенно дошкольники, сопровождают спонтанную игру репликами игровых персонажей, что еще больше способствует ослаблению эмоционального напряжения. Незаметное (невключенное) наблюдение врача за поведением и репликами игровых персонажей дает ценную информацию об особенностях темперамента, характера и отношений детей, включая отношения в семье. Так, в игре «дочки-матери» девочки в роли матери могут насильно заставлять куклу есть, спать, кричать на нее, наказывать и читать нравоучения. Если дети изображают мир зверей, то в нем царит атмосфера доброжелательности, понимания и спокойствия или проявляются доминирующие и агрессивные тенденции. В этом нетрудно увидеть отражение желаний детей или воспроизведение реальных жизненных коллизий. Например, мальчик 6 лет часто изображал в игре Бармалея, который набрасывался на зверей со словами: «Нужно раздавить каблуком». Его агрессивность была откликом на частые физические наказания, исходящие от матери, крепко державшей его (сдавливающей) при этом.

В ряде случаев в спонтанных играх участвует и врач в роли, назначаемой детьми. Оставаясь в ее границах, он уступает во всем главному действующему лицу, проявляя у него отрицательные тенденции (чрезмерную обидчивость, настороженность, страхи, избегание или доминирование, агрессивность). Обнажение этих тенденций до степени гротеска ведет к осознанию больным их нежелательного характера. Возможности других игровых персонажей позволяют в непрямой форме воспроизвести некоторые черты характера и поведения больного. Это зеркальное отражение также помогает осознанию неадекватных реакций.

При направляемых врачом играх для каждого больного подбирается индивидуальный темп посредством постепенного увеличения длительности, разной продолжительности игровых пауз и чередования игровых сюжетов. Оптимальный темп устраняет монотонность игры и штамп. В то же время нецелесообразна частая смена сюжетов, так как они требуют определенного времени для разыгрывания и получения терапевтических результатов.

Создание в игре направления означает не только руководство ею со стороны врача, но и принятие им переживаний больного как условия совместной игры. В ней действуют правила игровой реальности и игрового равенства. Последнее подразумевает разделение ответственности за принятие

решений и исполнение главных и подчиненных ролей как врачом, так и больным. Паритетное участие врача повышает игровую инициативу детей, которым предлагается выбрать любую из действующих ролей. Цель игры не объясняется, а характер роли определяется ее общепринятым значением в сказках, например, роль волка подразумевает агрессивность и жадность, зайца — непосредственность и страх, лисы — хитрость и коварство, медведя — силу и глупость, петуха — воинственность, кота — бескорыстную дружбу и т. д.

В импровизационной игре создаются специальные стрессовые ситуации испуга, обвинения, спора, и ребенку предоставляется возможность их самостоятельного разрешения. Если он не может сделать это приемлемым образом, ему подсказываются пути разрешения конфликта, но не прямо, а через соответствующее поведение персонажа, изображаемого врачом. Подобное поведение подразумевает уверенность, кооперацию, ролевую гибкость, отсутствие страха и агрессивности. Воспроизведение врачом терапевтически направленных моделей воспринимается больным не как специальный показ требуемого поведения, а как наиболее приемлемый способ игрового общения и решения возникающих трудностей. Во время игры больному не говорится о том, как нужно играть, что именно он должен изображать в каждый конкретный момент и какие реплики произносят игровые персонажи. Отсутствие жесткого режиссерского контроля и обязательств объяснять поведение персонажей игры позволяет сохранить принцип игровой реальности и облегчает вживание в роль. В противном случае ребенок обязан контролировать свою игру, что затрудняет перевоплощение и импровизацию.

Кроме показа моделей решения конфликтных ситуаций, в направленной игре устраняются некоторые страхи и корригируются неблагоприятные черты характера и поведения больного. Вначале рассмотрим игровую методику устранения страхов. Страхи перед реальными и сказочными животными (собакой, медведем, волком и т. д.) обычно устраняются в течение одного сеанса, состоящего из трех фаз игрового взаимодействия. В первой фазе устанавливают характер страха и тип реагирования больного в виде избегания пугающего объекта, показываемого врачом. По существу, это означает воспроизведение ситуации, вызывающей страх. Во второй фазе проводится десенсибилизация к страху посредством перемены ролей. Врач поведением своего персонажа (например, зайца) изображает страх больного, последний воспроизводит угрожающий образ (изображая, например, волка). При этом дети проявляют агрессивность, обычно выраженную в такой же степени, в какой они испытывают чувство страха. Терапевтический эффект обусловлен глубиной вживания в угрожающий образ, его эмоциональным отреагированием и десенсибилизацией в сознании больного. В третьей фазе используются обучающие модели поведения посредством повторной перемены ролей. Изображение врачом угрожающего образа уже не сопровождается реакциями страха у больного.

Таким образом, боязнь животных устраняется в течение трех фаз игрового действия: актуализации страха, его отреагирования и закрепления достигнутых результатов.

На дальнейших приемах детям предоставляются роли бесстрашного командира, летчика, моряка, пожарного и т. д., развивающие уверенность в себе и способность к принятию решения.

Краткой иллюстрацией игровой методики устранения страха может служить игровая терапия девочки 2,5 лет, у которой появились заикание и боязнь темноты после ночного испуга, причину которого она не могла объяснить. Прием проходил спустя несколько дней после ночного эпизода. В спонтанной игре с куклами было заметно избегание «волка». В то же время больная охотно играла с другими игрушками. Мы обратили на это внимание родителей, которые вспомнили, что незадолго до заболевания они читали дочери сказку «Красная Шапочка». Возникло предположение об отражении сказки в кошмарном сновидении. По ее сюжету была проведена игра, в которой мать изображала посредством управляемой куклы доброго волка. При этом девочка уже не обнаруживала прежней остроты страха, что явилось результатом совмещения угрожающего образа с эмоционально близким для нее лицом. В дальнейшем роль волка исполнял врач, постепенно наделяя его соответствующими атрибутами поведения. Как и в игре с матерью, у девочки отмечалась лишь незначительная ответная реакция страха. При перемене ролей, когда больная изображала волка, надев на руку тряпичную куклу, она кричала и угрожала Красной Шапочке, роль которой исполнял врач. При обратном изменении ролей у девочки отсутствовали реакции страха. Она стала лучше засыпать дома, прекратились страхи темноты, в течение недели полностью нормализовалась речь. Рецидива не было, по данным десятилетнего катамнеза.

Показательна и игровая терапия страхов у мальчика 3 лет с невротическим заиканием. На приеме он боялся волка, который, по его словам, «всех бьет». Видел его во сне, при рассказе об этом сильно

заикался. Жесткий по характеру и импульсивный отец мальчика крайне непоследовательно относился к сыну и часто наказывал его физически. В противовес отцу мать была мягкой по характеру, но ограничивала подвижность сына. Мальчик боялся не только волка, но и отчасти лисы: «У нее зубы острые». На приеме сам взял роль волка, надев тряпичную куклу на руку, мать сделал лисичкой. Волк вел себя агрессивно и нападал на лису. Страх был снят и перестал звучать в дальнейшем. Одновременно удалось быстро купировать заикание.

У других детей в случае страха темноты, обусловленного страхом одиночества, хорошо себя зарекомендовала игра «в прятки» и «жмурки» в постепенно затемняемом кабинете, вначале в присутствии родителей и врача, затем при участии только врача и больного. У стеничных детей страх темноты может быть также устранен с помощью игры «кошки-мышки». Врач и больной поочередно прячутся в постепенно затемняемом кабинете. При эмоциональном вовлечении в игру дети обычно полностью «изживают» свой страх.

Нередко страхи темноты мотивированы страхом неожиданного воздействия, нападения, что находит свое отражение в кошмарных сновидениях. В этом случае терапевтически эффективным является следующее построение игрового сеанса. Вначале больной прячется в кабинете без света, и его, надев маски, поочередно ищут мать, отец, врач и незнакомые взрослые, которые сопровождают свои действия соответствующими «агрессивными» репликами, что, однако, не увеличивает, а уменьшает страх детей. Затем роли меняются, и в кабинете поочередно прячутся взрослые. Больной в «страшной» маске находит их, проявляя при этом больше интереса и игрового азарта, чем скованности и страха. Этот прием устранения страхов обычно не требует обратной перемены ролей при условии выраженного эмоционального отреагирования страха. Если ребенок по собственному желанию сразу изображает объект своего страха, это указывает на его большую решимость преодолеть этот страх.

Страх темноты, особенно если он носит конкретный характер, является одним из выражений страха изменения «я», осложняющим принятие новых ролей, развитие эмпатии и адекватной социальной отзывчивости. При наличии выраженного страха изменения, обычно коррелирующего с общей тревожностью, показана игровая терапия, направленная на улучшение самого процесса принятия и играния ролей. Подобным коммуникативным тренингом удается устранить страх изменения «я» вне зависимости от конкретной формы его выражения. Тогда описанные выше психотерапевтические приемы устранения страхов могут выступать в качестве его предварительного этапа. На следующем этапе совместно с родителями проигрываются несложные истории, сочиненные больным дома. Здесь главными являются импровизация и изображение не себя, а других, т. е. вхождение в их образ. Само по себе ролевое перевоплощение по ходу инсценировок — желательное, но не обязательное условие игры. Не менее существенны изображение других по принципу «если бы...» и весь эмоциональный настрой игры, ее жизнеутверждающая, созидательная активность. В дальнейшем используются сюжеты некоторых сказок, где происходят волшебные превращения, например: «Красная Шапочка», «Сказка о потерянном времени», сказка о «Василисе Премудрой», которая умеет оборачиваться в птиц и творить чудеса, делая человека необыкновенно сильным, сказка о «Царевне-лягушке», которой также все покорно в области чудесных превращений. Разыгрывание этих сказок ребенком, врачом и родителем уменьшает страх изменения «я» при постепенном усложнении сюжетов, импровизации и чередовании ролей, т. е. изменения игры, придания ей каждый раз элементов новизны. На последних занятиях моделируется общение в экстремальных жизненных ситуациях. Ребенок при этом изображает себя как уверенного в своих силах и возможностях, в то время как врач и родители подкрепляют это изображением других. В итоге достигается ролевая гибкость поведения, подразумевающая безболезненное и полностью контролируемое вхождение в тот или иной образ, проигрывание его при условиях сохранения цельности «я» и уверенности в себе, т. е. без страха изменения «я».

Участие родителей в игровой терапии и перестройка их отношений закрепляют полученные результаты. Если же речь идет о необходимости дальнейшего изменения отношений больного и его неблагоприятно сложившихся черт характера, то показана ролевая коррекция поведения. В своей элементарной форме она состоит из трех игровых этапов, осуществляемых на одном или нескольких сеансах. На первом этапе больному назначаются роли, отображающие неблагоприятные черты его характера. Дается их краткая характеристика, например плаксивый ежик, капризный мишка, боязливый зайчик и т. д. Врач изображает персонажей с противоположными, положительными чертами характера, показывая тем самым модель приемлемого поведения. На вторым этапе роли меняются. Больной показывает желательную модель поведения, в то время как врач контрастно отражает особенности его поведения. На третьем этапе они оба воспроизводят адекватную модель игрового взаимодействия.

Описываемая игровая методика применима не только к младшим школьникам и старшим дошкольникам, но и к детям 2,5—4 лет, у которых практически невозможны другие методики психотерапии. В последнем случае не требуется вхождения в игровой образ, а используется выраженная в этом возрасте тенденция к подражанию, т. е. больший акцент делается на процессе обучения посредством имитации и внушения.

Ролевую коррекцию поведения можно проиллюстрировать на примере девочки 5,5 лет с невротическим заиканием. Будучи активной, энергичной и самостоятельной, она находилась в условиях чрезмерной опеки, излишне строгого, принципиального отношения родителей и полностью разрешающего отношения двух бабушек. Поэтому она становилась все более упрямой и в то же время эмоционально неустойчивой и капризной. К этому следует добавить частые наказания со стороны отца-педагога за проявление упрямства и своеволия у дочери. Ее младший брат сосредоточивал на себе все внимание родителей, что вызывало у нее чувство обиды и обращенные к родителям навязчивые вопросы: «Вы меня любите?» Эти вопросы указывали на появление сомнений в искренности родительских чувств и связанное с этим чувство беспокойства. Психическое состояние девочки улучшилось после того, как родители, по советы врача, стали дома поочередно играть с ней, позволяя выразить в игре фантазии, обиды и раздражения, в том числе и в отношении к ним. На приеме девочка, подготовившись дома, рассказывала содержание сказки и сама распределяла роли. В дальнейшем темы для игры выбирали поочередно девочка, родители и врач. Игра начиналась в поликлинике и продолжалась дома. В своих инсценировках больная была храбрым зайцем, который нападал на волка, изображаемого поочередно родителями и врачом, и одерживал над ним победу. Так в символической форме были отреагированы недовольство и обида. При перемене ролей волк был миролюбивым. Дальнейшее улучшение в состоянии больной, включая ее речь, произошло после использования регрессивной игровой тактики. Родителям было рекомендовано относиться к дочери, как к маленькому ребенку, подобно годовалому брату сажать ее на колени, качать, петь песни, дать возможность пользоваться рожком, соской и т. д. Девочка с восторгом приняла смягчение отношения родителей, компенсирующее недостаток душевной отзывчивости и тепла с их стороны. Кроме того, она таким образом уравнивалась в правах с братом, что устраняло ее обиду на родителей.

Через некоторое время девочка и ее родители стали лучше осознавать крайности своих отношений, что способствовало их перестройке и сделало ненужным продолжение регрессивной игровой тактики.

Конфликт между сибсами, начиная с 5—6 лет, может быть устранен не только изменением отношений родителей, но и их проигрыванием совместно с врачом. Детям рекомендуется запоминать или записывать возникающие между ними конфликтные ситуации, с тем чтобы вместе обсудить и проиграть на приеме. При ревности к одному из родителей он изображается поочередно каждым из участников конфликта, а врач представляет отсутствующего родителя. Сбалансированного отношения между сибсами удается достичь и посредством проигрывания сказочных сюжетов, где драматизированы отношения между персонажами.

Приведем еще ряд примеров ролевой коррекции поведения. В первом случае речь шла о мальчике 3 лет с невротическим заиканием, возникшим в результате перенапряжения возможностей развития (раннее интенсивное обучение) и блокирования эмоционального самовыражения (гиперопека в сочетании с излишне строгим и морализующим отношением родителей и двух бабушек). Потребность в эмоциональной разрядке у стеничного по природе мальчика была настолько велика, что временами он сам непроизвольно создавал поводы для плача, после чего заметно успокаивался, т. е. плач являлся средством разрядки эмоций. Мальчик осознавал затруднения в речи и переживал их. После корригирующих бесед с родителями было проведено несколько игровых сеансов. На первом сеансе врач был слоненком, который, минуя все препятствия, пробирался в Африку к доктору Айболиту, изображаемому больным, как и врачом, соответствующей игрушкой. Представ перед Айболитом, слоненок, заикаясь, сказал, что ему мешает говорить заноза во рту и если она будет удалена, то он сможет говорить легко и чисто (косвенное внушение со стороны врача). Айболит согласился с этим и удалил занозу — маленькую палочку, которую слоненок (врач) держал во рту. Слоненок поблагодарил доктора и, сказав (с внушающим акцентам), что теперь ему ничто не мешает говорить, продемонстрировал свою чистую речь, постоянно восклицая, какой сильный доктор Айболит, он все может. Айболит воспринял все это очень эмоционально и стал, радостно жестикулируя, кричать вместе со слоненком, что ему теперь ничто не мешает говорить, слова идут сами, легко и свободно. После приема мальчик торжественно выбросил «занозу» в мусорное ведро. Его речь значительно улучшилась,

но, как это часто бывает при невротическом заикании, он стал более возбудимым, капризным, упрямым и агрессивным, поскольку заикание как психомоторная форма разрядки в какой-то мере предотвращало эти реакции. По совету врача родители не стали противиться шумным играм мальчика, в которых он хотя и перевозбуждался, но активно выражал свои чувства и настроение. После уменьшения возбудимости заострилось беспокойство, т. е. обнажился базальный уровень невротического реагирования. На очередном сеансе врач вместе с больным ползал по игровой комнате, имитируя опасность и ее активное преодоление с громогласными утверждениями: «Нам не страшен серый волк, прогоним все плохое». После игры мальчик стал заметно спокойнее. В последующих игровых сеансах он, как и раньше, выступал в роли всемогущего доктора Айболита, который успешно лечил всякие болезни у зверят, представляемых врачом. Звери постоянно подчеркивали чистую речь «доктора» и его уверенность, как пример для них (суггестивное закрепление достигнутых результатов у мальчика). В приведенном случае мы видим успешное сочетание игры с косвенным внушением врача и перестройкой отношений родителей.

Во втором случае мы наблюдали девочку 4 лет с невротическими тиками, возникшими несколько месяцев назад на юге во время летнего отдыха. Девочка с трудом перенесла перемену обстановки и не ела так, как хотели родители, несмотря на насильное кормление с их стороны. Еще на юге она стала капризной и раздражительной, на что родители отреагировали резким усилением строгости и наказаниями. В ответ на это девочка стала плаксивой, и вскоре у нее появились разнообразные чередующиеся тики. Основным было «зевание» — непроизвольное открывание рта, которое напоминало гримасу отвращения. Так девочка бессознательно выражала протест против насильного кормления. По мере нарастания тиков у нее уменьшилась эмоциональная напряженность. Это говорит о том, что тики как психомоторная форма разрядки выполняют в некотором роде защитную функцию для организма. Одновременно они указывают на конституциональную дефицитарность психомоторной сферы (у отца девочки глазной тик). На первом приеме больная с трудом входила в контакт с врачом, оставаясь эмоционально напряженной и скованной. Она предпочитала разрушать сделанные ею же постройки, эмоционально бурно реагируя при этом. На втором приеме заявила, что хочет накормить всех зверюшек, но, в отличие от матери, при осуществлении этого была терпеливой, никого не уговаривала и не принуждала. Полностью вошла в контакт с врачом. На третьем приеме попросила мать выйти из кабинета и стала играть с врачом «в гости». Пригласив его к себе, стала угощать, но без уговоров и давления. Затем она стала звонить врачу по игрушечному телефону. При этом врач выступал от имени ежика (просунув руку в тряпичную куклу), а девочка — от имени различных зверюшек, которых она, как и врач, поочередно держала в руках. Ежику сообщалось, что зверюшки все делают быстро, едят без уговоров, слушаются родителей и не дергаются. Ежик все это внимательно выслушивал, радовался вместе с девочкой и хвалил ее, сообщая новость всем сидящим рядом куклам. Мотивом таких заверений были положительный эмоциональный контакт с врачом и его авторитет в глазах девочки. Она дорожила этим и старалась понравиться врачу, оправдывая его ожидания в отношении изменения своего поведения. В следующий раз к игре была подключена мать, которую дочь, поменявшись с ней ролями, кормила без уговоров и, главное, хвалила ее. Вместе с перестройкой отношений родителей состояние девочки постепенно пришло в норму.

В третьем случае стеничная и внешне похожая на отца девочка 6 лет из неполной семьи конфликтовала с гиперсоциализированной и истеричной матерью, испытывавшей много собственных проблем и живущей в своем, закрытом от дочери, внутреннем мире. Мать пунктуально заставляла дочь учить стихи, два раза в день чистить зубы, делать зарядку, делала ей бесчисленные замечания, постоянно одергивая и физически жестоко наказывая при непослушании. В первые годы жизни девочки мать воевала с ней из-за плохого, с ее точки зрения, аппетита и нежелания спать днем. В результате дочь, будучи упрямой и негативной к матери, постоянно «закатывала» истерики и неоднократно обмачивалась в течение дня. На первом сеансе мать и дочь долго не могли наладить контакт в игре, в то время как при участии в ней врача девочка была полностью контактной и некапризной. Она выбрала роль зайчика, назначила на роль волка врача и сделала мать лисой, что вполне соответствовало ее льстиво-вкрадчивому голосу. Волк и лиса гонялись за зайцем и не могли его поймать, т. е. дочь хотела, чтобы мать не настигла ее хотя бы в игре. Затем девочка превратила себя в медведя, а мать в косулю, которую медведь сразу же загрыз. Так в символической форме она выразила ответную агрессию к матери. Далее дочь стала охотником, а мать снова сделала лисой. Агрессивного волка (врача) охотник сразу подстрелил, лиса же спряталась и, когда охотник сел отдохнуть, незаметно подкралась сзади и пыталась схватить ружье, но была сразу же застрелена. Подобным действием девочка как бы устраняла

травмирующий образ «не матери», как символ неискренности, обмана и коварства. После этого драматического эпизода она захотела поиграть с матерью сама. Врач вышел из кабинета. Игра происходила без ссор. Поведение девочки отличалось мягкостью и уступчивостью. В последующие дни мать отметила, что дочь была как никогда спокойной, без капризов, истерик и упрямства. Прекратилось дневное недержание мочи, девочка стала более внимательной и критичной к себе. На следующем приеме мать впервые опустилась на коврик и стала играть с дочерью «лицом к лицу». Пришедшего врача девочка сделала папой, а себя мамой. Дочерью она обозначила куклу, сказав про нее, что она не только капризничает, писается, но и какается. Отстранив таким образом от себя все плохое, девочка в роли матери и врач в роли реабилитированного отца начали воспитывать дочь. «Мать» доминировала в игре, ставила «дочь» в угол, шлепала, читала нравоучения и утверждала, что она ни на что не способна, что она плохая, грязная, никого не любит и т. д. Мать не принимала непосредственного участия в игре, но видела и слышала, как дочь, увлекшись игрой, изображала ее отношение. Наконец, «неисправимую дочь» девочка в роли матери повела в больницу, где их принял доктор — мать девочки. Доктор дал советы по воспитанию и выписал различные лекарства. В отличие от поведения дома мать в роли доктора давала уже более адекватные советы, в том числе предлагала играть с дочерью. Затем снова мать и дочь дружно играли вместе без врача. Между приемами девочка была спокойной. Мать и дочь стали лучше понимать друг друга и дорожить этим. На третьем приеме через неделю девочка опять выступала в роли матери, а мать в роли дочери. В отличие от предыдущей игры в их взаимодействии были большая гибкость и спонтанность. У девочки по-прежнему не было случаев недержания мочи. В последующем она хорошо адаптировалась в школе.

Следует сказать и о мальчике 5 лет из неполной семьи, имеющем чрезмерно его опекающую авторитарную бабушку и эмоционально-неустойчивую мать с истерическими чертами характера. Мать практически не занималась сыном, отдавая все время работе. В то же время она была подчеркнуто строгой и принципиальной и не допускала его встреч с отцом. Неудовлетворенная потребность соответствующей по полу идентификации оборачивалась страхами, капризами, упрямством и одновременно тревожной зависимостью от матери, протестом против посещения детского сада. При первом визите мать и ребенок были оставлены в игровой комнате с предложением начать игру. Возвратившись, врач увидел, что мать вместо игры с ребенком читала ему нравоучения. В ее присутствии врач начал игру с мальчиком, косвенно отражая поведением персонажей его проблемы общения в детском саду. Мать по совету врача незаметно вышла, чтобы не сковывать игровую инициативу сына. После совместной игры врач предложил мальчику поиграть в кегли и вышел к матери, чтобы прокомментировать игру. При втором визите через 10 дней мать отметила отсутствие плача и капризов при посещении детского сада. Как и в первый раз, она не смогла играть с сыном. Он же по собственной инициативе изобразил различные проблемные ситуации в детском саду, сказав, что это относится не к нему, а к другому мальчику. По секрету признался врачу, что он солдат, т. е. утвердил себя в соответствующей полу роли. При третьем визите через 10 дней рассказал придуманное им стихотворение: «Небо синее, море сильное, папа сильный, мама красивая». На рисунке «семья» включил отца в состав семьи. В детский сад ходил с желанием. Прекратились конфликты с ребятами, стал участвовать в игре, а не стоять, как раньше, в стороне. Дома после просмотра телефильма на военную тему впервые все воспроизвел в лицах. Готовился с нетерпением к празднику в детском саду, сам сделал костюм «Чиполлино». По этому поводу возник конфликт с матерью, которой не понравился выбор сына. Было решено проигрывать возникающие конфликты с матерью на приеме, после чего они полностью прекратились дома, так как мать стала сдерживать себя. На приеме врач и мальчик без матери воспроизводили сцены различных сражений. Они прятались за стулья, кидая друг в друга «гранаты» и считая число попаданий. Затем проводился поединок на «саблях». Заметим, что подобные игры, в которые часто играют здоровые дети, естественным образом предотвращают страх прикосновения и изменения «я» и могут быть с успехом использованы в психотерапевтической практике. На этом же приеме в коридоре поликлиники проводилась игра в прятки. Вначале прятался мальчик, а врач и мать искали его, затем наоборот. Отмечались с похвалой ловкость и сообразительность мальчика, его выдержка и терпение. В качестве награды были вручены спортивные значки. При четвертом визите через 10 дней состояние мальчика было полностью нормализовано. Прекратились конфликты с матерью, которая перестала препятствовать игре сына. Ведущей деятельностью на приеме была экскурсия по поликлинике с посещением кабинетов врачей, которые одобрительно отзывались о мальчике. После приема мать впервые повезла сына в городок аттракционов. На этом примере видно, как своевременное удовлетворение возрастной потребности

мальчика в ролевой игре и соответствующей полу потребности в идентификации помогает ему чувствовать себя более уверенным и способным к общению со сверстниками.

Как видно из примеров, главное в игровой терапии — отреагирование эмоционального напряжения и ролевое моделирование разнообразных путей решения проблем общения в совместном с врачом и родителями творческом поиске, сущностью которого являются раскрытие неиспользованных возможностей развития, укрепление единства «я», чувства собственного достоинства и веры в себя как человека. Мы привели лишь сравнительно простые случаи игровой терапии как составной части психотерапевтического процесса. Важно подчеркнуть, что нет двух одинаковых игровых сеансов, как и двух одинаковых больных, и что игровые решения проблемных ситуаций основаны в большей мере на творческой импровизации врача, чем на подгонке больного под заранее составленный и не допускающий исключений сценарий. Важно и то, что используемая по показаниям игровая терапия предотвращает излишне частое применение психофармакологических средств.

Игровая терапия (инсценировки) наиболее успешна в возрасте 4—7 лет, когда происходит интенсивный процесс ролевого развития личности. Целесообразно ее использование и в более младшем (подвижные, предметные игры) и старшем возрасте (драматизация). У подростков игра проводится без кукол и игрушечного реквизита, в той или иной воображаемой обстановке. В совместных с врачом проигрываниях существенным является обучение подростка принятию адекватных решений в стрессовых ситуациях общения, т. е. коммуникативный тренинг. Для этого исключительное значение имеет образ действий врача и его авторитет в глазах подростка. Большее значение по сравнению с другим возрастом придается организации обсуждений и дискуссий. Помогают драматизациям сделанные подростком маски людей с различными чертами характера и диалоги в масках с врачом. В целом ролевая психотерапия у подростков более успешна в группе, отражающей их возрастную потребность в общении.

Глава 6. ВНУШЕНИЕ И ГИПНОЗ

Внушение наяву

Внушение наяву является традиционным средством воздействия при неврозах и составной частью любой методики психотерапии. Внушающим действием в ситуации лечения могут обладать не только слова врача, но и его взгляд, манера поведения, обстановка, в которой проходит прием, и мн. др. Поэтому выделить внушение в чистом виде можно только условно. От других видов словесного воздействия внушение отличается сочетанием направленности, директивности, необычности, экспрессивности, динамичности, информативности и убедительности. Направленность — конкретный характер внушения, его цель. Директивность — безоговорочность внушения, его категоричность и обязательность, выраженные в форме повелительного наклонения. Директивность подразумевает отсутствие обратной вербальной связи, т. е. монолог врача, а не диалог с больным. Необычность — специфика проведения внушения, отличающая его от других видов лечебного воздействия, в ряде случаев — его неожиданность и новизна. Экспрессивность — выразительность речи. Динамичность — энергетическая характеристика внушения, его темп. Сила звука обычно нарастает в середине или конце терапевтической части внушения, приковывая в максимальной мере внимание внушаемого. Близко к этому примыкают ритм внушения, расстановка в нем эмоциональных и смысловых акцентов, динамичное чередование слов и пауз и в более широком аспекте — композиционная стройность внушения. Информативность — оптимальная мотивационно-смысловая насыщенность при минимальной длительности. Убедительность — обоснование содержащейся в нем информации уверенной манерой поведения врача, особым тембром его голоса, доверительным или подчеркнуто-формальным обращением с больным, умелым использованием, наряду с другими средствами, взгляда и жеста.

Кроме императивного, безусловного и лаконичного по своему характеру внушения, выделяется мотивированное внушение, при котором дается больший объем информации с меньшей интенсивностью и добавлением элементов убеждения и разъяснения, что обеспечивает необходимую индивидуализацию и гибкость.

При одних и тех же невротических симптомах внушение может быть как высокоэффективным,

так и безрезультатным. Это объясняется опосредованностью его эффекта различными факторами социально-психологического, личностного и клинического порядка. Многое зависит от искусства и опыта врача, который нередко интуитивно находит показания для использования внушения. Как правило, каждый врач путем проб и ошибок устанавливает тот клинический диапазон суггестивных возможностей, в котором он как специалист чувствует себя уверенно. Определяющим фактором является вера самого врача в действенность внушения, поскольку скептическое отношение может подорвать его успешность.

Внушение применяется при наличии выраженных установок на лечение. Искусство врача при суггестивной терапии заключается не только в установлении доверительного контакта с больным, но и в сохранении с ним некоторой эмоциональной дистанции. Отдаление врача от больного может повысить эффективность внушения, но только до определенного предела, когда появляются излишнее напряжение и страх, препятствующие его усвоению, в то же время дружеские отношения с врачом могут снизить его престиж в глазах больного, необычность атмосферы внушения и его терапевтические результаты.

Внушение направлено на изменение тех симптомов, которые беспокоят больного, т. е. осознаются им, воспринимаются как привходящие, чуждые, навязанные. Эмоционально воздействуя на психику, внушение через формируемую им терапевтическую доминанту активирует защитные, здоровые силы организма, мобилизует резервы саморегуляции, повышает биотонус. Всем этим обеспечивается эффективность применения внушения. Здесь главное — эффект «сдвига» или «толчка», т. е. изменение патологических условно-рефлекторных ритмов деятельности мозга, нередко приобретающих застойный и стереотипный характер. Поэтому действенность внушения во многом обусловлена эффектом первой встречи с врачом, когда он оказывает на больного наибольшее влияние в плане эмоционального запечатления, когда волнующая атмосфера ожидания встречи разрешается оправданием надежд в отношении перспективы выздоровления. В этом случае даже небольшое улучшение в состоянии или не выявляемое внешне изменение самосознания больного подкрепляют его восприятие себя как способного подвергаться лечебным изменениям и быть собой, т. е. здоровым. Суггестивное развитие активизирующей жизненной концепции «я могу, я поправлюсь» успешно, если врач реально прогнозирует возможности больного, заинтересовывает его происходящими изменениями, если внушения этически приемлемы и не заменяют, а развивают потенциально здоровые функциональные структуры его «я», если они имеют не абстрактный, а конкретный, обращенный к личности характер. Так, при навязчивых тиках внушается: «Ты перестаешь обращать внимание на лишние движения и они уходят из тебя», а не: «Тики уменьшаются и проходят».

В своей сущности внушение одномоментно, т. е. оно действует сразу или не действует вообще. Механизм действия суггестивной терапии состоит в частичной или полной замене патологической доминанты лечебной, активирующей функционирование здоровых нейродинамических систем организма. Все последующие внушения направлены на подкрепление и усиление достигаемых лечебных изменений.

Надежность эффекта внушения в немалой степени зависит от степени его интериоризации — включения в систему ценностных ориентации индивида. В противном случае — отторгается подобно инородному телу. Немалая роль в усилении действия внушения принадлежит родителям. Благоприятная ситуация возникает в том случае, если они согласны с содержанием внушений, верят в их эффективность, соответствующим образом поощряют активность ребенка и избегают применения дома «воспитательных» контрвнушений типа «ты никогда и ничего не можешь сделать так, как нужно». Нежелательно резкое усиление требований со стороны родителей по реализации внушения, что превышает возможности ребенка, вызывает протест и ведет к ухудшению, а не улучшению состояния. Нейтрализовать действие внушения может и тревожное ожидание родителями его результатов, выражение недоверия к позитивным изменениям в самочувствии и поведении ребенка. Поэтому предварительное разъяснение им механизма действия внушения как наиболее целесообразного в данном случае психологического средства лечения не менее важно, чем проведение его самому ребенку.

Основная задача внушения состоит в изменении и устранении невротических реакций, возникающих под влиянием сверхсильных психогенных раздражителей. К ним относятся недлительно протекающие реакции страха, невротическое заикание, мутизм, афония, амавроз и другие зафиксированные функциональные расстройства тех или иных анализаторов. Внушение наяву показано также при невротических реакциях, возникающих по условно-рефлекторному механизму, например при навязчивых страхах, тиках, заикании, нарушениях сна, психосоматических нарушениях типа

бронхиальной астмы, симптомах истерического круга, мастурбации. Успешно его применение при невротическом энурезе и энкопрезе.

За редкими исключениями внушение неэффективно при невротических развитиях, диффузном чувстве беспокойства, невротических депрессиях, истерических рентных установках, сосании языка и пальцев, грызении ногтей. Внушение не устраняет нарушенные отношения больных и внутренний конфликт, но может быть полезным в плане коррекции некоторых черт характера и создания большей уверенности в себе. Внушение не действует, если ребенок не понимает его смысла, и оказывает слабое действие при низкой побудительной активности, выраженной возбудимости или заторможенности, при сопутствующей неврозу резидуальной церебрально-органической недостаточности и астении вследствие чрезмерных перегрузок. Во всех этих случаях низкая концентрация внимания и ослабленный тонус препятствуют фиксации внушения и мобилизации ресурсов организма. Поэтому оно становится целесообразным после уменьшения остроты аффективных расстройств, укрепления соответствующих систем организма и снятия перегрузок. Иначе суггестивная терапия превращается в борьбу с ветряными мельницами, дискредитируя себя в представлении больного и врача.

Известная осторожность необходима при использовании императивных и сложных внушений у детей со слабым типом нервной системы, сниженной реактивностью, невропатией, соматически ослабленных и в то же время обладающих повышенным чувством ответственности. В этих случаях оно может оказаться сверхсильным раздражителем и вместе с требованиями, лежащими в его основе, привести не к ослаблению, а к временному усилению таких психомоторных нарушений, как тик, заикание, энурез.

Полный эффект от внушения чаще отмечается в дошкольном возрасте, частичный — в подростковом. При продолжительности заболевания 3 года и больше внушение в целом менее эффективно, чем при длительности заболевания до 3 лет. Вне зависимости от этого внушение у мальчиков достоверно чаще приводит к положительному (в той или иной степени) эффекту, чем у девочек. Это связано не с внушаемостью, которая практически одинакова, а с более выраженным деструктивным характером расстройств у девочек.

В процессе психотерапии не меньшее значение, чем само внушение, имеет внушаемость больного. Более того, внушение существует лишь постольку, поскольку есть внушаемость. Последняя как индивидуальная восприимчивость к внушениям может зависеть не только от личности врача, его действительных качеств, но и от того, каким он представляется больному. Если эти представления соответствуют его ожиданиям, то внушаемость может быть более высокой и наоборот. Ее обычный уровень свидетельствует не о слабости, а о гибкости, пластичности психических процессов, в то время как низкий уровень внушаемости может указывать на их ригидность. В большинстве случаев низкая внушаемость является следствием отрицательного отношения к врачу и лечению. Она несколько повышается при первых встречах с врачом и затем снижается за счет возрастания активности самих больных и улучшения их состояния. Для успеха психотерапии важно вовремя использовать пик лечебной внушаемости.

В 1979 г. нами был проведен эксперимент по изучению внушаемости у детей и подростков 3—16 лет без нервно-психических нарушений. Первоначально в нем участвовало 1212 испытуемых, но после отсева испытуемых, квалифицируемых воспитателями и учителями как нервные, в экспериментальной выборке остались 998 испытуемых, из них 465 мальчиков и 533 девочки. Процедура исследования заключалась в проведении стандартизированного индивидуального интервью, в ходе которого выяснялись преимущественная ориентация на самооценку, оценку другими (сверстниками и взрослыми) или смешанную оценку, а также желание стать старше или младше либо расти как есть. Дополнительно учителя оценивали успеваемость и адаптированность учащихся в коллективе, а воспитатели отмечали упрямство у дошкольников. Затем проводились пробы на внушаемость в области органов чувств: обоняния (внушение несуществующего запаха лекарства), осязания (внушение чувства тепла на одном участке тела после прикосновения к коже в другом месте и внушение того, что одна из пробирок более теплая), слуха (внушение несуществующего звука, идущего из «специального прибора»). Экспериментатор был для испытуемых незнакомым лицом. Внушающим значением обладала главным образом сама информация, содержащаяся в словесной инструкции, а не искусственно создаваемая тональность речи. Испытуемым предоставлялась возможность выбора решения. Например, инструкция в одной из проб заканчивалась так: «...если ты почувствуешь запах лекарства в одной из пробирок, то скажешь, что есть запах, если ты не будешь чувствовать запаха лекарства, то скажешь, что нет запаха». Таким образом, внушение не носило императивного характера, а было приближено к естественным

условиям взаимодействия взрослых с детьми и подростками. Исследование завершалось у школьников заполнением опросника, анализ которого позволял уточнить такие стороны личности испытуемых, как воображение, категоричность суждений, тревожный, «магический» и депримированный настрой.

Анализ результатов эксперимента показывает, что внушаемость как личностно детерминированный процесс безусловного принятия задаваемой извне информации в том или ином виде присуща большинству обследованных детей. Наряду с отсутствием связи между внушаемостью и нервностью, тревожностью, страхами и депримированным настроением это указывает на ее естественный, физиологический, а не патологический характер.

Отсутствие различий во внушаемости у мальчиков и девочек подчеркивает ее универсальный характер, как одной из форм адаптивного личностного взаимодействия с окружающей социальной средой.

Больше всего внушаемых выявлено в 8—10 лет (пик в 10 лет). Это обусловлено переломным этапом в развитии самосознания, когда, по данным проведенного нами опроса, в 8—10 лет большее значение начинает приобретать сочетание собственного мнения с мнением других о себе, чем, как это было раньше, каждого из этих мнений в отдельности. Поскольку человек как личность не может значить для себя без значимости его для других, то это увеличивает его восприимчивость к согласованным оценкам во взаимодействии с другими (в том числе экспериментатором), одним из выражений которой и является внушаемость. После 10 лет внушаемость имеет тенденцию к постепенному уменьшению в результате появления все большей критичности и самоконтроля, т. е. личностно детерминированного процесса условного принятия задаваемой извне информации.

Внушаемость у мальчиков в большей степени, чем у девочек, воспроизводит потребность признания себя среди других с целью достижения личностно приемлемого социального статуса. У девочек большое значение имеет ее эмоционально-личностный аспект. У них «магическая» настроенность (вера в необычные, сверхъестественные явления) существенным образом ($p<0,05$) влияет на внушаемость.

У мальчиков и у девочек чувствительность к внушающему воздействию в области слухового анализатора достоверно ниже ($p<0,001$), чем в области обоняния и осязания.

Внушаемость у дошкольников достоверно уменьшается ($p<0,001$) при упрямстве — ригидной ориентации на свою точку зрения. Она не зависит от уровня школьной успеваемости, степени социально-психологической адаптации, выраженности воображения и категоричности высказываний.

Внушаемость при неврозах изучена у 132 детей и подростков. Усредненная по всем пробам внушаемость при неврозах в 8—9 лет отмечена в 66% случаев, в норме — 70%. В 11 — 12 лет она несколько выше (72%), чем в норме (57%). По такой часто употребляемой пробе, как внушение несуществующего запаха, различия отсутствуют полностью. В области осязания и слуха внушаемость несколько выше при неврозах, чем в норме, особенно в 11 — 12 лет. Таким образом, доказано, что внушаемость при неврозах или не отличается от нормы, или незначительно выше ее.

Внушаемость различается при разных клинических формах невроза. Наименее она выражена при истерическом неврозе вследствие эгоцентрической фиксации. В большей степени внушаемость проявляется при неврастении и достоверно выше по сравнению с истерическим неврозом при неврозе навязчивых состояний и неврозе страха.

Кроме перечисленных проб, мы используем и ряд других. Так, у школьников для определения внушаемости применяется процедура неврологического обследования. В позе Ромберга больному указывается, что его потянет вперед. Происходящий при этом непроизвольный наклон говорит о внушаемости. Данная проба наиболее выражена при неврозе страха (82%) и обсессивном неврозе (75%), менее — при неврастении (51%) и при истерическом неврозе (42%). Игровая методика «кегли» также применяется для определения внушаемости в плане восприятия больным эмоций врача, его движений, специальных промахов и общего темпа игры. В этом случае уровень эмоциональной вовлекаемости (заражаемости эмоциями) выше при неврастении, ниже при истерическом неврозе, неврозе страха и особенно при обсессивном неврозе. В игре «кегли» отчетливо выявляется такая характеристика, как ригидность, определяемая по предпочтению однажды выбранного расположения кеглей, несмотря на различные и более целесообразные варианты их расстановки врачом. В наибольшей степени ригидность проявляется при неврозе страха, что еще раз подчеркивает выраженный при этом неврозе страх изменения «я» как отражения страха всего нового и неизвестного, включая процедуру эксперимента.

Различные стороны внушаемости суммируются в баллах в шкале внушаемости. Ее полная оценка становится возможной только после изучения анамнеза жизни, данных опроса родителей, поведения

ребенка на приеме и приведенных выше проб. Вместе с тем мы видим, что внушаемость существенным образом зависит от характера используемых для ее определения проб.

Техника проведения внушения и его разновидности описаны нами ранее (Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н., 1977). Кроме прямого, применяется косвенное внушение, которое не осознается больным и вследствие этого не встречает противодействия. Его сущность заключается в создании суггестивной установки на возникновение лечебного эффекта в связи с приемом тех или иных лекарств или процедур. С целью подкрепления этой установки посредством самовнушения детализируется прием как общеукрепляющих и успокаивающих средств, так и процедур (прогулки, ванны, физиотерапия), подчеркивается важность этого для успеха лечения в целом. Косвенное внушение успешно прежде всего у больных с тревожно-мнительными чертами характера и повышенным чувством ответственности. Обычно это дети с неврозом навязчивых состояний. Им предписывается пунктуальный режим дня, определенное время вставания, зарядки, приема пищи, выхода из дома, приготовления уроков, приема лекарств, отдыха, отхода ко сну и т. д. Психотерапевтический эффект в данном случае основан на ритуальном предписании образа действий, что создает у больного чувство определенности, отвлекает от навязчивых действий и замещает ритуалы, мотивированные чувством страха.

Косвенным внушающим значением обладают определенное время визита, запрет других видов лечения, «обязывание» пациента типа «Когда ты придешь через месяц, то скажешь мне...», употребление врачом таких оборотов, как «Расскажи, как ты чувствуешь себя теперь», «Скажи, в чем тебе стало лучше», «Я запишу все, что ты скажешь» и т. д.

Частота сеансов внушения варьируется в зависимости от возраста и клинических особенностей. Чем меньше возраст и тяжелее состояние, тем чаще проводятся внушения. Для их реализации требуется определенное время, поэтому слишком частое применение может привести к появлению суггестивного «блока», когда психика пациента не в состоянии усвоить и переработать объем требований, лежащих в основе внушения. Тогда оно превращается в свою противоположность. Редкое использование внушения исключает подкрепление и нейтрализует его действие. Существенную роль приобретает определение оптимального интервала времени между первым и вторым сеансом внушения. Наблюдения показывают, что для школьников старше 10 лет предельный интервал составляет одну неделю, для детей 6—10 лет — 4—5 дней, а для детей 3—6 лет — 2—3 дня. Вопрос о частоте следующих сеансов решается в зависимости от динамики терапевтических изменений. Оптимальна такая частота внушений, при которой больной приходит каждый раз с улучшением.

Продолжительность курса суггестивной терапии относительно невелика, как правило, не больше нескольких недель. В этот срок в основном исчерпываются ее возможности. Среднее число внушений при неврастении составляет 2,6, при обсессивном неврозе — 2,5, при истерическом неврозе — 3,1. Но даже это небольшое число внушений исключает применение одинаковой формулы. Внушение всегда носит поэтапный и постепенно усложняющийся характер. После выполнения стоящих перед ним задач или при снижении интенсивности лечебных изменений необходимо своевременно перейти к другим методикам психотерапии, преимущественно игрового и разъясняющего плана и гипнотерапии.

Гипнотерапия

Гипноз издавна находит свое применение при лечении неврозов. По И. П. Павлову (1951), гипноз как переходное состояние от сна к бодрствованию представляет собой искусственно вызванное защитное торможение. Н. А. Аладжалова, В. Е. Рожнов, С. Л. Каменецкий (1976) видят в этом торможении особую форму переработки информации, отличную от сна и бодрствования.

Гипнотерапия с практической точки зрения, осуществима у детей после 4 лет. В более раннем возрасте не всегда удается получить гипнотическое состояние, и требуется длительная психологическая подготовка больного. Это не исключает отдельных благоприятных результатов использования гипнотерапии в более раннем возрасте, особенно при переходных состояниях между сном и бодрствованием в часы естественного для ребенка дневного сна. Во всех случаях необходимы определенная концентрация внимания на содержании гипнотических внушений и понимание их смысла. У детей младшего возраста сеанс проводится в присутствии матери, которая «убаюкивает» ребенка, в то время как врач соответственно ее тону произносит понятные для ребенка слова внушения. На эффективность гипнотерапии влияют многие факторы. Кроме профессиональных знаний, имеют значение особенности личности врача. Речь идет не о «магическом» влиянии, существующем только в

представлении пациента, и даже не о более выраженном биополе у некоторых гипнотерапевтов. Главными являются вера самого врача в возможности гипнотерапии, профессиональное умение и соответствие его поведения образу, созданному воображением больного, его надежде и вере в излечение. Оставаясь в пределах «условной реальности», гипнотерапевт не должен чрезмерно развивать или устранять эти представления, так как они являются необходимой предпосылкой успешности лечения.

Недоверие и отрицательное отношение к гипнозу нередко говорит о паранойяльных и тревожно-мнительных чертах характера самого больного, его родителей и некоторых специалистов. Иногда родители требуют использования только гипнотерапии, которая ожидается как «чудо», способное мгновенно вылечить ребенка и изменить его характер в угодную для них сторону. Нередко за подобным отношением скрываются стремление избежать ответственности за возникновение заболевания у ребенка, авторитарность или невротическое состояние. Если врач идет навстречу требованиям родителей, то встречает негативное отношение ребенка, для которого гипнотерапия в этом случае является эквивалентом родительского наказания. Родители же считают отсутствие результатов лечения следствием недостаточной квалификации врача, на которого перекладывают ответственность за создавшееся положение и свои нерешенные проблемы. В этих условиях врач оказывается для семьи в роли «козла отпущения». Подобный завышенный уровень притязаний родителей необходимо корригировать заранее, подчеркнув, что гипнотерапия — это прежде всего средство укрепления организма, повышения тонуса и защитных сил, создающее необходимые предпосылки для выздоровления. Не даются обещания вылечить больного к определенному дню и сеансу, так как у него может развиться страх не оправдать ожиданий и требований врача, что само по себе способно нейтрализовать эффект гипнотерапии. Указывается на возможность проведения при необходимости еще нескольких менее продолжительных курсов гипнотерапии, которые позволят не только закрепить достигнутые результаты, но и развить их, использовав возросшие потенции организма. Практика показывает, что родители, которые требуют гипноза для своих детей, часто нуждаются в нем сами, поэтому им оказывается необходимая медикаментозная и психотерапевтическая помощь, включая параллельный курс гипнотерапии.

Некоторые дети и взрослые боятся гипноза, который представляется как нечто способное изменить их личность, трансформировать «я». В более широком плане это говорит о страхе гетеровлияния, принуждения, психологического заражения, имеющего в своей основе невротический страх изменения «я». Отсюда следует и страх глубокого гипноза со сноподобным изменением сознания. Данный страх выражается в боязни заснуть и не проснуться, в чем отражается не только страх смерти, но и страх потерять во сне «я», свою самостоятельность и свободу, т. е. проснуться и быть другим, не таким, каким бы хотелось быть. Как правило, лица, боящиеся гипноза, плохо засыпают вечером, опасаясь кошмарных сновидений, в которых они бессильны перед лицом надвигающейся опасности. Всем этим объясняются иногда встречающиеся трудности вхождения в гипнотическое состояние, но именно благодаря этим трудностям удается уменьшить страх изменения «я», поскольку десенсибилизирующим значением обладает неоднократно воспроизводимый «гипнотический опыт» пациента, выступающий как модель нового, но принципиально обратимого и, главное, лечебного состояния.

Осложняет гипнотерапию беспокойство больного, особенно если оно проявляется страхами отделения от матери, одиночества и темноты. Подобные страхи корригируются до гипнотерапии. Кроме того, сами сеансы, проводимые без матери и в затемненном помещении, выступают в качестве средства, ослабляющего страх. Препятствуют гипнотерапии заторможенность больного, отсутствие веры в себя и пессимизм. Эти нежелательные явления должны быть устранены в процессе предварительной индивидуальной психотерапии. То же относится и к снятию остроты психомоторной возбудимости и гиперактивности, так как в противном случае вынужденное ограничение движений во время сеанса создает напряжение и препятствует усвоению внушения. У подростков возможно сопротивление лечению или пассивность, если гипнотерапия применяется слишком рано, заменяя общение с врачом и обсуждение проблем.

Гипнотерапия неэффективна не только при выраженном страхе гипноза, но и при протопатической тревоге, агрессивности, невротических, и патохарактерологических развитиях. Она противопоказана при наличии истерических проекций и рентных установок, склонности к конфабуляциям и гипнагогическим галлюцинациям.

Успешность гипнотерапии зависит не только от активности больного в процессе лечения,

психофизиологических ресурсов его организма и профессионального опыта врача, но и от выполнения последним ряда предварительных условий, важнейшее из них заключается в том, чтобы применять гипнотерапию только после уменьшения остроты невроза, актуальности невротического конфликта и, насколько это возможно, предварительного укрепления ослабленных сил организма. Поэтому она является заключительным этапом индивидуальной психотерапии. Исключением из данного правила являются острые невротические реакции, возникающие в результате сверхсильных психогенных раздражителей, в том числе психогенный мутизм, невротическое заикание, респираторные тики, выкрики, истерические расстройства в виде амавроза, анестезии, «комка» в горле, парезов и параличей. При этих нарушениях целесообразно как можно более раннее применение шокового внушения в состоянии релаксации или гипноза, что, наряду с другими методиками гипнотерапии, рассмотрено нами ранее (Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н., 1977).

В большинстве случаев гипнотерапия применяется после курса внушения наяву. Если эффект от него отсутствует полностью, то гипнотерапия может дать лишь частичный эффект, так как общим для обеих методик является внушение. Если же внушение наяву оказало «разрыхляющее» действие на невротическую симптоматику, то эффективность последующей гипнотерапии объясняется лучшей фиксацией внушения благодаря снижению в гипнозе критического восприятия больного, а также седативным и общеукрепляющим действием гипнотического состояния. Значительно более высокий эффект, чем от внушения наяву, наблюдается от использования гипнотерапии при астеноневротических состояниях и расстройствах сна. Более успешна гипнотерапия при неврозах с вегетативными нарушениями и психосоматических заболеваниях. При гипнотерапии неврозов, несмотря на отсутствие специальных внушений, нередко облегчается течение некоторых сопутствующих соматических заболеваний и реже возникают простудные заболевания. Все это указывает также на соматотропный спектр действия гипнотерапии, повышающей реактивность организма. Она целесообразна и при некоторых сопутствующих аллергических иммунных нарушениях, когда использование лекарств затруднено из-за идиосинкразических реакций.

Посредством внушения в глубоком гипнозе можно нейтрализовать травмирующее содержание некоторых кошмарных сновидений. Вначале внушается индифферентная, а затем эмоционально положительная тематика сновидений. Достигнутая модель желаемого поведения закрепляется в процессе последующих игровых занятий.

В глубоком гипнозе создаются необходимые предпосылки для устранения фобий, которые трудно воспроизвести в игре или рисунках. К ним относятся навязчивые страхи ожидания, несчастья, заболевания, смерти и т. д. В серии сеансов больному внушается образ уверенного в себе человека. Полезно дополнительное внушение ночных сновидений, где больной видит себя свободным от страхов. Реализация этих сновидений является благоприятным прогностическим признаком. Окончательное устранение страхов достигается при последующих обсуждениях с больным и перестройке его отношений.

Гипноз создает благоприятные условия для тренировки на определенном этапе лечения некоторых функциональных систем организма, например для выработки условного рефлекса на чистую речь, произвольной регуляции дыхания при приступах бронхиальной астмы и т. д. Посредством гипнотерапии устраняется условно-рефлекторное действие патологических доминант, нормализуется сон, уменьшаются проявления церебральной астении и улучшается вегетативная регуляция организма.

Общесоматический и нейровегетативный спектр действия гипнотерапии объясняет ее эффект при сопутствующей неврозу невропатии. Можно даже утверждать, что чем более психологически детерминирован невроз, тем менее выражен эффект гипнотерапии, поскольку она не устраняет невротический конфликт и нарушенные отношения. Более того, при выраженном конфликте и попытках сгладить гипнотерапией актуальные личностные проблемы она заранее обречена на неудачу.

Транквилизаторы, назначаемые одновременно с гипнотерапией, могут улучшать вхождение в гипнотическое состояние, но замедляют выработку условных реакций на внушение, поэтому при наличии соответствующих показаний их лучше применять до или после нее.

Обоснованность применения гипнотерапии является залогом ее успешности.

Особый интерес для психотерапии представляет гипнокатарсис — выявление в состоянии гипноза ранее испытанных и впоследствии амнезированных переживаний. Он полезен в тех случаях, когда не удается раскрыть характер психической травмы, частично отражающейся в поведении больного, в содержании его сновидений и фантазий. Этически продуманное воспроизведение психической травмы в гипнозе не сопровождается прежней остротой переживаний ввиду зрительного

характера ее восприятия, естественного «износа» в памяти, защитного реагирования больного и психотерапевтической обстановки проведения сеанса. Ослабленный характер повторных переживании страха составляет основу лечебного, десенсибилизирующего эффекта гипнокатарсиса. Вскрытие базисного страха позволяет более направленно построить процесс последующей психотерапии и добиться в ней лучших результатов.

Использование гипнокатарсиса оправданно у некоторых больных с заиканием, начавшимся в первые годы жизни после шоковой психической травмы (испуга). Ее воспроизведение в гипнозе приводит к уменьшению связанного с ней страха. Последующее отражение выявленной психотравмы в игре и рисунках способствует ее полной дезактуализации в восприятии больных. Отсутствие страха в тех или иных ситуациях общения делает более успешной последующую работу над речью.

При проведении гипнокатарсиса возникает вопрос о том, в какой степени реализуется внушенная трансформация возраста. Опыт позволяет врачу дифференцировать возрастные различия в гипнозе на основании изменений голоса, мимических и поведенческих реакций. Однако это не всегда убедительно. С целью объективизации внушенного в гипнозе возраста мы провели эксперимент, в котором участвовало 10 подростков 14—15 лет, проходивших лечение по поводу логоневроза. В предшествующих сеансах была достигнута глубокая степень гипноза. Во время очередного сеанса подростку внушался возраст 6 лет, после чего психолог (А. Ю. Панасюк) проводил исследование его интеллекта по ABM—WISC, изображая воспитателя детского сада. Сеанс заканчивался внушением амнезии проведенной беседы. Через неделю интеллект исследовался вновь, но уже в обычной обстановке. Сравнение двух обследований показало, что в гипнозе ответы испытуемых соответствовали ответам детей 9—10 лет. Разница между этим и внушенным (6 лет) возрастом относилась главным образом к сфере вербального интеллекта. Следовательно, при гипнокатарсисе имеет место измененное восприятие больным своего возраста, которое частично соответствует внушенному.

Внушение актуальных ситуаций в гипнозе подтверждает взгляд на него как на защитное торможение. Проиллюстрируем это на примере хорошо гипнабельных больных 14—15 лет с логоневрозом. В двух первых группах, по 9 больных в каждой, курс лечения только начинался, в четырех контрольных группах, по 8 больных, он был закончен несколько месяцев назад. В первых группах в середине сеанса внушались с 15-минутным интервалом две ситуации: в одной группе вначале ситуация «школа», затем «лес», в другой, наоборот, вначале «лес», затем «школа». Ситуация «школа» создавалась следующим внушением: «Сейчас по счету 1—2—3 каждый из вас будет находиться и школе и отвечать урок». Ситуация «лес»: «Сейчас по счету 1—2—3 каждый из вас будет находиться в лесу. Идет дождь. Вам холодно в неприятно». Через 2 минуты нахождения в воображаемой ситуации внушалось: «Теперь ничто не имеет значения, кроме глубокого лечебного сна. Спите глубоко, крепко». После 30-минутной паузы больные были выведены из гипноза. При индивидуальной беседе задавался вопрос: «Ты помнишь о том, что испытывал в гипнозе, или нет?» У 4 больных из 18 была полная амнезия. Остальные 14 указывали на зрительные образы, связанные с пребыванием в лесу. Например: «По-моему, я был как в лесу», «Снилось что-то вроде леса», «Было холодно», «Я попал под дождь» и т. д. В то же время никто из этих 14 больных не вспомнил о ситуации «школа». Следовательно, очередность внушения ситуаций не имела значения. Как можно объяснить полученные данные? Для больных с тяжелым заиканием и страхом перед ответами в классе школа представляла более выраженную психотравмирующую ситуацию. Поэтому она не была допущена в сознание, т. е. амнезирована. Ситуация «лес», несмотря на свое отрицательное эмоциональное звучание, подразумевает молчание, а не речевое общение и поэтому допускается в сознание.

У подростков контрольных групп речь была чистой или близкой к этому. Отсутствие заикания и страха перед ответами в школе привело к тому, что при аналогичном построении эксперимента у 8 из 32 подростков была полная амнезия на содержание внушений, остальные 24 в той или иной мере помнили обе внушенные ситуации.

Таким образом, экспериментально подтверждается существование у больных с неврозами неосознаваемо-защитного типа реагирования в виде недопущения в сознание наиболее травмирующих переживаний и тем самым наличие при гипнозе защитно-охранительной организации деятельности мозга.

Следует остановиться и на вопросе о гипнабельности. Гипнабельность, как и внушаемость, отражает ситуацию лечения и представляет собой нормальную физиологическую характеристику, в той или иной степени свойственную всем людям. За 20 лет работы с больными неврозами мы не видели ни одного случая так называемого патологического пристрастия к гипнозу. В процессе гипнотерапии

отмечается ситуативное повышение гипнабельности в результате выработки условного рефлекса на гипноз. Оно возможно до определенного предела, после чего гипнабельность понижается именно вследствие привыкания. Кроме того, временное повышение ее проявляется только в условиях общения с врачом, проводящим лечение. При передаче больного другому гипнотерапевту гипнабельность заметно снижается, и необходимо известное время, чтобы она повысилась снова. Существенно и то, что при катамнестическом наблюдении обнаруживается более низкая гипнабельность, чем при активном курсе лечения.

Гипнабельность выше у здоровых, чем у больных неврозами, что связано с нарушением у последних бодрствования и сна, внимания, волевого сосредоточения, а также наличием возбудимости. В свою очередь, гипнабельность сравнительно выше у детей, быстро засыпающих и глубоко спящих, а также хорошо адаптированных, общительных, психически гибких и эмоциональных. К этому следует добавить, что дети, легко играющие со сверстниками, гипнотизируются всегда лучше, чем необщительные и замкнутые. Если расположить здоровых и больных детей и подростков в порядке убывающей гипнабельности, то получится следующий ряд: здоровые, соматически больные, больные с неврозами, психопатические личности, психически больные. Это подтверждает значение гипнабельности как своеобразного индекса психического здоровья.

Определить гипнабельность труднее, чем внушаемость. Несмотря на то, что она в известной мере есть физиологическое проявление внушаемости, эти понятия не всегда совпадают. Большинство из предложенных проб на гипнабельность отражают ее лишь частично и в большей степени говорят о внушаемости. О гипнабельности как таковой можно говорить, как правило, после возникновения у больных гипнотического состояния. До этого о ней можно судить по реакции на объяснение предстоящей процедуры гипнотизации и происходящих в гипнозе явлений. У хорошо гипнабельных субъектов при этом появляются некоторые из описываемых признаков гипноза, в том числе расслабление рук, отяжеление и опускание век, выражение сонливости на лице и т. д.

Учитывая, что гипнотерапия состоит по крайней мере из нескольких сеансов, гипнабельность можно выявить в первом из них. Для этого больному предлагается отдохнуть некоторое время с закрытыми глазами. Допускаются движения и кратковременное открывание глаз. Указывается на возможное появление сонливости. После инструкции больной закрывает глаза и лежит 15—30 мин. в постепенно затемняемом кабинете. Состояние отдыха подкрепляется соответствующим внушением. Ближе к концу сеанса врач выходит из кабинета, что позволяет при возвращении увидеть спонтанные реакции больного. Сеанс заканчивается словами: «Сейчас можно открыть глаза. Чувствуешь себя легко и свободно». После этого больного спрашивают об испытанных ощущениях. В большинстве случаев уже во время первого сеанса появляются расслабление, чувство покоя и сонливости, т. е. начальные признаки гипноза. Подобные установочные сеансы применяются в основном у дошкольников и младших школьников. У тревожных детей сеансы проводятся в присутствии матери, которая остается в гипнотарии, когда врач выходит из него. При достижении достаточной глубины гипноза присутствие матери не обязательно и ее заменяет медицинская сестра.

В ряде случаев при последующих сеансах отсутствуют признаки гипнотическою состояния, что говорит о психологическом напряжении, обусловленном сопротивлением лечению. Беседа с больным помогает подтвердить это и учесть при дальнейшем построении гипносеансов. При выраженном сопротивлении принимается решение временно воздержаться от гипнотерапии ввиду психологической неподготовленности больного и использовать другие методики. В нашей практике подобные случаи составляют исключение, поскольку, как уже отмечалось, гипнотерапия применяется в конце индивидуальной психотерапии, когда врач хорошо знает больного.

Психологическое обрамление сеанса гипноза выполняет роль своеобразного ритуала, повышая действенность гипновнушения. Здесь и обязательность посещения врача вместе с родителями, и предварительная индивидуальная беседа с больным, фиксированное время начала сеанса, смена уличной обуви, наличие снаружи светового табло: «Тишина, идет сеанс гипноза», реостат внутри гипнотария для постепенного уменьшения интенсивности освещения, удобные топчаны, ожидание начала сеанса, присутствие других больных, в состоянии которых уже произошло улучшение, и т. д. Все это, а также спокойствие врача, его доброжелательность и уверенность создают особую психологическую атмосферу гипносеанса, которая, как и само гипнотическое состояние, действует именно своей необычностью, повышая тем самым терапевтическую внушаемость больного.

Введение в гипноз осуществляется воздействием на слуховой, зрительный и кожный анализаторы. При словесной технике гипнотизации больному предлагается самостоятельно или по

счету закрыть глаза и внимательно слушать врача, который внушает ощущения, испытываемые при засыпании. Преимущество этой техники в ее несложности и возможности гипнотизации в группе.

При комбинированном воздействии на зрительный и слуховой анализаторы больному предлагается смотреть на блестящий шар, неврологический молоточек или в глаза врачу. При этом внушаются появление чувства тяжести в веках, их опускание и закрывание. Последующие внушения усиливают явления сонливости. Преимущества данной техники — индивидуализация и меньшая затрата времени. В то же время ввиду ее большой сложности требуется определенный навык врача. Как дополнительный прием используется воздействие на кожный анализатор в виде прикосновений и поглаживаний руки, а также воздушных пассов над лицом больного.

Существует три степени гипноза, для которых патогномоничным признаком является мышечное расслабление, воспринимаемое как чувство тяжести. При первой степени гипноза расслабление незначительно и происходит в основном в области конечностей; при второй и третьей степени оно имеет выраженный характер и может проявляться в падении приподнятой руки. Ее «застывание» — каталепсия — не является обязательным признаком второй и третьей степеней гипноза, так как встречается в единичных случаях. То же можно сказать и в отношении изолированного раппорта, который рассматривается как речевой контакт загипнотизированного только с врачом. Фактически даже глубоко загипнотизированный отвечает на вопросы всех присутствующих лиц. В большинстве случаев изолированный раппорт является следствием прямого или косвенного внушения.

При любом способе гипнотизации в первых сеансах необходимо соблюдать ряд условий. До сеанса больные настраиваются на возможно более полный отдых с указанием на необязательность сна, что снимает их волнение по поводу невозможности заснуть или страха не проснуться. То же самое объясняется родителям. При внушениях исключаются слова «сон» и «гипноз». Использование этих слов возможно при уверенности в возникновении выраженного гипнотического состояния. В противном случае больные, особенно подростки, несмотря на наличие легкого гипнотического состояния, считают, что если они не спали, то у них «не было гипноза» и, следовательно, воздействие врача было неэффективным.

Цель первых сеансов состоит в достижении не максимальной глубины гипноза, а гипнотического состояния вообще как условия для реализации лечебных внушений. Большинство неудач начинающих психотерапевтов заключается в стремлении добиться во время первого сеанса глубокого гипноза, что нередко превышает реальные возможности больного и создает у него ощущение несоответствия между внушаемым и испытываемым, напряжение и самопроизвольный выход из гипнотического состояния. Кроме того, не у всех больных удается достичь глубокого гипноза даже в последующих сеансах, несмотря на выраженную внушаемость и гипнабельность.

Интенсивность гипнотического воздействия зависит от индивидуальных и возрастных возможностей больных, а также динамики развития гипнотического состояния в период сеанса. Посредством внушений вначале реализуются установки, сделанные больному до сеанса (например, чувство отдыха и расслабления), затем они развиваются до ожидаемых в данном сеансе результатов (чувство сонливости). Успешность реализации внушения зависит от опыта и искусства врача. В первых сеансах оно в основном направлено на получение гипноэффекта, т. е. на развитие гипнотического состояния. В последующих сеансах по мере увеличения глубины гипноза (в пределах второй степени) постепенно уменьшается объем подкрепляющих гипноз внушений и увеличивается объем терапевтических внушений. При значительном объеме обоих видов внушения больному трудно их усвоить и дифференцировать. Терапевтические внушения более действенны, когда они отделены паузой от подкрепляющих внушений. Вне зависимости от содержания внушений степень их мотивации находится в обратном соотношении с глубиной гипноза. При первой степени гипноза применяются мотивированные внушения, передаваемые в настоящем времени, в то время как при третьей степени они имеют преимущественно императивный характер с использованием прошедшего времени.

Эффективность терапевтических внушений обычно увеличивается по мере углубления гипноза вследствие их лучшей фиксации и эффекта постгипнотического действия. Они проводятся при максимальной глубине гипноза, не ранее 30—40 минут от начала гипнотизации при продолжительности сеанса 75—80 минут. После вывода из гипнотического состояния больному необходимо дать возможность полежать несколько минут, что делает переход к бодрствованию более естественным.

При гипнотерапии, как и при внушении наяву, следует учитывать особенности динамики лечебных изменений, что позволяет уточнить патогенез некоторых функциональных нарушений при неврозах. Так, происходящее под влиянием гипнотерапии ослабление тика, заикания, энуреза и

энкопреза сопровождается повышением возбудимости, двигательной активности и нередко агрессивности, заострением упрямства и негативизма по отношению к родителям. Это указывает на выявление аффективно-возбудимого уровня невротического реагирования, вскрытие и отреагирование внутреннего конфликта. Клапаном для отреагирования эмоционального напряжения ранее являлись непосредственно сами психомоторные реакции. В таких случаях мы советуем родителям учесть временный характер повышенной возбудимости больного, желательность дополнительной психомоторной разрядки в прогулках и подвижных играх.

Постепенное понижение возбудимости больных усиливает их беспокойство, нередко актуализирует страхи одиночества и смерти. Агрессивность, упрямство и негативизм сменяются тем, что дети начинают «цепляться» за родителей, не остаются одни дома, становятся без повода беспокойными и тревожными, т. е. вскрывается более глубокий уровень невротического реагирования, обусловленный ранним психотравмирующим опытом разлук и тревог. В этом случае от родителей требуются особое внимание к происходящим изменениям в состоянии детей, большая теплота и чуткость.

При продолжении гипнотерапии беспокойство смягчается и на первый план выступают эмоциональная лабильность и сензитивность в виде заострения эмоциональной чувствительности, ранимости, жалостливости и плаксивости, т. е. наблюдается как бы возврат на более раннюю ступень эмоционального развития — в тот жизненный период, где возникли первичные невротические, в своей основе эмоциональные, расстройства. Обнажение базального, аффективно-сензитивного уровня невротического реагирования, происходящее в процессе суггестивной психотерапии, показывает в обратной последовательности патогенез невротических нарушений, схематично выражаемый следующим образом: сензитивность — эмоциональная лабильность — беспокойство — внутренний конфликт — аффективная напряженность — психомоторные невротические нарушения.

Рассмотренная динамика гипнотерапии происходит в течение 1,5 — 2 мес. при двукратном посещении в неделю. При внушении наяву подобные изменения происходят за менее продолжительный период. Внимательное наблюдение за динамикой лечебных изменений и гибкая тактика врача улучшают результаты гипнотерапии. При достижении исходного, аффективно-сензитивного уровня невротического реагирования необходимо перейти к другим методикам психотерапии, например вернуться к ее игровым и разъясняюще-коррекционным формам, наполнив их новым содержанием. Если требуется более активная перестройка отношений и неблагоприятных черт характера, то используется групповая психотерапия.

Какой способ введения в гипнотическое состояние предпочтителен? На этот вопрос весьма непросто ответить, так как в большинстве случаев используется преимущественное воздействие либо на слуховой, либо на зрительный анализатор. В последнем случае речь идет, по существу, о комбинированном способе гипнотического воздействия, поскольку фасцинация (фиксация взора гипнотизируемого на блестящем предмете или зрачках врача) подкрепляется при первых сеансах краткой словесной формулой внушения. Известны данные И. В. Стрельчука (1966), который еще в 1953 г. установил более быстрое и эффективное достижение гипнотического состояния путем первичного воздействия на более тормозимую сигнальную систему. Подобным образом у лиц художественного типа гипноз легче достигается воздействием на слуховой, а у лиц мыслительного типа — на зрительный анализатор.

С целью сравнения эффективности двух наиболее распространенных способов гипнотизации мы провели в 1979 г. эксперимент, в котором участвовало 259 здоровых подростков 10—15 лет (средний возраст 12,5 лет). Эксперимент проводился в вечернее время в пионерских лагерях и ревматологическом санатории. Его цель объяснялась испытуемым как изучение возможностей управления процессом засыпания. Вначале они заполняли специальную анкету, затем определялась их внушаемость по обнаружению несуществующего запаха лекарства в одной из пробирок, после чего проводился сеанс гипноза. Гипнотизация в каждой из палат осуществлялась поочередно или воздействием на слуховой анализатор, когда испытуемые сами закрывали глаза и им внушались признаки гипноза, или комбинированным способом воздействия на зрительный и слуховой анализаторы. В дальнейшем для краткости будем обозначать эти способы гипнотизации как вербальный и фасцинацию. После выведения из гипноза испытуемые опрашивались индивидуально об ощущениях во время сеанса. По специальной шкале выводился средний балл глубины гипноза, который расценивался как критерий эффективности того или иного способа внушения признаков гипноза, т. е. успешности гипнотизации в целом.

Статистическая обработка данных эксперимента показала, что внушаемость мальчиков и девочек практически одинакова (соответственно 44 и 42% положительных проб). Как и в предыдущем эксперименте, выполненном на другом контингенте, внушаемость и нервность не связаны между собой. Наличие гипнотического состояния отмечено у 93% мальчиков и 88% девочек, т. е. их гипнабельность практически не имеет различий. Заслуживает внимания, что она выявляется в 2 раза чаще, чем внушаемость, которая, таким образом, имеет более избирательный характер. Степень гипнабельности (глубины гипноза) статистически достоверно ($p<0,001$) уменьшается от 11 к 14 годам. Нервность (по оценке педагогов) не влияет на гипнабельность.

Установлено, что у мальчиков способ гипнотизации не влияет на степень их гипнабельности (глубины гипноза), в то время как у девочек вербальный способ гипнотизации статистически достоверно ($p<0,05$) повышает ее степень.

Внушаемость достоверно увеличивает гипнабельность у мальчиков и у девочек только при фасцинации, т. е. она усиливает гипнотический эффект взгляда. Следовательно, фасцинация всегда предпочтительнее при гипнотизации внушаемых субъектов, чем вербальный способ. Если мальчики и девочки не только внушаемы, но и «магически» настроены, то фасцинация также ведет к большей глубине гипноза, чем вербальный способ гипнотизации. У мальчиков эти различия статистически достоверны ($p<0,01$). У них при фасцинации достоверно увеличивает гипнабельность и такая личностная переменная, как воображение ($p<0,05$).

Таким образом, эффект внушения признаков гипнотического состояния зависит от способа гипнотизации, пола испытуемых и ряда личностных переменных. По сравнению с вербальным методом гипнотизации фасцинация — более психологически детерминированный метод. В первую очередь это относится к мальчикам и объясняется наличием у них не только «магического» настроя, но и концепции «магического взгляда», т. е. наделения пристального взгляда необычным, оказывающим особое действие значением, что находит свое отражение в процедуре гипнотического внушения посредством фасцинации. Соответствие метода гипносуггестивного воздействия установкам на его действенность приводит к возникновению психологического резонанса, обладающего высокой эмоционально запечатлевающей и аутосуггестивно-гипнотической активностью. Помимо этого, психологический эффект действия фасцинации у мальчиков с развитым воображением может быть связан и с более конкретной персонификацией «магического взгляда» по типу «отцовского взгляда» как исторически сформировавшегося символа безусловного подчинения и авторитета.

В заключение остановимся на некоторых вопросах эффективности гипнотерапии. Обычно от нее ждут гораздо больше, чем она может дать на самом деле. В этом случае неизбежны рецидивы и разочарование как со стороны врача, так и со стороны больного. Кроме того, часто бывает недостаточным количество сеансов, когда лечение обрывается сразу после получения первых положительных сдвигов, в то время как необходимо провести почти такое же количество сеансов для закрепления полученных результатов. Снижает эффект гипнотерапии и отсутствие ее повторных, пусть даже и более кратких, курсов, которые нужны скорее как профилактическое средство, чем как средство последнего выбора. Поэтому в большинстве случаев гипнотерапия состоит из нескольких курсов, проводимых в течение одного или двух лет. Значение этого подчеркивается тем, что эффект первого курса гипнотерапии, как и внушения наяву, уменьшается по мере увеличения длительности заболевания (по данным сравнения эффективности гипнотерапии при длительности невроза до 3 лет и более).

Среднее число сеансов первого курса гипнотерапии при двукратном посещении в неделю и продолжительности сеанса 75 мин. составляет при неврастении — 13,3 (1,5 мес. лечения), при истерическом неврозе — 10,0 (около 1 мес.), при неврозе навязчивых состояний — 15,3 (2 мес.). Наиболее активное увеличение глубины гипноза происходит в первые сеансы (в среднем до 6-го сеанса), затем оно замедляется и с 13-го сеанса практически отсутствует. Динамика лечебных изменений не всегда параллельна увеличению глубины гипнотического состояния, но последнее уже само по себе говорит об укреплении нервной системы и является благоприятным прогностическим фактором.

Единственное нежелательное явление при гипнотерапии — это превращение ее в своеобразный ритуал, когда больной посещает врача только потому, что сеансы временно уменьшают его чувство беспокойства и неуверенности в себе. В таком случае гипнотерапия является лишь средством психотерапевтического подкрепления. Несмотря на то что это отчасти помогает больному, нужно вовремя и тем самым с меньшими затратами сил использовать другие, более целесообразные в данном случае методики психотерапии. Не менее важно обеспечить индивидуальный контакт во время

гипнотерапии, поскольку она иногда представляется как нечто безличное и как отчуждение от врача. Эти отрицательные эмоциональные реакции могут свести на нет уже достигнутые результаты.

Сеансы не прекращаются сразу после достижения и закрепления лечебных изменений, а постепенно урежаются и проводятся через неделю, две недели, месяц и т. д. Если использовалась фасцинация, то она постепенно заменяется все более краткой вербальной гипнотизацией по типу гипноза-отдыха, воспроизводящего естественный способ снятия усталости и восстановления сил. У подростков к этому могут быть подключены отдельные элементы аутотренинга, что улучшает саморегуляцию и активность в преодолении жизненных трудностей.

Опрос больных и их родителей после окончания курса гипнотерапии показывает, что в первую очередь она приводит к нормализации или существенному улучшению процессов засыпания и сна (93% наблюдений), что еще раз подчеркивает физиологическую природу гипноза как сноподобного состояния. Ослабляется основная, наиболее беспокоящая больного невротическая симптоматика (85% наблюдений). Укрепляется эмоциональный тонус, выравнивается настроение, уменьшаются проявления церебральной и соматической астении (соответственно от 70 до 78% наблюдений). Менее активно гипнотерапия влияет на сензитивность (58% улучшения).

Эффект гипнотерапии не имеет существенных различий у мальчиков и девочек, в отличие от внушения наяву, которое достоверно более эффективно у мальчиков. Выздоровление достоверно чаще наблюдается у дошкольников, что связано с меньшей продолжительностью их заболевания по сравнению со школьниками. В целом же гипнотерапия (выздоровление и улучшение) более успешна в школьном возрасте.

Аутогенная тренировка применима только в старшем подростковом возрасте, и форма ее проведения мало отличается от классической аутогенной тренировки взрослых. Поэтому на ней мы не останавливаемся.

Глава 7. ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Групповая психотерапия завершает семейную в индивидуальную психотерапию, повышая их действенность в приближенных к реальности условиях общения со сверстниками. Предварительными условиями групповой психотерапии со стороны родителей являются улучшение семейных отношений и снятие остроты их невроза, а со стороны больного — заинтересованность в результатах лечения, смягчение невротического состояния, доступные возрасту осознание и разрешение в основных чертах внутреннего конфликта.

Успешность этой методики лечения зависит от профессиональной подготовки врача и его личностных качеств, условий проведения психотерапии, правильного подбора больных, оптимальной тактики руководства группой. Подготовка врача требует соответствующих знаний в области психиатрии, психотерапии и социальной психологии и включает опыт педагогической и игровой работы с детьми, знакомство с имеющейся практикой групповой психотерапии.

Врачу необходимо уметь объединять детей для выполнения поставленных задач и устранять у них излишнее напряжение. В то же время ему нужно быть достаточно мягким, чтобы создавать в группе атмосферу безопасности и принятия, и не только идти навстречу активности детей, но и уступать им в некоторых вопросах.

Групповая психотерапия проводится в амбулаторных или стационарных условиях. В амбулаторных условиях курс лечения осуществляется без отрыва от повседневной жизни детей, что дает возможность непосредственно проследить его результаты и подключить к нему при необходимости родителей, т. е. провести групповую семейную психотерапию.

Психотерапия в стационарных условиях оправдана при тяжелом течении неврозов, наличии сопутствующей соматической отягощенности, неразрешимых семейных конфликтах в асоциальном поведении взрослых членов семьи. Тем не менее некоторые дети аффективно-ранимо реагируют на временную разлуку с родителями и не могут адаптироваться в больнице, что осложняет лечение и подчас делает его безуспешным. В этом случае целесообразно проведение лечения в дневном стационаре. Совместная психотерапия с родителями возможна только в амбулаторных условиях.

Групповые занятия могут проводиться в большом врачебном кабинете, зале для лечебной физкультуры или конференций. Если имеется специальное помещение, оно оформляется для дошкольников по типу игровой комнаты детского сада. На стеллажах и коврике находятся куклы и

маски, изображающие людей и сказочных персонажей, игрушечные предметы домашнего обихода, макеты домиков, деревьев, различный материал для построек, рисования и лепки. Стены украшены рисунками детей. На одной из них укреплено несколько больших зеркал. У школьников в игровом помещении поставлены парты, доска для письма, т. е. воспроизводится обстановка учебного класса. На заключительных этапах групповой психотерапии с целью самонаблюдения парты располагаются перед заменяющим доску зеркалом. Использование одного и того же помещения для занятий облегчает возникновение терапевтической атмосферы в группе.

Некоторые врачи считают препятствием для проведения групповой психотерапии отсутствие специально выделенного времени. Однако даже группа из 6 больных позволяет, не нарушая существующих норм приема, провести с ними часовое занятие.

Другим существенным фактором успешности групповой психотерапии является правильный подбор больных с учетом клинических и психологических показаний, которыми для групповой психотерапии являются характерологические и аффективные нарушения, возникшие или заострившиеся при длительном течении невроза, создающие проблемы в межличностных отношениях и препятствующие выздоровлению в процессе индивидуальной психотерапии. К ним можно отнести неадекватный уровень притязаний, эгоцентризм, неустойчивость самооценки, неверие в себя и свои возможности, излишнюю застенчивость, скованность и неуверенность в общении, тревожно-мнительные черты характера, зафиксированные в прошлом опыте фобии и т. д.

Приведем ряд высказываний родителей о проблемах детей перед началом групповой психотерапии: «Неумение контактировать в обществе детей больше одного. Ревность, истерика, страх, отказ играть со сверстниками, если присоединяется кто-нибудь еще». «После первого занятия была в гостях у друга, который отказался с ней играть. Остро переживала измену, не могла найти место среди детей, была в страшном напряжении. Все это совпало с отъездом отца. Сильно переживая и заикаясь, рассказала мне, что девочки исключили ее из игры. Виновата я, это я два года отводила ее от ребят нашего дома, все ждала когда она перестанет заикаться». «Мнительна. Болезни окружающих примеряет к себе, плохо переносит незначительные боли и недомогания, при серьезной же болезни ведет себя мужественно».

Противопоказания для групповой психотерапии обусловлены отрицательным отношением больных к лечению, трудноконтролируемым поведением вследствие выраженной расторможенности, психомоторной нестабильности и агрессивности, сниженным интеллектом.

Цель групповой психотерапии состоит в восстановлении психического единства личности посредством нормализации ее межличностных отношений. Она достигается при успешном решении в группе задач личностной диагностики, терапии и обучения.

Личностная диагностика осуществляется в процессе наблюдения за взаимодействием детей в различных групповых ситуациях. В случае, когда в группе воспроизводится общение детей в жизни, его можно рассматривать как естественный эксперимент.

Собственно терапевтическая задача групповой психотерапии связана с эмоциональным отреагированием конфликтных ситуаций в группе и дезактуализацией угрожающих образов в сознании посредством их условного изображения в игре.

Снятие или уменьшение аффективно-тревожной напряженности в общении представляет необходимое условие для решения основной задачи групповой психотерапии — обучения, в которое входят обучение навыкам адаптивного поведения, коррекция неблагоприятных черт характера и достижение более адекватной социализации.

Недостаточная эффективность групповой психотерапии нередко зависит от неудачного подбора больных, правильно же сформированная группа значительно повышает ее результаты. Наши наблюдения позволили выделить два ведущих критерия формирования группы: 1) разнообразие внутригрупповых связей при клинической и психологической совместимости ее участников; 2) закрытый характер группы и отсутствие больных, проходящих повторный курс лечения. Разнообразие внутригрупповых связей означает воспроизведение условий, напоминающих общение больных в жизни. В группу включаются дети с разной тяжестью заболевания, разным возрастом, полом, темпераментом, установками на коллектив и т. д. Тогда она, будучи моделью жизненных отношений, позволяет ее участникам адекватно отобразить свои проблемы и конфликты и найти оптимальные пути их разрешения.

В клиническом отношении совместимы больные с логоневрозом, неврастенией, неврозом навязчивых состояний. Группа из больных с истерическим неврозом может стать неуправляемой ввиду

эмоционального расторможения и повышенных амбиций ее членов. Обычно дети с истерическим неврозом в небольшом числе включаются в группу, основу которой составляют больные с неврастенией. Больные с тиками (вне зависимости от их нозологической принадлежности) оказывают неблагоприятное индуцирующее действие на остальных, поэтому лучше заниматься с ними в отдельной группе. Как правило, тики устраняются в процессе предшествующей индивидуальной психотерапии. В группе не должны преобладать дети с тяжелым течением невроза, массивными органическими наслоениями и гиперактивностью, так как выраженная исходная психопатологическая отягощенность не позволяет успешно развить терапевтически направленные отношения. Желательно включать в группу несколько хорошо курабельных больных, создающих тем самым в ней определенный психотерапевтический настрой.

Психологическая совместимость в группе достигается постепенным подбором участников в процессе индивидуальной психотерапии, когда на прием одновременно назначаются несколько детей, что позволяет выявить совместимые игровые диады и триады и включить их в состав будущей группы. Подобный фрагментарный подбор группы облегчает ее последующую интеграцию ввиду наличия готовых «ядер сплочения».

Возрастные границы групп (4—5, 5—7, 7—9, 9—11, 11 — 14 лет) отражают одинаковый уровень социализации детей и позволяют использовать в педагогических целях возрастной пример. Число участников — в пределах малой группы (4 детей в 4—5 лет, 6 в 5—11 лет, 8 в 11 — 14 лет). Такой состав делает группу управляемой, предупреждает распад на изолированные подгруппы и препятствует дефициту ролей в игре. Кроме того, четное число членов группы способствует разделению на игровые пары и вовлечению всех в игру. Чем больше возраст детей, тем меньше ограничений в возрастном и количественном подборе группы.

Для реализации «терапевтического потенциала» группы и формирования коллективных отношений необходим не только хорошо подобранный состав больных, но и определенная длительность группового лечения, для того чтобы у ее участников возникли общие задачи, связанная структура отношений и статусная дифференциация. Это говорит о развитии структуры группы как социально-психологической системы. Непрерывность ее существования поддерживается оптимальной частотой встреч участников. При неврозах с нарушениями общения и личностными изменениями продолжительность групповой психотерапии составляет не менее 3 мес. при двукратных посещениях в неделю (24 занятия). Если подростки занимаются один раз в неделю, то продолжительность лечения соответственно увеличивается. Длительность отдельных встреч варьирует от 45 мин. у дошкольников до часа в 7—11 лет и 1,5 ч. у подростков, что позволяет разыграть ряд сложных сюжетов, провести обсуждение и избежать при этом утомления детей.

Процесс групповой психотерапии складывается из взаимно перекрывающихся четырех этапов: объединения детей в группу, рассказов, игры, обсуждения.

Объединение детей в группу начинается совместной и интересной для них деятельностью в виде экскурсий в музей, парк, кино, осмотра поликлиники и кабинетов, рисования, лепки, предметных игр, рассказов о книгах и увлечениях и т. п. После снятия напряженности, вызванной пребыванием в группе, врач раскрывает в беседах общий характер проблем, стоящих перед ее участниками, доступно объясняет цель совместного лечения и выясняет мнение о его способах. При беседах в группе постепенно возникает атмосфера доверия и откровенности, эмоционально объединяющая ее участников. Они начинают делиться своими желаниями и тревогами, что нередко является единственной возможностью для их выражения. Терапевтический эффект высказываний обусловлен тем, что дети воспринимают группу как понимающую, сочувствующую и поддерживающую аудиторию, которая отвечает нереализованным ожиданиям принятия со стороны сверстников.

Объединяет детей в группу и проведение с ними игр. Вначале обращают на себя внимание скованность, затруднения в общении, вхождении в роль, принятии решения. По существу, многие из детей не могут играть, что вызвано внутренней напряженностью и страхом, вследствие жестко ограничивающего характера воспитания, а также отсутствия возможности спонтанных игр дома. Поэтому в качестве «разминки» вначале используются простые игры с преобладанием движения и экспрессивного выражения эмоций, например «палочка-выручалочка», «кошки-мышки», «жмурки», «урок физкультуры» и т. д. Главное в них — эмоционально оживить детей, создать игровой настрой. Затем применяются более сложные игры, развивающие гибкость воображения. Они начинаются с игр-шуток в предметы, например ложку, вилку, тарелку, скатерть, стол, стул в сюжете «обед»; книжку, ручку, стол, стул, часы в сюжете «домашние уроки» и т. д. Один из детей играет себя, в то время как

другие изображают названные предметы.

После игр-шуток воспроизводится обстановка кукольного театра. Двое или трое детей за ширмой импровизируют в игре с куклами, надетыми на руку. Остальные вместе с врачом наблюдают «спектакль», оживляя его отдельными репликами. Обычно дети играют с большим желанием, не испытывая напряжения и страха. У большинства больных с логоневрозом при этом имеет место чистая речь. Роли берутся по желанию, и не обращается внимание на характер их исполнения — важен сам процесс группового взаимодействия. Врач не принимает непосредственного участия в игре. Спонтанные игры продолжаются до возникновения в группе необходимой сыгранности ее участников.

Показателем успешности объединения детей в группу является их совместная деятельность без стимуляции со стороны врача, когда группа способна «обслужить себя» посредством спонтанной коммуникативной активности своих членов.

О происходящих изменениях на данном этапе групповой психотерапии говорят следующие высказывания родителей: «Заметила, что чем больше, как вы и советовали, водить ее по театрам, музеям, выставкам, тем лучше она себя чувствует, тем счастливее становится. Появляется перспектива завтрашнего дня, радость ожидания зрелища», «Ване очень нравятся занятия в группе. Он внутренне освобождается от напряжений, вызванных школой и домом, начинает шутить, улучшается настроение, и даже с экземой получше», «От контактов еще возбуждается, но стала веселее», «Выигрывается он на занятиях до основания и ведет себя более раскованно», «Ждет с нетерпением дня, когда будет игровое занятие», «Занятия для нее интересны», «Гордится похвалой врача».

Следующий этап групповой психотерапии — *рассказы,* которые сочиняются дома и по очереди рассказываются в группе. Они могут быть на любую тему. Число действующих лиц не должно превышать числа участников группы. Продолжительность рассказа ограничена 10—15 мин., что позволяет избежать слишком сложных сюжетов и предоставить возможность для выступлений остальным детям. Рассказы вносят организующий момент в деятельность группы, так как на предыдущем этапе объединения детей происходит повышение их эмоциональной активности, вызванное отреагированием подавленных эмоциональных реакций. В некоторых случаях этот позитивный процесс сопровождается эмоциональным расторможением детей и дезорганизацией работы группы в целом. В данном периоде групповой динамики нежелательно применение жестких санкций, чтобы не нарушить эмоциональный контакт с детьми. В то же время врач не должен оставаться пассивным, так как рискует потерять доверие группы как ее руководитель. В сложившейся ситуации использование рассказов как последовательных монологов упорядочивает поведение детей. Затем им предлагается еще раз сочинить рассказ, в котором «автор» был бы главным действующим лицом, а тематика была бы связана с такими значимыми темами, как здоровье и болезнь, страхи и опасения, сновидения в т. д. Фабулой рассказа служит то, что когда-то происходило, происходит или может произойти с его главным персонажем. Таким образом, в рассказе могут быть воспроизведены конкретные переживания больных или их фантазии. И то, и другое одинаково ценно, так как позволяет лучше понять внутренний конфликт детей и их защитные установки. Особое значение эти рассказы и сделанные по ним дома рисунки и маски имеют для больных с неврозом навязчивых состояний, давая им возможность эмоционально отреагировать переживания, обусловленные угрозой для их здоровья и жизни. Тогда терапевтический эффект рассказа весьма значителен и заключается в уменьшении остроты тревоги и страха. В любом случае рассказы дают врачу много ценных сведений о наклонностях и переживаниях детей, способствуют развитию их воображения и умения руководить группой.

Приведем в качестве примеров ряд историй. В одних отражается страх нападения, физического уничтожения, смерти (по теме врача «чего я больше всего боюсь»), в других — жизненные проблемы детей (по темам «что меня беспокоит, в чем мне плохо, что я не могу, где меня обижают»).

«Однажды один человек взял мешок и пошел в горы и увидел вдруг какое-то желтое пятно. Он вначале испугался, потому что там, далеко в горах, все было желтое — желтая бабушка, которая рассыпалась, как только человек дотронулся до нее, желтый человек, который сказал, что налетела Желтая Смерть и всех съела, а он остался жить, потому что спрятался в кривой комнате. Тогда этот человек пошел искать Желтую Смерть, нашел ее и стал с ней бороться, а из нее стали вылетать ноги, руки и человечки» (больная 5 лет со страхом Бабы-Яги). «Жил был человек, и пошел он однажды гулять. Дошел он до далекой страны и смотрит — там нет людей. Он зашел в избушку и увидел только одного человека и спросил — почему нет никого в этой стране, и услышал, что прилетел Злой Дракон и всех сжег огнем. Только он это сказал, как сразу появился Дракон, который сказал: «Оставлял я одного

человека живым, а сейчас тут двое, и я съем вас теперь обоих». Стали они сражаться, и человек победил» (больная 6 лет из неполной семьи). «Однажды моя знакомая пришла первый раз в садик, там все ребята кричат, а она стоит в стороне, стесняется познакомиться и плачет» (больная 6 лет, которая боится идти в детский сад). «У нас в детском саду, когда воспитательница вышла, все стали разговаривать, а когда она пришла и спросила, кто разговаривал, никто не признался. Но она поставила одну из девочек в угол на целый час» (больной 6 лет обнаруживает в этом рассказе отношение к несправедливому наказанию). «Меня в школе постоянно обижают. Мой сосед по парте наточил острый треугольник и начал тыкать им в меня, затем написал на листочке: «Слава-дурак» и рядом нарисовал скелет. А когда на перемене мне подставили подножку и я упал, все долго смеялись над этим» (больной 8 лет, обижаемый сверстниками). «Жил-был в одном городе мальчик Петя, который боялся физкультуры, особенно эстафет, а также того, что его будут ругать ребята, если он что-либо неправильно выполнит. Он рассказал о своей беде отцу, который сказал: «Попробуй эту эстафету дома». И мальчик стал каждое утро делать ее перед школой. Тогда у него все получилось, и ребята его больше не ругали» (больной 9 лет отражает в этом рассказе свои переживания, фактически отец не давал ему таких советов). «Один мальчик долго не мог заснуть, потому что думал с волнением о завтрашнем дне. Наконец он заснул, и ему приснился кошмарный сон, что он никак не может дойти до школы, ему мешают прохожие, вовремя не приходит автобус, по ошибке он едет не в ту сторону. Наконец, он приходит в школу, вбегает в класс и видит его пустым. Вдруг из этого пустого класса выбегают ученики со словами «Все кончено!». Тут мальчик просыпается от звонка будильника, хмурым и раздраженным, начинает торопиться, боится опоздать, что-то забывает, но уже некогда. В школе его встречает гардеробщик и говорит сердито, что гардероб уже закрыт и вот-вот прозвенит звонок. Мальчик мчится по коридору, и тут ему попадается уборщица, которая читает длинную мораль, что надо лучше вытирать ноги, чего он такой невнимательный мальчик и откуда только такой взялся, кто его родители и зачем он бежит сломя голову. С трудом освободившись от нее, он пытается войти в класс, но дорогу ему преграждает дежурный, который начинает дотошно проверять его дневник, чистоту ногтей и пр. Наконец раздается звонок, и начинается урок. Его вызывают к доске и просят прочитать стихотворение, которое он как назло забыл выучить. Получает двойку и в подавленном настроении возвращается домой. Все кажется мрачным, все мешает. Затем происходит бурное объяснение с пришедшими домой родителями, которые говорят, что он способен только на то, чтобы получать двойки».

В последней истории мальчик 9 лет с неврозом страха воспроизводит в драматической форме свою ситуацию в семье, где он окружен бесчисленными требованиями, предписаниями, условностями, идущими от его тревожно-мнительных родителей и властной бабушки. В игре он изображал мальчика из своего рассказа.

Следующий, основной, этап групповой психотерапии — *игра,* которая проводится на темы, предлагаемые детьми и врачом. В играх последовательно воспроизводятся рассказы, сказки, условные и реальные ситуации. Игры на данном этапе в отличие от этапа объединения требуют включения врача и высокой активности играющих.

В начале игры основаны полностью на инициативе детей. Врач не руководит игрой, предоставляя эту возможность автору рассказа, который становится главным действующим лицом и распределяет вспомогательные роли среди остальных членов группы, включая врача. Последний принимает непосредственное участие в игре, но не может прерывать ее и делать замечания. Подобная тактика врача и пример его игрового перевоплощения способствуют развитию инициативы детей, естественности их взаимодействия, лучшему вхождению в игровой образ. Вне игры врач продолжает руководить группой, устанавливая общий распорядок и продолжительность занятий, обстановку их проведения и т. д.

Игра основана на общей фабуле рассказа, и в ней нет готовых реплик для исполняющих те или иные роли, т. е. допускается в определенных пределах импровизация диалогов действующих лиц. В течение нескольких занятий проигрываются рассказы всех участников группы. Некоторые из них могут неоднократно руководить игрой, если предлагают для нее разные сюжеты. При распределении ролей обращает на себя внимание тенденция предпочтения руководителями игры некоторых участников группы, что указывает на появление симпатий между ними.

Предыдущий рассказ мальчика, боящегося опоздать в школу (но фактически никогда не опаздывающего), был проигран следующим образом. Он исполнял роль главного действующего лица, роль уборщицы — его мать, приглашенная для этого в игровое помещение. Врач был гардеробщиком,

другие роли распределялись между остальными участниками группы, которые изображали по ходу игры родителей мальчика, автобус (образуя тесный круг), шофера, контролера, светофор, шлагбаум, прохожих, дежурного и учеников в классе. В игре принимали участие студенты-психологи и врачи, проходящие усовершенствование. Одновременно они создавали эмоциональный фон для игры, актуализируя происходящие в ней события репликами вроде «Смотрите, он опаздывает», «А времени все меньше», «Очень плохо», «Это никуда не годится» и т. д. По рассказу, выйдя из дома, мальчик (Дима) стал ждать автобус, который долго не приходил. Спешащие мимо прохожие (все участники группы, включая врача) подчеркнуто безразлично говорили, что автобус запаздывает, что он вообще не приедет, остановка перенесена и т. д. Переволновавшись, Дима садится не в тот автобус, выясняя, почему автобус идет в другую сторону, он получает противоречивые ответы. Пытаясь сойти на ближайшей остановке, он встречает контролера, который настойчиво выясняет, кто он такой, слушается ли родителей, всегда ли просит у них прощения и часто ли ездит в противоположную сторону. Далее Дима едет уже в «своем» автобусе, на пути которого встречаются различные препятствия: ремонт дороги, долго не открывающийся шлагбаум, частые светофоры и т. д. Времени же остается все меньше и меньше. Выйдя из автобуса, он бежит в школу, а один из сопровождающих его участников игры все время повторяет: «Хорошие мальчики не опаздывают в школу, они приходят вовремя». Другой участник группы изображает часы и тоже навязчиво повторяет: «Осталось 10 минут до начала урока, 5 минут, 1 минута, сейчас прозвенит звонок» и т. д. В школе Диме читают мораль гардеробщик и уборщица, в то время как вот-вот должен прозвенеть звонок. Мать главного героя восприняла буквально свою роль уборщицы и читала унизительную мораль своему сыну, не в силах остановиться даже тогда, когда прозвенел звонок и Дима должен быть по рассказу уже в классе. Далее следует встреча с дежурным, и когда Дима вбегает в класс, то в отличие от рассказа он видит его уже пустым. Он опоздал, уроки закончились, все ушли, он остался один. Появляется завуч, который, не разобравшись, тоже читает мораль и срочно вызывает родителей в школу. На следующем игровом занятии воспроизводится отношение родителей к случившемуся. Приглашенный для игры отец рассказчика, как и его мать, буквально воспринял свою роль и стал ругать и осуждать «героя», вместо того чтобы посочувствовать, спокойно и объективно разобраться в случившемся, помочь найти рациональный выход из конфликта и предотвратить его в дальнейшем. Сын впал в неподдельное отчаяние, поскольку понял, что отец даже в игре не может перестроить свое отношение к нему. Но другие участники группы, включая врача, помогли создать оптимистический финал. Родители не присутствуют на играх детей, участвуя в них лишь эпизодически, как это было в данном случае. При последующей совместной групповой психотерапии они играют с детьми вместе. В рассматриваемом случае опасения и страхи у мальчика были драматически заострены и тем самым дезактуализированы, поскольку был снят тревожный компонент ожидания того, что может случиться, произойти. В игре это уже свершилось, произошло, т. е. реализовалось.

После серии групповых рассказов воображаемые детьми ситуации или страхи могут быть представлены в виде сделанных дома рисунков на больших листах бумаги, страшных масок или муляжей (например, дракона, Бабы-Яги, Кощея и других сказочных персонажей). Рисунки разыгрываются в ролях, распределяемых автором.

Игры по рассказам и рисункам сменяются драматизацией общеизвестных сказок. Как и при проигрывании рассказов и рисунков, при игре в сказки и последующем воспроизведении условных и реальных ситуаций первоначально не соблюдается очередность выдвижения детьми игровых тем и некоторые из них могут неоднократно руководить игрой, если предлагают для нее каждый раз новую сказку. Это позволяет создать дополнительный стимул для активности участников группы, поощрить их инициативу и дать возможность раскрыть лидерские качества. Ценность игры в сказки заключается в уменьшении тревожности и страха изменения «я» посредством изображения «страшных» персонажей и взаимодействия с ними. Содержание сказок подразумевает более конкретные (но не слово в слово) диалоги действующих лиц, что тренирует внимание и является организующим моментом при игре. Для проигрывания можно выбрать сказки «Красная Шапочка», «Три медведя», «Дюймовочка», «Золушка», «Волшебник изумрудного города» и др. На многие игры в сказки накладывает отпечаток характер семейных отношений. Так, в игре «Золушка» исполнявшая ее роль девочка 5 лет ранимо реагировала на отношение «сестер», роли которых исполняли взрослые. Последние, войдя в роль, стали подгонять Золушку, с раздражением кричать на нее и угрожать наказанием. Эти привычные для взрослых реакции в семье оказали влияние на дальнейший ход игры. Когда Золушка должна была пригласить «сестер» во дворец, она категорически отказалась это сделать, несмотря на их просьбы. Другая девочка 4 лет,

имеющая конфликтных родителей, превратила в игре «волшебная палочка» себя и одного из мальчиков в бабочек, которые стали дружно жить вместе. Мать девочки заплакала при этом.

После сказок в игре воспроизводятся ситуации, которые могли бы произойти на самом деле, но в другое время, в другом месте и с другими людьми. Врач может в самых общих чертах наметить тематику, в то время как участники группы, импровизируя, должны наполнить ее конкретным содержанием. Например, в ситуации «необитаемый остров», на котором они могли бы очутиться, необходимо распределить обязанности, сделать орудия труда, добыть пищу, построить жилище, защитить себя от нападения и т. д.

Другая условная ситуация — «осада крепости», когда участники игры самостоятельно разделяются на два лагеря. В обороняющемся лагере вначале оказываются неуверенные в себе и тревожные, а в нападающем — стеничные дети с агрессивными тенденциями. В дальнейшем подобное соотношение становится менее контрастным. Разделение играющих на два лагеря может также свидетельствовать о наличии эмоциональных предпочтений в группе.

В игровой ситуации «старинный замок» воспроизводится атмосфера покоя и тишины, уединения, волнующего ожидания. Одни из участников игры, попадая в замок, проходит мимо рыцарских доспехов, старинной мебели, различных затемненных комнат, что условно изображается детьми в слабоосвещенном помещении. Внезапно все оживает, появляются служители замка, препятствующие выходу героя. Последний должен защитить себя и покинуть замок целым и невредимым. В роли главного действующего лица могут выступать все желающие. Наиболее удачные игровые решения встречают одобрение и преподносятся в качестве примера уверенности в себе и гибкого поведения. Подобная игра наиболее целесообразна в подростковом возрасте и позволяет успешно корригировать страх изменения «я».

Происходящее в процессе предшествующих игр отреагирование фантазий и страхов (рассказы, рисунки, маски, муляжи и «оживление» их в игре), агрессивности («осада крепости»), устранение страха принятия решения («необитаемый остров») и изменения «я» (сказки, ситуация «старинный замок») заключается игрой «праздник». В ней воспроизводится атмосфера приподнятого настроения и шумного веселья, когда выступающие на сцене шутят, смешат зрителей, иронизируют по поводу воображаемых недостатков их характера, затем смешиваются в «толпе» и танцуют под ритм бубна. Эмоциональное воздействие такой игры бывает весьма значительным, и ее неоднократное повторение повышает жизнерадостность и активность детей.

Условные ситуации облегчают проигрывание реальных, в которых отражаются жизненные коллизии участников группы. Разыгрывание ситуаций «знакомство», «встреча», «ожидание», «магазин», «библиотека», «прием врача», «урок в школе», «прием у начальника», «выбор кандидатуры», «поход», «поздно вечером» и др. приводит к уменьшению тревоги, связанной с неудачным опытом общения, способствует лучшему раскрытию интеллектуальных и организаторских качеств. Как уже отмечалось, врач принимает участие в игре вместе со всеми. В пределах предписанной ему роли он создает манерой поведения своего персонажа соответствующую психологическую атмосферу, уменьшая возникающие в игре напряжения и оживляя диалоги.

В разнообразных сюжетах на тему «семья» («родители и дети», «братья и сестры», «приготовление уроков», «телевизор», «свободное время», «укладывание спать» и т. д.) отражаются условия жизни детей. Например, они не выбирают роль отца, если он не интересуется жизнью семьи. Непопулярны также роли «плохого сына», «больного», «бабушки». Матери обычно изображаются как властные, чрезмерно требовательные и наказывающие. Рутинность семейных отношений ярко проявляется в изображении родителей, все помыслы которых сосредоточены на том, чтобы насильно накормить детей, заставить их сесть на горшок, лечь спать, наказать при непослушании и т. д. У школьников родители не доверяют детям, без конца проверяют уроки, часто говорят на повышенных тонах, перебивая друг друга.

Основное значение игр, организуемых детьми, состоит в улучшении процесса принятия и проигрывания ролей, преодолении страхов и психологических барьеров на пути общения, возникновении социально-психологической структуры лечебной группы. Это иллюстрируют следующие слова родителей: «Все свои страхи, а заодно и чужие она во время игры переживала заново, но не в резкой форме, а как бы смотря на них со стороны. Так, в процессе занятий она больше начинала бояться паука, комара, пьяного, Змея Горыныча, оживился страх за нас и даже немножко страх темноты. Но все это быстро проходило, и сейчас она всего этого не боится совсем». «После игр в сказки сын с удовольствием посещает группу. Исчезло чувство страха сказочных персонажей. Особенно

хочется отметить посещение с группой подвала, когда он и остальные дети по очереди пугали друг друга. После этого стал оставаться один, засыпает сам в темной комнате, что раньше было невозможно», «Вдруг Наташа неожиданно для меня подбежала к собаке и погладила ее. Не помню, как я сама сдержалась и не одернула ее (ведь сама-то я их тоже боюсь), а, наоборот, похвалила. После этого значительно ослабли глазной тик и заикание». «У зубного врача боль перенесла мужественно и без страха. Ей запломбировали 3 зуба и 3 удалили». «За этот период лечения мы сделали много больших и маленьких побед. Главное, что между нами ослабла тревожная связь, и Ирена сама почувствовала облегчение от этого. Страхи поблекли, а их было очень много. Теперь спокойно смотрит самые страшные сказки. При необходимости остается одна дома. Засыпает также без нас. А главная победа — она стала общительнее, хотя долгий щадящий режим нанес нам большой вред, она отстала в этом плане от сверстников и теперь очень бурно догоняет. Хорошо, что улучшение возникло в нормальной жизненной обстановке, а не в искусственных условиях приема лекарств или больницы», «Более свободно ведет себя на занятиях, доброжелательно настроена к детям», «Пропала внутренняя скованность, Маша безудержно счастлива», «Воспитательница в детском саду сказала, что дочь стала очень озорной и боевой, играет с мальчишками в войну, много балуется», «Если раньше могла играть только вдвоем, то сейчас стала играть сразу с несколькими ребятами», «Ведет себя более раскованно. Раньше не ходила гулять одна, а теперь понемногу гуляет около дома, играет с детьми. Раньше боялась к ним подходить и поэтому гулять всегда ходила с кем-нибудь из взрослых», «В отличие от прошлого, сейчас уходит в школу одна и не допускает, чтобы ее провожали», «Стал более общительным, прошли замкнутость, угрюмость, временами просто веселый, легче играет и сходится с ребятами», «Теперь я приглашаю к дочери других ребят для игры, и это ей очень нравится, как она говорит — дни пошли нескучные».

Остановимся на особенностях формирования отношений в группе при спонтанных играх и играх на темы, предложенные детьми. Эти игры представляют естественный вид их деятельности, выявляя положительные и отрицательные черты характера, особенности взаимоотношений и реагирования в необычных условиях. Постепенно в группе возникают отношения, все более близкие к реальной жизни ее участников. Взаимное восприятие и оценка становятся более критичными, появляются эмоционально обособленные подгруппы, происходит дифференциация группы на лидеров, принятых, изолированных и отвергнутых. Эти статусные различия диагностируются посредством социометрии — индивидуального опроса о предпочтительном или нежелательном выборе других участников группы для совместной игры в поликлинике и дома. Социометрия на данном этапе групповой динамики часто указывает на совпадение положения детей в группе и в реальных условиях, в том числе в детском саду и школе.

Нарастающий процесс статусной дифференциации группы не всегда протекает безболезненно для ее участников. Возможны как временные напряжения между отдельными детьми вследствие борьбы за доминирующее положение, так и конфликтные отношения, особенно в играх, отражающих жизненные ситуации. Тогда группа вовлекается в состояние стресса, являющегося аналогом нарушенных жизненных отношений и исходной невротизации участников игры. В результате стресса возможно закрепление статусных различий. Для принятых членов группы — это позитивная тенденция, для изолированных и отвергнутых — отрицательная. В этом случае есть опасность того, что динамика группы станет инертной и ригидной, зафиксируются патологические стереотипы поведения, и все это вместе взятое явится препятствием для формирования в ней коллективных отношений. Необходимо вовремя заметить данные нежелательные явления, что, однако, не означает незамедлительного вмешательства врача и применения жесткого регламентирования, которое может подорвать активность группы и стимулы к дальнейшей перестройке отношений у ее участников. К тому же они не успевают пережить и должным образом осознать ситуацию стресса. Поэтому группа через обсуждения постепенно подводится к пониманию причин межличностной напряженности посредством аналогии с травмирующим жизненным опытом, но не даются указания в отношении способов снятия группового стресса. Последнее достигается в процессе продолжающейся совместной игры, когда врач корригирует отношения в группе «изнутри» как участник игры и затем поочередно с детьми руководит группой. В роли участника игры врач обладает такими же возможностями воздействия на группу, как и группа по отношению к нему. Но он может, импровизируя в пределах заданной роли, отражать в косвенном виде нежелательные черты поведения у одних детей и подчеркивать положительные черты других, что служит действенным средством изменения их отношений. После этого вводится правило об участии в игре всех детей, которое поддерживается личным примером врача, взаимодействующего со всеми

членами группы, особенно с изолированными в отвергнутыми. Следующим правилом является поочередность выдвижения игровых тем всеми участниками группы, включая врача. Последовательное руководство группой предотвращает узурпирование ее лидерами игровой инициативы, повышает активность и чувство принадлежности к группе у остальных детей. Когда руководство переходит к врачу, он стремится чаще назначать на главные роли изолированных и отвергнутых членов группы, подчеркивая положительные черты их характера. Подобным распределением ролей врач улучшает социально-психологическую структуру группы, что подтверждается данными повторной социометрии, показывающей отсутствие пренебрегаемых и изолированных членов группы, т. е. повышение терпимости к ним. В то же время лидеры продолжают удерживать свой статус, но не противопоставляя себя другим членам группы, а, напротив, оказывая им поддержку.

Чередование руководства группой предоставляет возможность перехода к постоянному руководству со стороны врача с целью достижения направленного психотерапевтического и реадаптационного эффекта. Для этого теперь созданы необходимые условия: группа обладает развитой социально-психологической структурой, отношения в ней носят реальный, близкий к жизни и стабильный характер, имеют место сыгранность ее участников, выраженное чувство принадлежности к группе и заинтересованность в лечении. Кроме того, врач достаточно хорошо изучил личностные особенности детей, их сильные и слабые стороны, чтобы сделать успешным свое направленное воздействие на группу.

Игры на темы, предложенные врачом, проходят в обратной последовательности: сказки, условные и реальные ситуации, рассказы. Руководя игрой, он распределяет роли с учетом личностных и клинических особенностей детей с целью воздействия на играющего характером изображаемого персонажа.

При игре в сказки учитывается, что сущность сказочных персонажей неизменна: волк всегда агрессивен, заяц труслив, лиса хитра и т. д. В реальных ситуациях роль командира говорит об организаторских качествах и храбрости, учителя — о знаниях и т. д. Играя подобные роли, дети имеют возможность лучше осознать свои достоинства и недостатки, преодолеть страх перед некоторыми из реальных аналогов ролей. Последнее обусловлено вживанием в угрожающий образ, т. е. прямым его изображением в игре. Например, страх перед образом Бабы-Яги устраняется, если дети в игре перевоплощаются в этот образ, наделяя его соответствующими атрибутами поведения. Если они боятся учителя, то снять этот страх помогает изображение не самих себя или сверстников, а учителя. В рассматриваемых случаях происходит десенсибилизация к страху через психологический механизм овладения и управления угрожающим образом, устранения ореола его недоступности, конкретизации в сознании. Кроме десенсибилизации, терапевтический эффект обусловлен также отреагированием эмоций.

Реадаптационный эффект групповой психотерапии достигается посредством воспроизведения условных и реальных ситуаций общения с целью овладения навыками адаптивного поведения.

Условные ситуации применяются для выработки адекватных форм психологической защиты в ответ на специально создаваемые модели группового конфликта, например при играх на следующие темы: «ошибка», «неудача», «испорченный телефон», «взаимные психологические портреты», «обвинение», «доказательство», «оскорбление», «обида», «испуг» и т. д.

Темы для реальных ситуаций остаются такими же, как и раньше, но большее внимание уделяется проигрыванию сюжетов, связанных с детским садом, школой и семьей.

Особенностью игр на данной стадии является их дублирование с переменой ролей. После проигрывания какой-либо ситуации ее участники меняются ролями, и она воспроизводится снова, что делает игру более разнообразной, позволяет детям лучше понять себя и друг друга, расширяет ролевой диапазон общения. Врач в выбранной им роли может зеркально отражать нежелательные черты характера одних детей (с целью их осознания), развивать положительные черты других, проецировать некоторые стороны «я» участников группы, раскрывать их желания и потребности, создавать проблемные ситуации общения, подсказывать способы их решения и т. д.

Методически игра строится следующим образом. Каждый из участников вначале рассказывает присутствующим о своих затруднениях при общении со сверстниками и взрослыми. В некоторых случаях ему могут быть подсказаны те или иные ситуации врачом и детьми. В игре рассказчик изображает себя, а врач и остальные дети исполняют согласно его предписаниям роли значимых других, сверстников и взрослых. Игра помогает лучше понять характер проблем главного действующего лица.

Затем роли меняются, и этим лицом становятся по желанию один из детей или врач, показывающие приемлемый вариант поведения в данной ситуации, рассказчик же играет роль значимого другого. В заключение проводится обратная перемена ролей, когда рассказчик снова становится собой, будучи способным к адекватному взаимодействию с другими, т. е. быть собой среди других, успешно преодолевая тем самым трудности общения и закрепляя навыки адаптивного поведения.

В группах больных с логоневрозом и фобиями общения адаптация проводится и в реальных условиях: в школе, магазине, библиотеке и т. д.

Таким образом, ролевая игра осуществляется в несколько приемов: актуализация проблемы, ее разрешение и закрепление достигнутых результатов. Перестройка отношений у каждого из участников игры происходит под воздействием не только врача, но и группы, что говорит о ее коллективной ориентации.

Изменение отношений у некоторых членов группы может быть затруднено из-за наличия неблагоприятных черт характера, в частности эгоцентризма в сочетании с прямолинейностью, чрезмерной принципиальностью и тревожной мнительностью. Здесь требуется дополнительное, направленное воздействие врача, опосредованное коллективным действием группы: в подобных случаях ролевые игры завершаются драматизацией его рассказов, главное действующее лицо которых напоминает своим характером одного из участников группы. Воспроизведение среди сверстников в иносказательной форме неблагоприятных особенностей его характера является эффективным стимулом для их осознания и перестройки.

У дошкольников и младших школьников рассказы врача разыгрываются в виде кукольного представления. Находясь за ширмой с куклой, надетой на руку, врач ведет повествование от ее лица в виде монолога или диалога с другими куклами, изображающими сказочных персонажей и людей. Отличительной чертой игры является периодическое обращение главного персонажа к зрителям, которые тем самым принимают в ней активное участие. Например, ежик спрашивает лису, почему он так часто плачет. Лиса может уклониться от ответа или дать заведомо неправильный. Тогда недовольный ежик обращается к зрителям, которые в данный момент представлены как различные обитатели леса. Затем действие продолжается, и ежик встречается с другими персонажами, которые советуют, как избавиться от плача. Он безуспешно пытается следовать их советам и вновь обращается за помощью. Зрители предлагают различные варианты решений, иногда при этом споря друг с другом. Высказывают свое мнение и дети, поведение которых в косвенной форме отображается в игре. Они, самостоятельно или прислушиваясь к мнению других, находят правильное решение, что говорит об обучающем характере игры. Некоторые из них по собственной инициативе подключаются к игре, взаимодействуя в одной из ролей с персонажем врача.

У подростков применяется методика незаконченных рассказов на реальные темы, развязку которых они должны придумать сами и воспроизвести в игре. В заключение проигрывается наиболее приемлемый вариант. На главную роль назначается участник группы, поведение которого в завуалированном виде воспроизводилось в рассказе. В личностно значимой роли он в той или иной мере отражает групповые нормы адаптивного поведения, что является действенным способом перестройки его отношений.

Таким образом, содержание ролевых игр меняется от терапевтически направленных до обучающих. Терапевтические игры ставят своей целью устранение аффективных препятствий в межличностных отношениях, а обучающие — достижение более адекватной адаптации и социализации детей.

Рассмотрим некоторые принципы ролевой игры, которая понимается как акт творчества и самораскрытия, дающий возможность лучше понять себя и других, перестроить свои отношения. Для этого она строится на основе импровизации как индивидуальной формы самовыражения, разнообразия и смены сюжетов, их увлекательности и актуальности для детей.

Игра подразумевает условность и одновременно реальность происходящего действия. Условность обеспечивается необязательностью грима, декораций и прочих театральных атрибутов. Происходящее может быть подчеркнуто отдельными деталями, например, игрушечный домик, поставленный среди играющих, означает, что действие происходит в нем; елочка олицетворяет лес; линейка, лежащая на полу, символизирует дорогу; стул — стену, препятствие и т. д. Реальность создается вовлеченностью детей в игру и вхождением в игровой образ. Этому же способствует отсутствие режиссерского контроля, назиданий и заученных реплик персонажей.

Главными в игре являются эмоциональная атмосфера, сыгранность участников и их спонтанная активность. Она раскрывает эмоциональные и интеллектуальные резервы группы, когда имеет завершенный характер. Дробление ее на короткие эпизоды и их обсуждения нарушают принцип спонтанности в завершенности игрового действия. При наличии сложных, многоплановых сюжетов они разыгрываются в течение нескольких занятий в виде отдельных серий. Ряд сюжетов на реальные темы (например, «школа») проигрываются несколько раз, но это не означает их повторения ввиду чередования ролей и импровизации диалогов.

Учитывая, что сценическая жизнь той или иной темы имеет свои пределы, она не воспроизводится больше 3—4 раз. При большем числе воспроизведений появляются рутинность и штамп. В этом плане имеет значение в продолжительность «чистой» игры. С одной стороны, требуется какое-то время, чтобы она вошла в нужную колею и проиграла ее сюжет в законченном виде. С другой, излишняя продолжительность приводит к насыщению и потере интереса к игре. Исходя из сказанного, ее оптимальная продолжительность составляет 30 мин. у дошкольников и 45 мин. у школьников.

После снятия эмоциональной напряженности и улучшения процесса общения необходимо укрепление и развитие ряда измененных в процессе болезни психических функций. С этой целью используются игры, развивающие быстроту реакций, внимание, терпение, выносливость и координацию. Наиболее употребительные темы для этих игр: «кто первый», «самый ловкий», «внезапные вопросы», «кегли», «ритмика», «игра с мячом», «бег по счету», «внезапная остановка» и т. д. Они одинаково важны для детей любого возраста и у подростков носят более спортивный, но доступный их возможностям характер. К тому же подобные игры вносят заметное разнообразие в деятельность группы и представляют своеобразную игровую разминку перед обсуждениями.

Обсуждение представляет заключительный этап групповой психотерапии. Цель его состоит в закреплении результатов лечения, дальнейшем расширении кругозора детей и развитии их самосознания. В развернутом виде оно наиболее целесообразно у подростков. В доступной форме обсуждаются такие вопросы, как отношение к себе и окружающим, автономия и зависимость, ответственность и чувство долга, потребности и возможности, признание, дружба и т. д.

Динамику психотерапевтических изменений у детей иллюстрируют следующие высказывания родителей: «В отличие от прежнего, когда панически боялась и не отпускала меня от себя, теперь сама прогоняет меня домой, подолгу гуляет во дворе, легко вступает в контакт с незнакомыми детьми, лазает по заборам, бегает по стройке, приходит домой очень довольная и усталая», «При неудаче уже не бросает, как раньше, начатое дело со слезами и скандалом», «Лучше переносит ожидание», «Полностью снялась расторможенность», «После игр стала менее упрямой, помогает взрослым», «Легче стало ее уговорить, чаще уступает, нет прежней реакции на замечания и обидчивости», «В школу ходит с большим желанием», «На вопрос, как отношения с мальчиками, стал отвечать оптимистично — нормально! Раньше же начинал ныть и жаловаться, что его обижают, дразнят и подшучивают над ним», «Когда раньше дочери задавали стихотворение, она плохо засыпала, ночью несколько раз просыпалась и читала его вслух. Теперь спит спокойно, стихи не читает, в школу идет уверенно. Быстро освоилась в новом классе. С ребятами сходится быстро, подходит к ним сама. По собственной инициативе носит уроки заболевшим девочкам», «За летний период и первый месяц занятий в школе заметны сдвиги в лучшую сторону, стал намного увереннее, исчезли истерики, научился владеть собой, сдерживать слезы. Пытается защищаться, дает сдачи и даже защищает девочек».

Устранение в процессе психотерапии эмоциональных нарушений и перестройка отношений участников группы представляют необходимое условие для ее сплочения на качественно новом уровне коллективных отношений. В группе создается направление в виде терапевтической нормы, социально-ценностных ориентации, коллективной взаимопомощи и чувства ответственной зависимости. Социометрия, проводимая в третий раз, также подтверждает коллективный характер организации группы. Плотность социометрических связей нарастает по критериям формального и неформального выбора, что указывает на совместимость цели лечения с общением детей. Одновременно увеличивается число взаимных и положительных выборов и уменьшается число отрицательных. Наиболее благоприятная ситуация наблюдается в том случае, когда ведущие члены группы имеют лучшие результаты лечения.

Рассмотренный процесс групповой динамики показывает его сложный характер и наличие ряда последовательных фаз.

В первой фазе — *ориентации группы* — происходят эмоциональное объединение детей и появление у них однородных устремлений. В этой фазе возможно возникновение критического периода

в жизни группы — ее эмоционального расторможения.

Во второй фазе — *дифференциации группы* — оформляются статусные различия, симпатии и антипатии детей. В данной фазе возможно появление другого критического периода, обусловленного отражением в группе конфликтных позиций детей и жизни.

В третьей фазе — *интеграции группы* — отмечаются стабилизация ее структуры, сплочение детей и развитие коллективных отношений.

Процесс групповой динамики находится в тесной связи с тактикой руководства группой. В начале групповой психотерапии врач организует детей на выполнение поставленных перед ними задач и содействует их эмоциональному объединению. Затем в группе развивается спонтанная активность и врач переходит на положение одного из ее участников. В этой позиции он вместе с детьми разрешает конфликтные ситуации, способствуя изнутри интеграции группы на коллективном уровне отношений. Коллективная организация группы позволяет осуществлять руководство ею совместно с детьми, что является наилучшим стимулом для перестройки их отношений.

Совместная групповая психотерапия детей и родителей применяется в случаях хронического течения неврозов у детей, сочетающихся с трудноразрешимым семейным конфликтом и ригидными взглядами родителей на воспитание. Попытки присоединить взрослых без специальной подготовки к групповой психотерапии нецелесообразны, так как они непроизвольно вмешиваются в занятия, ограничивая активность детей и навязывая им свою точку зрения. Этим исключаются искренность и сплочение участников группы. К тому же они сами вначале выступают против совместных занятий. Поэтому необходима предварительная медико-педагогическая работа с группой родителей, которая проводится непосредственно перед началом и параллельно групповой психотерапии детей.

На еженедельные занятия приглашаются, по возможности, мать и отец. Цикл из 10 занятий в виде лекций и дискуссий рассчитан в среднем на 2,5 мес. В лекциях освещаются вопросы воспитания, семейных отношений, происхождения неврозов и их профилактики. На некоторых занятиях обсуждаются истории заболевания детей, отражающие актуальные для присутствующих проблемы семейных отношений. Затем проводится дискуссия, в процессе которой вырабатывается общая точка зрения, помогающая родителям найти дополнительные возможности для решения своих затруднений с детьми. Постепенное возникновение в группе коллективных ориентации оказывает положительное влияние на семейные отношения у ее участников.

Коллективный характер отношений в группах детей и родителей позволяет создать единую по целям и задачам группу, руководство которой последовательно осуществляется врачом, детьми и родителями. При руководстве родителями можно наглядно убедиться в постепенном его изменении в сторону большей гибкости и последовательности. Этому способствует пример взаимоотношений врача и детей.

Тематика совместных игр отражает вымышленные и реальные истории. С подростками сразу разыгрываются реальные ситуации. У дошкольников и младших школьников вначале проигрываются сказки, что содействует объединению групп. Постепенно тематика игр все в большей степени ориентируется на школьные и семейные ситуации. Обычно эти темы связаны между собой одним игровым сценарием, в разработке которого участвует вся группа. У школьников занятия начинаются в игровом классе. Урок поочередно ведут «строгий» и «мягкий» учитель. Приходит «директор», который интересуется дисциплиной. Среди учеников есть «двоечники», «отличники», «забияки», «ябеды», «плаксы», роли которых исполняют дети, взрослые и врач, учителей все играют поочередно. Существенно и то, что дети в роли учителей могут делать замечания родителям, изображающим учеников, и воспроизводить тем самым многие из актуальных проблем семейных отношений. На «педсовете» «учителя» сообщают о поведении и успехах «учеников» и принимают необходимые меры. Проводится «родительское собрание», на котором нередко разгорается спор о том, кто виноват — школа или семья — в плохом поведении ученика. На первых «родительских собраниях» дети играют роли своих родителей, в то время как последние — роли родителей других детей. Если собрание ведет подчеркнуто строгий и властный «учитель» (обычно один из детей), то большинство присутствующих возмущаются его излишне строгим и несправедливым отношением, неспособностью найти индивидуальный подход к некоторым ученикам. Все это является наглядным уроком для участвующих в игре родителей. Одна из девочек в роли учительницы, защищаясь, сделала замечание другой девочке, изображающей мать, что она больше заботится о коте, чем о ребенке, что соответствовало истине, так как ее мать, оставив кота, отдала девочку на воспитание своим родителям. В конце «родительского собрания» мнения присутствующих обычно разделяются. Большинство, особенно дети, считают, что

учительница слишком строгая, не прощает ошибок и с недоверием относится к самостоятельности учащихся, что она просто не уважает их и пришла не по призванию в школу. Затем игра переносится в семью. Вначале она связана со школой, затем отделяется от нее и затрагивает разнообразные проблемы взаимоотношений родителей и детей. Как и в игре «школа», они поочередно изображают себя, значимых лиц, друг друга и в конце снова себя. Чередование ролей позволяет играющим более критически взглянуть на себя, сравнивая свое поведение с поведением изображаемых ими лиц.

В играх на тему «семья» показана методика, когда руководство группой осуществляют два разных по полу взрослых. Один из них может быть психологом, родителем или средним медицинским работником, прошедшим специальную подготовку. Принимая участие в игре вместе с родителями и детьми, ведущие игру воспроизводят фрагменты их отношений, но без конкретного обращения к той или иной семье. В то же время родителям и детям нетрудно узнать себя, так как они принимают непосредственное участие в игре.

После показа приемлемых вариантов решения конфликтных ситуаций группа разделяется на пары «взрослый—ребенок». Игра в парах проводится одновременно, но на разные темы, предлагаемые поочередно их участниками. Последние сами договариваются о том, кто будет исполнять роль взрослого, а кто ребенка, но через некоторое время они должны переменить роли и снова проиграть те же сюжеты. Ведущие игру взрослые не участвуют в ней, но при необходимости могут подойти к любой паре и, взяв роль по ситуации, включиться в игровой диалог, оживляя его и придавая ему еще большую остроту. В ряде случаев все пары разыгрывают одну и ту же ситуацию общения с последующим ее групповым обсуждением.

При достижении согласованного взаимодействия в парах их участники меняются. В течение нескольких занятий все дети и взрослые имеют возможность непосредственного общения друг с другом, что улучшает их способность к взаимному диалогу. Когда в паре оказываются родитель и ребенок, то характер их межличностного контакта заметно отличается от привычного для них общения дома. Они лучше представляют себя на месте друг друга и чаще находят взаимоприемлемые решения. Если этого не происходит, то в игровой диалог вступают ведущие игру, одни на стороне родителя, другой на стороне ребенка. Выполняя вспомогательную роль, ведущие непосредственно не общаются между собой, но создают в игре направление, которое позволяет участникам пары лучше понять друг друга.

Авторитарные родители обнаруживают стереотипные способы разрешения игровых ситуаций. В этом случае ведущие работают отдельно с каждым участником пары. Один из них, работающий с родителем, изображает его ребенка, а другой, играющий с ребенком, изображает его родителя. После серии игровых сюжетов роли меняются. Поскольку игра происходит в двух обособленных диадах, то родитель и ребенок не взаимодействуют между собой. Такое построение занятий делает их последующий самостоятельный контакт более гибким.

Рассмотренная методика корригируемого парного взаимодействия отличается разнообразием приемов. Действенным является использование диалогов по типу «обвинения и защиты» с целью улучшения психологической защиты у детей в стрессовых ситуациях общения со взрослыми. В постоянно меняющихся парах один придумывает обвинения и угрозы, например: «Вчера я видел, как вы перешли улицу в неположенном месте», «Мне кажется, что вы думаете только о себе», и т. д., а другой должен их удачно парировать. Затем они меняются ролями. Ведущие показывают примеры диалогов, подчеркивая роль его участников. Спустя некоторое время игровые диады объединяются в триады, и, постепенно увеличиваясь, подгруппы в конце концов сливаются в группу как целое, которая выполняет роль «обвинителя», а в роли «защищающегося» поочередно находятся все ее участники, включая ведущих игру.

Завершающий этап совместной психотерапии состоит из обсуждений особенностей характера и поведения детей. Вначале обсуждения проводятся отдельно с детьми и взрослыми. Затем они по очереди посещают друг друга, один из детей идет в группу взрослых, а его отец или мать — в группу детей. До посещения детей родитель делится с остальными участниками своей группы проблемами отношений с ребенком. Тем самым ставится задача, которая обсуждается и решается уже в отсутствие данного родителя. Взрослые в беседе с ребенком не указывают источника своих сведений о нем, так как могут составить свое предварительное мнение в процессе совместных занятий. Необходимую информацию они получают также из ответов ребенка на их вопросы, затрагивающие разнообразные стороны его взаимоотношений, особенности характера, интересы и увлечения. Беседуя с ребенком, взрослые подчеркивают положительные черты его характера, активность в лечении и полученные

результаты, выражают уверенность в успешном преодолении встречающихся трудностей и указывают, возможные пути. В дружеской манере беседы нетрудно увидеть аналогию с предшествующими семейными обсуждениями, проведенными врачом. Перестраивая отдельные стороны характера и поведения детей, группа родителей является коллективным помощником врача, который участвует в обсуждении наравне со всеми. При необходимости он с помощью соответствующих вопросов создает определенную направленность обсуждений.

В группе детей вопросы к взрослому и содержание беседы с ним свидетельствуют о возросшем уровне их социализации. Вопросы касаются подписки на журналы, посещения кино, театров, музеев, наличия дома цветов, любви к животным, некоторых отношений в семье и т. д.

На заключительных занятиях обсуждения проводятся снова в объединенной группе детей и родителей и направлены на закрепление достигнутых результатов. При этом наблюдаются высокая активность, самокритика и дружеская поддержка ее участников. Сплоченный характер группы выражается в желании ее участников встречаться после окончания лечения, с тем чтобы обсуждать некоторые значимые для них вопросы и помогать друг другу. Поэтому в течение следующего учебного года мы проводим по крайней мере ежемесячные встречи участников группы, во время которых также решается вопрос о необходимости повторного, более краткого курса индивидуальной психотерапии, включая гипнотерапию и назначение общеукрепляющих средств.

Для изучения динамики внушаемости детей и родителей в процессе групповой психотерапии был применен модифицированный нами вариант теста М. Шерифа. В оригинальном виде тест направлен на изучение процесса выработки групповых норм и основан на иллюзии движения светящейся точки в темной комнате. Степень этой иллюзии регулировалась внушающим воздействием врача: «точка движется вверх, вниз, по кругу, останавливается». Исследования производились в начале и в конце групповых занятий. Полученные данные говорят об уменьшении внушаемости по отношению к врачу как у детей, так и у родителей к моменту окончания групповой психотерапии, что указывает на достижение в ее процессе большей степени личностной зрелости и способности к самоконтролю.

Для изучения изменений, происшедших в эмоционально-волевой сфере детей и родителей в процессе групповой психотерапии, был использован 8-цветный тест Люшера. Анализ выбора цветов, произведенного детьми в начале и конце групповой психотерапии, показывает улучшение в их эмоционально-волевом состоянии, что согласуется с клинической динамикой. Уменьшаются тревожность, общее беспокойство, появляется желание действовать, принимать решения, кажущаяся безысходность личностной ситуации сменяется верой в возможность разрешения существующих трудностей. У родителей изменения менее значительны. Можно говорить о появлении большей инициативы в преодолении проблемных ситуаций у посещавших занятия матерей, желании изменить некоторые из своих черт характера у отца. Как у матерей, так и у отцов в конце совместной с детьми групповой психотерапии отмечаются критичность в восприятии конфликтной ситуации, поиск новых решений межличностных проблем. Это подчеркивает патогенетический эффект групповой психотерапии, ведущей к осознанию межличностных источников невротических проблем, адаптивной перестройке отношений и неблагоприятно сформировавшихся черт характера. Наибольшие позитивные изменения связаны с устранением тормозимых черт характера и фобий, увеличением коммуникабельности. Подобная динамика подтверждает преимущественно активирующую направленность групповой психотерапии.

В заключение следует отметить, что исследование эффективности групповой психотерапии в процессе длительного катамнестического наблюдения выявило ее преимущество по сравнению с индивидуальной психотерапией, прежде всего за счет меньшего числа рецидивов неврозов вследствие более глубокой перестройки отношений больных в семье и коллективе. При оценке этих результатов необходимо принять во внимание, что групповая психотерапия проводилась у детей с более тяжелым течением неврозов, плохо курабельных в процессе предшествующей индивидуальной психотерапии. Ввиду этого реальная эффективность групповой психотерапии выше индивидуальной не только по данным катамнеза, но и при ее непосредственном окончании.

Приведем высказывания родителей в отношении итогов групповой психотерапии. «После 2-го занятия лучше стал сходиться с ребятами, не боится подойти первым. Впервые без боязни пошел в школу. После 12-го занятия все терпеливо выдержал у зубного врача, а раньше от страха не мог открыть рот. Был очень доволен, что вы его похвалили и дали значок. После 13-го занятия боялся идти на следующее, так как предстояла психологическая эстафета и он думал, что у него не получится, над ним будут смеяться, останется без значка и т. д. После 14-го занятия остается один в квартире, не боится

ночью идти в туалет. Засыпает один. После 15-го занятия не боится неизвестного, спокойно идет в школу, в том числе на урок физкультуры. Если раньше не подходил к незнакомым детям, то теперь делает это спокойно. Прежде боялся кататься с гор, а теперь очень любит. После 20-го занятии перестал болезненно реагировать на насмешки ребят. Ходит уверенно на физкультуру, даже хочет записаться в секцию. Вскоре приехал отец после 6 мес. плавания. Заявил, что сын стал неузнаваемо хорошим: общительным, небоящимся, спокойно разговаривает со взрослыми, без страха ходит в школу. После 25-го занятия с большим желанием посещает секцию биатлона», «Прошло 6 мес. после окончания занятий. За это время Андрей не сделал ни одной запинки. Во всех ситуациях, включая простудное заболевание, когда волновался и расстраивался, речь оставалась плавной. Все страхи исчезли, даже трудно сказать, в какой период это произошло. Были моменты, когда я, помня о боязни темноты, включала свет или оставляла дверь открытой, так Андрей (ему 5 лет) смеется: «Что это, мама, ты думаешь? Выключай свет». Я чувствую, как он расслабился, счастлив, что может теперь не бояться уколов и темноты. Полностью прошла двигательная расторможенность. В поведении стал ровным», «За время игровых занятий заметно улучшилось состояние дочери. Если раньше в конце четверти были срывы (навязчивые слова, страхи, тики) и она не выдерживала ожидания перед контрольными, то две последние четверти закончила спокойно. Прекратились страхи и навязчивые повторения, исчезли тики не волнуется перед контрольными, не боится опоздать в школу, нет болезненной реакции на оценки. Без мук написала две контрольные на отлично. Меньше теперь обращает на себя внимание. Появился обширный круг знакомых. Любит играть с детьми. Сама приходит из школы, ездит в лифте, остается одна дома. Уроки делает самостоятельно. Стала более уверенной в своих силах и выносливой», «Если вспомнить, как Оля не спала раньше, всех изводила своими пробуждениями и страхами и невозможно при этом было ее успокоить, и это длилось два с половиной года, то сейчас наша жизнь — рай земной», «Этот год мы прожили радостно, с каким-то боевым, бодрым настроением, с верой в будущее», «К положительным сторонам группы следует отнести атмосферу доброжелательности, оптимизма», «Мой сын обратил серьезное внимание на себя, имел возможность сравнивать, обрел уверенность, получил много новых понятий и знаний», «Моя дочь стала меньше раздражаться при неудачах, возросли ее самостоятельность и настойчивость в преодолении трудностей», «Мой сын критически и с большей ответственностью теперь относится к своему поведению, повысился авторитет среди ребят, избран членом совета дружины», «Мои отношения с дочерью изменились в сторону большего доверия и взаимопонимания, появилось понимание ее характера, более широкое, чем раньше, и соответственно изменились в лучшую сторону отношения с ней».

Своевременное и адекватное использование групповой психотерапии в качестве патогенетически обоснованного метода лечения неврозов у детей предотвращает невротическое развитие их личности и представляет собой эффективное средство профилактики неврозов у взрослых.

Средняя продолжительность семейной, индивидуальной и групповой психотерапии составляет 14 мес. Более продолжительного лечения, чем больные с неврастенией и истерическим неврозом (12 мес.), требуют больные с неврозом навязчивых состояний (16 мес.). Средняя продолжительность лечения в 2,65 раза меньше средней продолжительности заболевания. Это статистически достоверное различие подтверждает направленный эффект психотерапевтического воздействия, несводимый к спонтанному выздоровлению больного.

Эффективность психотерапии изучена по данным катамнеза длительностью от 6 мес. до 14 лет. Полное выздоровление отмечено у 30% больных, существенное улучшение — у 45%, незначительное улучшение — у 12% и отсутствие эффекта — у 13%, т. е. в 2/3 случаев достигается ощутимый психотерапевтический эффект у больных с продолжительным и ранее резистентным к лечению неврозом. Заметим, что под выздоровлением подразумевается не только устранение внешних признаков заболевания, но и перестройка в необходимую сторону отношений, черт характера и достижение приемлемого уровня социально-психологической адаптации.

По данным повторного, более отдаленного катамнеза, часть больных в состоянии существенного улучшения переходила в группу практически здоровых лиц, поскольку в процессе психотерапии для этого были заложены все необходимые предпосылки и нужно было лишь время, чтобы окрепшие с возрастом силы организма позволили полностью реализовать ее эффект. В отношении выздоровления нет значимых различий по полу и диагнозу, что является следствием прежде всего личностной направленности психотерапии.

Рецидивы установлены у 27,5% мальчиков и 15% девочек, как правило, у детей соматически и церебрально-органически ослабленных и имеющих характерологически измененных родителей. Они

купировались менее продолжительным курсом психотерапии.

Сравнение эффективности лечения 99 детей, заболевших под воздействием длительно действующей (82%) и шоковой (18%) психической травмы, показало, что в последнем случае успешность психотерапии несколько выше ввиду преобладающего аффективного, а не характерологического уровня невротических расстройств.

Сопоставление действенности различных методик психотерапии неправомерно, так как их выбор продиктован разными задачами и, кроме того, они редко применяются изолированно. При условном сравнении наибольший процент существенных сдвигов в состоянии больного наблюдается от психотерапевтического использования рисования (90%), но только в пределах возраста 4—8 лет, затем от гипнотерапии (81%), внушения наяву (72%) и игровой терапии (63%).

Соматическая отягощенность (44,5%) в большей степени осложняет проведение психотерапии у мальчиков, чем у девочек. Резидуальная церебрально-органическая недостаточность (25%) более отрицательно отражается на результатах лечения девочек. То же относится к влиянию перегрузки (специализированные школы, большое количество кружков). У мальчиков и девочек характерологические изменения статистически достоверно ухудшают эффект психотерапии ($t=2,5$; $p<0,05$).

Неполная семья ослабляет эффект психотерапии только у девочек вследствие аффективно-настороженного отношения к врачу-мужчине, непроизвольно ассоциируемому с ушедшим из семьи отцом. В полных семьях достижению прочных психотерапевтических результатов препятствует конфликт между родителями.

Требует рассмотрения и вопрос о тактике окончания лечения. Его резкое прекращение даже при полном эффекте нередко вселяет в больного чувство тревоги, а в случае рецедива — и пессимизм. Более целесообразен постепенный переход с активного на поддерживающий курс лечения, интенсивность которого уменьшается по мере возрастания жизненного тонуса и возможностей саморегуляции. Обычно после активного курса психотерапии дети в течение 2—3 мес. назначаются на прием 2 раза в месяц, затем в течение 2—3 мес. — раз в месяц. В дальнейшем частота посещений определяется самими детьми и их родителями, которые могут позвонить врачу вне зависимости от срока окончания лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неврозы в детском возрасте являются клинико-психологическим выражением проблем семьи в трех поколениях: прародителей, родителей и детей. В этих поколениях происходят относительное уменьшение выраженности характерологических изменений, в наибольшей мере представленных в прародительской семье, и увеличение невротических, эмоциональных в своей основе и психогенных по своему происхождению изменений личности. Центром перекреста характерологических и невротических изменений в семье являются родители детей с неврозами.

Изменения личности у родителей предшествуют развитию невроза у детей, способствуя возникновению конфликтных отношений в семье и неблагоприятно отражаясь на их воспитании. В связи с этим выделяются эгоцентризм, затрудняющий принятие ребенка и его индивидуальности и эмпатический контакт с ним в дальнейшем; тревожность, лежащая в основе гиперопеки; внутренняя конфликтность, осложняющая отношения в семье; а также излишняя принципиальность, ведущая к негибкости и чрезмерному контролю в отношениях с детьми.

Главным патогенным аспектом отношения родителей является то, что они непроизвольно используют детей для разрешения своих личностных проблем и кризисных ситуаций в семье. Здесь и одностороннее привязывание ребенка к себе, предотвращающее страх одиночества, и конфликтное неприятие в нем черт темперамента и характера другого родителя, гиперопека, уменьшающая чувство беспокойства, эффективность в обращении с детьми, разряжающая эмоциональное напряжение родителей.

Особое значение приобретает паранойяльный настрой родителей, имеющий своими предпосылками авторитарные черты личности прародителей (в основном у бабушки ребенка по линии матери) и общие с прародителями гиперсоциализацию, сензитивность, тревожность. Если гиперсоциализация и сензитивность в той или иной мере присущи обоим родителям, то тревожность — преимущественно матери, отцу же более свойственна мнительность. Вместе это образует тревожно-мнительную констелляцию черт характера родителей.

В плане воспитания авторитарность прародителей сказывается у родителей безоговорочным навязыванием своего мнения, гиперсоциализация — чрезмерной принципиальностью в отношениях с детьми, сензитивность — склонностью к образованию рудиментарных идей отношения в виде недоверчивости и настороженности к собственному опыту ребенка, к влиянию на него сверстников и воспитателей, повышенной обидчивости во взаимоотношениях с ним, ревности к вниманию другого родителя. Тревожность звучит в защите ребенка от невротически воображаемых опасностей, мнительность — в ритуально-педантичном предопределении его образа жизни. Чем выше тревожность матерей и чем они старше по возрасту, тем больше тревожность у детей, клинически проявляемая неврозом страха и неврозом навязчивых состояний. В то же время пунктуальность и педантичность отцов коррелируют со степенью выраженности У детей психомоторных расстройств (в первую очередь навязчивых тиков).

Невротическая, большей частью тревожная, основа паранойяльного настроя мотивирована травмирующим жизненным опытом родителей в прошлом, низкой степенью их самопринятия в настоящем и стремлением предотвратить подобный опыт у ребенка в будущем. В итоге паранойяльный настрой родителей представляет собой не только характерологическое, но и невротическое образование в их личности, являясь сплавом этих образований в изученных нами трех поколениях семьи.

Основная патогенная роль паранойяльного настроя родителей заключается в недоверии к возможностям ребенка, его опыту формирования «я», что приводит к непринятию его индивидуальности, несоответствию требований и ожиданий родителей реальным возможностям детей, их возрастным потребностям, наиболее адекватному для них ритму и темпу психического развития. Недоверие к формирующемуся опыту детей, непринятие их индивидуальности и несоответствие воспитания возрастным возможностям и потребностям развития вместе с конфликтными отношениями в семье представляют собой главные психотравмирующие аспекты существования детей в семье.

Навязывание родителями своей характерологически и невротически измененной «я-концепции» и возникающий вследствие этого внутренний конфликт у детей составляет сущность психогенного механизма происхождения их невроза, когда они воспринимают навязываемый опыт как неестественный для них, несовместимый с возможностями и потребностями развития и отличающийся от норм общения, принятых среди сверстников, т. е. от «я-образа» — представления о себе, с точки зрения других. Навязанный и тем более внушенный опыт не может быть отторгнут усилием воли. Его можно пережить или, как это происходит в изучаемых нами случаях, переболеть им, когда он, подобно инородному телу, может быть отторгнут посредством невроза, выражением чего является аффект — эмоциональное расстройство.

В психологическом отношении невроз — парадоксальное средство решения проблем, реактивно-защитный способ их переработки, неосознаваемая попытка избавиться от них и обрести душевное равновесие. Неосуществимость такой попытки порождает пессимизм, неверие в свои силы и личностный регресс. Вместо присущих детям доверчивости, наивности и непосредственности развиваются недоверчивость, настороженность и страх, представляющие собой неадекватную форму приспособления к действительности, основу для тревожно-мнительного и паранойяльно-защитного развития их личности и создающие среди сверстников мнение о таких детях как о «недотрогах».

Итак, психогенные изменения формирующейся личности детей обусловлены неудачно и драматически переживаемым опытом межличностных отношений, отсутствием возможности создания приемлемой «я-концепции» с вытекающей из этого неустойчивостью самооценки, болезненно-чувствительным, эмоционально-неустойчивым и тревожно-неуверенным «я». Подобный психогенно искаженный образ «я» отличается от сложившегося образа «я», идеального стандарта и стандарта культуры и свидетельствует о невротической дезинтеграции процесса формирования личности ребенка, его маргинальной, противоречивой внутренней позиции. Невротическая дезинтеграция «я» переживается вначале как невозможность соответствовать требованиям и ожиданиям родителей и оставаться в то же время самим собой, в дальнейшем — как несоответствие нормам общения, принятым среди сверстников. Неразрешимый характер этого внутреннего противоречия как источник постоянной аффективной напряженности и беспокойства декомпенсирует защитные силы организма, его активность и жизненный тонус. В этих условиях нарастает аффективная непереносимость сложных жизненных ситуаций, обусловленная психотравмирующим жизненным опытом, беспокойством и страхом изменения «я» и проявляющаяся тревожно-мнительным, аффективно-нетерпеливым и защитно-эгоцентрическим стереотипом личностного реагирования.

В результате невроз как болезненно-защитная форма реагирования на аффективно переживаемые

и неразрешимые проблемы развития, выражения и признания своего «я» снижает творческий, эмпатический потенциал личности, осложняет адаптацию среди сверстников и затрудняет дальнейшее принятие ролей.

Ключевыми вопросами патогенеза являются тесно связанные между собой паранойяльный настрой родителей, страх изменения «я» у детей и неразрешимая для них проблема «быть собой среди других». Если паранойяльный настрой родителей проявляется недоверием к детям, то следствием этого будет недоверие детей к себе, выражающееся неуверенностью в своих силах и возможностях. Неверие в себя, иначе низкий уровень самопринятия, порождает недоверие к другим, к новому опыту, неспособность к переменам, что находит свое отражение в страхе изменения «я». Недоверие к себе (неуверенность) и недоверие к другим (страх изменения «я») создают неразрешимую для личности проблему «быть собой среди других».

Основанная на патогенезе неврозов психотерапия направлена на восстановление и укрепление психического единства личности в процессе семейной, индивидуальной и групповой психотерапии.

Задача семейной психотерапии заключается в восстановлении функционального единства семьи посредством нормализации отношений и психического здоровья ее членов. В первую очередь это относится к родителям, психотерапия у которых проводится одновременно с психотерапией у детей. Вместе с формированием оптимального настроя родителей на лечение, изменением их взглядов на воспитание и сотрудничеством с врачом в разрешении ряда семейных проблем это создает необходимые предпосылки для психотерапии детей.

Задача индивидуальной психотерапии состоит в достижении психического единства и актуализации возможностей развития посредством перестройки отношений, разрешения внутреннего конфликта, устранения блокирующих личностное развитие страха изменения «я», неуверенности в себе и болезненного перенапряжения психофизиологических ресурсов организма. Действенность психотерапевтического вмешательства, включая внушение, объясняется принципиально обратимым характером невротических расстройств, когда усиление здорового «я», адаптивных систем организма в процессе психотерапии сопровождается ослаблением и отторжением болезненного «я», клинических проявлений невроза, укрепляя тем самым ядро личности и ее психическое единство. Интеграции «я» способствует доверие врача и родителей к больному. Вместе с улучшением самочувствия это развивает доверие к себе и отзывчивость к другим, что создает веру в себя, выражаемую уверенностью в своих силах и возможностях, решительностью в действиях. В результате индивидуальной психотерапии развивается умение контролировать чувства и владеть собой.

Необходимым условием для проведения групповой психотерапии является позитивная динамика личностных изменений при индивидуальной психотерапии ввиду улучшения нервно-психического состояния больного, в первую очередь уменьшения возбудимости, астении и психомоторных расстройств, разрешения в основных чертах внутреннего конфликта, развития доверия к себе и уверенности в своих силах. Задача групповой психотерапии заключается в укреплении психического единства личности посредством нормализации межличностных отношений. Обучающей моделью адаптивного взаимодействия служит сама психотерапевтическая группа, состоящая вначале из сверстников, а затем из сверстников и взрослых.

В рассматриваемом значении психотерапия означает не возврат к прошлому, а свободу от его посягательств на настоящее и будущее снятием зафиксированных в прошлом опыте страхов и тревог, уверенность в себе и одновременно в своей способности соответствовать другим, быть среди них. В этом плане особое значение приобретает коррекция недоверия родителей к детям (в процессе семейной психотерапии), недоверия детей к себе (в процессе индивидуальной психотерапии), недоверия к другим, выражаемого страхом изменения «я» в процессе групповой психотерапии, что приводит к разрешению личностной проблемы «быть собой среди других».

Таким образом, семейная, индивидуальная и групповая психотерапия представляет стадии единого, системно понимаемого психотерапевтического процесса, направленного на восстановление и укрепление психического единства личности посредством нормализации отношений в семье (семейная психотерапия), разрешения внутреннего конфликта (индивидуальная психотерапия) и налаживания отношений со сверстниками (групповая психотерапия). Итогом психотерапевтического процесса является нормализация психического функционирования и актуализация возможностей личностного развития в социальном контексте отношений.

Без оказания соответствующей психотерапевтической помощи психогенные нарушения в формировании личности детей становятся устойчивыми, эгоцентрически заостренными и тормозимыми

чертами характера, что способствует появлению у них в дальнейшем под влиянием тех или иных жизненных трудностей аффективно неразрешимых проблем общения и понимания других людей, которые, в свою очередь, могут оказывать неблагоприятное воздействие на взаимопонимание в браке и воспитание детей. Разорвать этот замкнутый круг можно только широким комплексом социальных, медико-педагогических, психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий, включая дальнейшее развитие специализированной Службы семьи и организацию направленной психотерапевтической помощи детям и подросткам.

ЛИТЕРАТУРА

Аркин Е. А. Ребенок в дошкольные годы. — М., 1968.

Асатиани Н. М. Психотерапия невроза навязчивых состояний. — В кн.: Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. — М., 1974, с. 189-197.

Балинский И. М. Лекции по психиатрии. — Л., 1958.

Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова М. А. Психическая травма. — В кн.: Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. — Ташкент, 1979, с. 24—43.

Бехтерев В. М. Вопросы воспитания в возрасте первого детства. — СПб 1909.

Бехтерев В. М. Внушение и воспитание. — СПб., 1912.

Блей Е. А. Психогении в раннем детском возрасте. — Журн. невропатол. и психиатр., 1940, в. 12, с. 56—61.

Бодалев А. А. Восприятие человека человеком. — Л., 1965.

Булахова Л. А., Уманская Н. М., Кузнецов В. Н. Роль психогенных факторов и резидуально-органической церебральной недостаточности в возникновении заикания. — В кн.: 4-й симпозиум детских психиатров социалистических стран. — М., 1976, с. 21—26.

Бурно М. Е. Внушение и самовнушение. — В кн.: Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. — М., 1974, с. 84—90.

Буянов М. И. Об узловых вопросах организации психотерапевтической помощи детям и подросткам. — В кн.: Материалы 3-й Всеросс. конф. по неврологии и психиатрии детского возраста. — М., 1971, с. 189-191.

Буянов М. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков (суггестивные и тренировочные методики). — М., 1976.

Буянов М. И. Клиника и лечение энуреза в детском возрасте. Методические рекомендации. М., 1977.

Буянов М. И., Драпкин Б. З. Основные тенденции современной психотерапии детей и подростков, страдающих неврозами. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1977, с. 102—106.

Вешапели Н. Г. Место психотерапии в лечебно-педагогической практике детского психиатра. — В кн.: Вопросы психиатрии. — М., 1958, с. 154-157.

Винкшна И. А. К характеристике системы отношений личности больных, страдающих неврозами. — В кн.: Клинико-психологические исследования личности. — Л., 1971, с. 87—89.

Винкшна И. А. Об использовании экспериментально-психологических методов для оценки эффективности психотерапии больных неврозами. — В кн.: Проблемы медицинской психологии. — Л., 1976, с. 232-234.

Виш И. М. Опыт лечения неврозов и невроподобных состояний у детей школьного возраста. — В кн.: Неврозы. — Харьков, 1974, с. 219-220.

Власов В. Н. Проблема адаптации детей в дошкольном детском коллективе. — В кн.: Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими нарушениями. — Л., 1978, с. 139—142.

Волкова Г. А. Коррекционная работа с заикающимися детьми дошкольного возраста по системе игр. — В кн.: Педагогические пути устранения речевых нарушений у детей. — Л., 1976, с. 26—58.

Вольперт И. Е. Психотерапия. — Л., 1972.

Гарбузов В. И. К вопросу об особенностях невроза навязчивых состояний у детей и подростков. — В кн.: Психические заболевания. — Л., 1970 с., 190-194.

Гарбузов В. И. Особенности психотерапии в семье с единственным ребенком, страдающим неврозом. — В кн.: Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1978, с. 87-93.

Гарбузов В. Н. и др. Неврозы у детей и их лечение. Л., 1977.

Гелина Л. И. Психотерапия и гипноз в практике детского отделения психо-неврологической больницы. — В кн.: Учение И. П. Павлова в лечебной практике психоневрологической больницы. — М., 1954, с. 56-61.

Гиляровский В. А. Узловые моменты в проблеме неврозов. — Сов. невропатол., психиатр, и психогиг., 1934, в. 2—3, с. 74—86.

Гиляровский В. А. Психиатрия. — М., 1938.

Головань Л. И. Клинические особенности невротических расстройств у детей с задержкой психического развития. — В кн.: 4-й симпозиум детских психиатров социалистических стран. — М., 1976, с. 195-199.

Голубева Л. Г., Гриднева Т. В. и Тонкова-Ямпольская Р. В. О возникновении преневротических расстройств у детей раннего возраста. — Журн. невропатол. и психиатр., 1974, в. 10, с. 1525—1527.

Гольбин А. Ц. Патологический сон у детей. — Л., 1979.

Грибоедов А. С. Детская психопатология и лечебная педагогика. — Л., 1926.

Губачев Ю. М., Либих С. С. Основы психосоматических отношений в клинике внутренних болезней. Психотерапия при соматических заболеваниях. Учебное пособие по терапии. — Л., 1977.

Гуськов В., Мягков И. Ф. Психотерапия при реактивных состояниях и неврозах детского возраста. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1966, с. 73-74.

Давиденков С. Н. Основы профилактики и невроза. — Клин, мед., 1954, № 3, с. 3-8.

Дмитриева Н. В. К вопросу об особенностях психотерапии неврозов в детском возрасте. — В кн.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. — Харьков, 1968, с. 399—401.

Драпкин Б. З. Некоторые особенности гипнотерапии в детском и подростковом возрастах. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1966, с. 41-43.

Драпкин Б. З. Предупреждение и лечение заикания. — М., 1968.

Драпкин Б. З. Психотерапия в комплексном лечении больных заиканием подростков. — В кн.: Тезисы докладов конф. по психотерапии. - М., 1973, с. 60-64.

Драпкин Б. З., Трифонов О. А. Лечебная педагогика при некоторых психических заболеваниях у детей и подростков. — В кн.: Психиатрия детского возраста. — М., 1979, с. 585—602.

Дьякова Н. Н. Нервно-возбудимые дети и их воспитание. — М., 1929.

Захаров А. И. Социально-психологические особенности групповой психотерапии детских неврозов. — В кн.: Экспериментальная и прикладная психология. Вып. 4. —Л., 1971, с. 33—38.

Захаров А. И. К изучению роли аномалий семейного воспитания в патогенезе неврозов детского возраста. — В кн.: Неврозы и пограничные состояния. — Л., 1972, с. 53—55.

Захаров А. И. Динамика семейной психотерапии в клинике неврозов детского возраста. — В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1973, с. 120—127.

Захаров А. И. К психотерапии невротических реакций страха в раннем детском возрасте. — В кн.: Третий Всеросс. съезд невропатологов и психиатров, т. 2. — М., 1974, с. 246—249.

Захаров А. И. Предпосылки патогенетически обоснованной семейной психотерапии детей с невротическими расстройствами. — В кн.: Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1978, с. 75—86.

Захаров А. И. Групповая психотерапия при неврозах детского возраста. Методические рекомендации. — Л., 1979.

Зачепицкий Р. А. и Яковлева Е. К. Роль неправильного воспитания в происхождении неврозов. — М., 1960.

Иванов Н. В. К вопросу об особенностях психотерапии патологических влечений в детском возрасте. — В кн.: Вопросы детской психоневрологии. — М., 1958, с. 274—234.

Иогихес М. И. Неврозы в детском возрасте. — М., Л., 1929.

Кабанов М. М. Психотерапия и медицинская психология. — В кн.: Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. — Л., 1976, с. 53—55.

Каганова Э. Д. Организация детского коллектива и работа врача в нем как один из методов психоневрологической диспансеризации. — Охрана здоровья детей и подростков. — М., 1933, № 5-6, с. 32-38.

Карандашева Э. А. и Мурзенко В. А. К клинико-психологической и биохимической характеристике фобического синдрома у больных неврозами. — В кн.: Неврозы и пограничные состояния. Л., 1972, с. 49-53.

Карвасарский Б. Д. Неврозы. М., 1980.

Карвасарский Б. Д., Шурина Г. И., Мурзенко В. А. и др. Диагностика и психотерапия неврозов в условиях специализированного отделения. Методические рекомендации. —Л., 1979.

Каубиш В. К., Нечаев М. Л. Групповая психотерапия в условиях детского психиатрического отделения. — В кн.: Медико-психологические аспекты реабилитации детей и подростков с психическими заболеваниями. — Л., 1978, с. 68—73.

Каценельсон Ф. Я., Горелик Е. И. Опыт применения психотерапии в детском возрасте. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1958, с. 160-164.

Кириченко Е. И., Журба Л. Т. Клинико-патогенетическая классификация невропатии у детей раннего возраста. — В кн.: 4-й Симпозиум детских психиатров социалистических стран. — М., 1976, с. 223-227.

Ковалев В. В. Психогенно обусловленные формы патологии поведения у детей и подростков. — В кн.: Вопросы изучения детей с отклонениями в развитии — М., 1968, с. 119—132.

Ковалев В. В. Неврозы и реактивные состояния в свете динамического изучения. — В кн.: Неврозы и их лечение. —Л., 1969, с. 221—226.

Ковалев В. В. Основные принципы и особенности психотерапии детей и подростков. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1972, с. 32-40.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М., 1979.

Ковалев В. В., Буянов М. И. Основы психотерапии детей и подростков. — В кн.: Психиатрия детского возраста. — М., 1979, с. 562—584.

Ковалев В. В., Шевченко К. С. Невроз навязчивых состояний у детей и подростков. Методические рекомендации. — М., 1980.

Козлов В. П. Профилактика и психотерапия фобических состояний у детей. — В кн.: Проблемы психопрофилактики нервных и психических расстройств. — Л., 1976. с. 24—27.

Козлов В. П. Коррекция одностороннего воспитания детей в семье. — В кн.: Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1978, с. 93—96.

Коган А. Г. Лечебная педагогика в детском санатории. — Л., 1977.

Конончук Н. В. О патогенетическом значении различий в формах реагирования в ответ на жизненные трудности. В кн.: Проблемы психопрофилактики нервных и психических расстройств. — Л., 1976, с. 68-72.

Консторум С. И. Опыт практической психотерапии. — М., 1962.

Красногорский Н. И. Труды по изучению высшей нервной деятельности человека и животных, т. 1. — М., 1954.

Кудрявцева В. П. Два основных принципа психотерапии и лечебной педагогики в детском возрасте. — В кн.: Тезисы Всесоюзн. научно-практ. конф. по психиатрии детского возраста. — М., 1957, с. 38—39.

Кудрявцева В. П. О психотерапии у детей со слабой нервной системой. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1958, с. 147—154.

Кулаков В. Психология внушения. — Иваново, 1978.

Лакосина Н. Д. Клинические варианты невротического развития. — М., 1970.

Лакосина Н. Д. Некоторые особенности психотерапии в пограничной психиатрии. — В кн.: 6-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров, т. 1. — М., 1975, с. 495—497.

Ласков Б. И., Креймер А. Я. Энурез. — М., 1975.

Либих С. С. Коллективная психотерапия неврозов. — Л., 1974.

Липгарт Н. К. Современные методы лечения больных с неврозами. Методические рекомендации. — Харьков, 1974.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.—Л.: Медицина, 1977.

Личко А. Е. Особенности психотерапии подростков в зависимости от типа акцентуации характера. — В кн.: 3-й Междунар. симпозиум социалистических стран по психотерапии. — Л., 1979, с. 156-158.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия. —Л., 1979.

Личко А. Е., Скроцкий Ю. А., Эйдемиллер Э. Г. Психотерапия при психопатиях и акцентуациях характера у подростков. — В кн.: Вопросы психотерапии. — Харьков, 1977, с. 115—118.

Макаренко А. С. Методика организации воспитательного процесса. — М., 1950.

Местиашвили М. Г. К психологической природе постгипнотического внушения. — В кн.:

Вопросы психотерапии. — М., 1966, с. 54.

Мишина Т. М. Психологическое исследование супружеских отношений при неврозах. — В кн.: Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1978, с. 13—20.

Мохина И. В. К вопросу о психологии межличностных отношений в браке. — В кн.: Психология и медицина. — М., 1978, с. 411-413.

Мягер В. К. Критерии эффективности психотерапии. — В кн.: Клинико-психологические исследования личности. —Л., 1971, с. 237-239.

Мягер В. К. Общие принципы и методика семейной психотерапии у больных неврозами. — В кн.: Тезисы докладов конф. по психотерапии. — М., 1973, с. 83—87.

Мягер В. К. Дизицефальные нарушения и неврозы. — Л., 1976.

Мягер В. К. и Мишина Т. М. Семейная психотерапия при неврозах. Методические рекомендации. — Л., 1976.

Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л., 1960.

Мясищев В. Н. Значение проблемы неврозов, ее современное состояние и задачи ее разработки. — В кн.: Пограничные состояния. — М., 1965, с. 15-23.

Мясищев В. Н. Развитие учения о неврозах и психотерапии. — В кн.: Вопросы психиатрии и невропатологии. — Л., 1968, с. 64—72.

Мясищев В. Н. Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья. — В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1973, с. 7-20.

Мясищев В. Н. и Карвасарский Б. Д. Некоторые теоретические и практические выводы из изучения 1000 больных отделения неврозов. — Журн. невропатол. и психиатр., 1967, в. 6, с. 897—900.

Немчин Т. Л. Клинические особенности страха при неврозах. — В кн.: Вопросы психиатрии и невропатологии. — Л., 1965, с. 209-217.

Обозов Н. Н. Межличностные отношения. — Л., 1979.

Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста. — М.; Л., 1934.

Остова Е. А. К вопросу о значении возрастного фактора в построении психических отклонений в дошкольном возрасте. — Сов. невропатол., психиатр, и психогиг., 1932, в. 8, с. 377—385.

Остова Е. А. и Ижболдина О. Ф. К вопросу о психогигиенической и психопрофилактической работе в массовом детском саду. — В кн.: Вопросы психоневрологии детей и подростков. — М., 1934, с. 180-198.

Пакшвер И. Г. О различных методах лечебно-педагогического воздействия при невротических и психопатоподобных состояниях у детей и подростков. — В кн.: Материалы 3-й Всеросс. конф. по невропатологии и психиатрии детского возраста. — М., 1971, с. 271-272.

Певзнер М. С. Некоторые вопросы организации лечебно-педагогической работы. — В кн.: Вопросы психиатрии детского возраста. — М., 1962, с. 204-210.

Пивоварова Г. Н. Затяжные реактивные состояния у детей и подростков. - М., 1962.

Пивоварова Г. Н. и Симеон Т. П. Неврозы детского и подросткового возраста. — В кн.: Неврозы. — Петрозаводск, 1956, с. 58—64.

Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. — М., 1962.

Рожнов В. Е. Лекции по психотерапии. — М., 1971.

Рожнов В. Е., Лившиц Л. С. Лечебные внушения в парадоксальной фазе естественного сна. — В кн.: Тезисы докладов конф. по психотерапии. - М., 1973, с. 97-101.

Рожнов В. Е., Драпкин Б. З. Особенности психотерапии детей и подростков. — В кн.: Руководство по психотерапии. — М., 1974, с. 259-272.

Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. — М., 1974.

Самойленко Н. С. Применение ритмики при работе с нервно-больными людьми. — В кн.: Психопатология и психопрофилактика детского возраста. — М., 1929, с. 108—115.

Симеон Т. П. Реактивные состояния и патологические развития личности в раннем детском возрасте. — Сов. невропатол., психиатр, и психогиг., 1934, в. 1, с. 121 — 138.

Симеон Т. П. Реактивные состояния у детей, бывших в условиях оккупации. — Невропатол. и психиатр., 1944, в. 3, с. 40—45.

Симеон Т. П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. — М., 1958.

Симеон Т. П., Модель М. М. и Гальперин Л. И. Психоневрология детского возраста. — М., 1935.

Социальная адаптация детей в дошкольных учреждениях. — М., 1980.

Спиваковская Л. С. Нарушения игровой деятельности. — М., 1980.

Стрельчук И. В. О некоторых физиологических механизмах гипнотерапевтического воздействия. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1966, с. 27-29.

Сухарева Г. Е. Опыт лечебной педагогики. — Педологич. журн., 1924, № 3/6, с. 95-106.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста, т. 2.-М., 1959.

Сухарева Г. Е., Лапидес М. И. О работе психоневрологического кабинета для детей и подростков при психоневрологическом диспансере и детской поликлинике. — М., 1959.

Сухарева Г. Е. и Юсевич Л. С. Психогенные патологические реакции (неврозы). — В кн.: Многотомное руководство по педиатрии, т. 8.-М., 1965, с. 332-352.

Ташлыков В. А. Клинико-экспериментальное исследование взаимоотношений врача и больного в процессе психотерапии. — В кн.: Неврозы и пограничные расстройства. -Л., 1972, с. 38—43.

Токарский А. А. Гипнотизм в педагогике. — М., 1895.

Трифонов О. А. К динамике неврозов, начавшихся в детском возрасте. — В кн.: Клиническая динамика неврозов и психопатии. — М., 1967, с. 87-101.

Тупицын Ю. Я. Клинико-психологическис аспекты диагностики и лечения истерии. — В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1973, с. 86—91.

Ушаков Г. К. Профилактика нервно-психических расстройств у детей. — М., 1966.

Ушаков Г. К. Детская психиатрия. — М., 1973.

Файнберг С. Г. К патогенезу реактивных состояний у детей. — В кн.: Вопросы детской психоневрологии. — Л., 1961, с. 333—338.

Файнберг С. Г. Особенности психотерапии у детей. — В кн.: Тезисы докладов конференции по психотерапии. — М., 1973, с. 127-131.

Федоров А. П. Эффективность лечения больных неврозами и ее клинико-психологические критерии. — В кн.: Проблемы медицинской психологии. — Л., 1976, с. 299—301.

Харитонов Р. А., Хрипкова Л. М. Две психологические игровые методики в клинике детской психиатрии. — В кн.: Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. — Л., 1976, с. 130—132.

Шварц И. Е. Внушение в педагогическом процессе. — Пермь. 1971.

Шевченко Ю. С. Опыт организации амбулаторного психотерапевтического приема детей и подростков. — В кн.: IV симпозиум детских психиатров социалистических стран. — М., 1976, с. 375—378.

Эльконин Д. Б. Психология игры. — М., 1978.

Эйдемиллер Э. Г. Особенности семейной психотерапии в подростковой психиатрической клинике. — В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1973, с. 110—120.

Яковлева Е. К. Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний и психастении. —Л., 1958.

Abramovitz C. V. The Effectiveness of Group Psychotherapy with Children. — Arch. Gen. Psychiat., 1976, v. 31, N 3, p. 320-326.

Ackerman N. W. The Psychodynamics of Family Life: Diagnosis and Treatment of Family Relationships. — N. Y., 1958.

Adler A. Ober Den Nervosen charakter. — Munchen, 1928.

Adler A. Die Technic der individual Psyhologie. Erster Teil. — Munchen, 1928; Zweiter Teil.-Munchen, 1930.

Alien F. Psychotherapy with children.—N. Y., 1942.

Anderson H., Marrone R. T. Group Therapy for Emotionally Disturbed Children; A Key to Effective Education.—Am. J. Orthopsychiat., 1977, v. 47, N I, p. 97-103.

Axline V. M. Play therapy.—Boston, 1947.

Bandura A. Principles of Behaviour Modification.—N. Y., 1969.

Beal Cl. Utilisation de 1'expression corporelle dans un but psychothcrapique. — Rev. Neuropsychiat. infant., 1971, v. 19, N 9—10, p. 565-571.

BellJ. E. Family Group Therapy. - N. Y. 1957.

Berge A. Psychotherapie du groupe familial — Rev. Neuropsychiat. infant 1965, t. 13, N 9, p. 652-657.

Bouchal *M., Dufkova D., Robes M.* Thematicka psychoterapeuticka skupina. — Cesk. psyciat., 1973, N 3. 1. 163-170.

Bromwich R. M. Focus on Maternal behaviour in infant intervention.—Am. J. Orthopsychiat., 1976, v. 46, N 3, p. 439—446.

Buckle D., Lebovici S. Ребенок в семье. — В кн.: Семейная психиатрия и проблемы психогигиены в Европе. ВОЗ, т. 28.—Женева, с. 41—48.

Carroll E. I. Treatment of the Family as a Unit.—Pensilv. Med. J. 1960 v. 63, p. 57-62.

Carman I. De la possibilite chez 1'enfant d'une psychotherapie par ie jeu sans interpetation.—Rev. Neuropsychiat. infant., 1973, t. 21, N 9, p. 543-550.

Cosnier L, Kohler C., Bonnefov S. A propos d'une experience de psychanalyse dramatique de groupe chez 1'enfant.—Rev. Neuropsychiat. infant., 1971, t. 19 N 9-10, p. 498-517.

Dellaert R., Nultin B. L'expression corporelle spontancc de themes librement choisis.—Rev. Nevropsychiat. infant., 1969, t. 17, N 6—7, p. 435—442.

Duche I. D. Psychotherapies de 1'enfant — Paris, 1967.

Erikson E. H. Toys and reasons. In: Child psychotherapy: practice and theory/ Ed. M. R. Haworth—N. Y., 1964, p. 3-11.

Erikson E. И. Identity: Youth and Crisis.-N. Y., 1968.

Eysenck H. Learning theory and behaviour therapy.—J. Med. Sci. 1959 v. 105, p. 61-75.

Frank J. D. Jak leery psychotherapia. — Psychotherapia, Krakow, 1977, b. 20 c. 3-10.

(Freud S.) *Фрейд З.* Лекции по введению в психоанализ. Вып. 1—2. Пер. с нем.—М., 1922.

Freud S. New introductory lectures on psychoanalysts (1932—1933).-Compl. Psychol. Works, 1944, v.22, p. 1-182.

Freud S. The Psycoanalytical Treatment of a Child. Lectures and EssaysGardner R. A. Dramatized Slorylelling in Child Psychotherapy.—Acta paedopsychiat., 1975, v. 41, N 3, p. 110—116.

Ginott H. 0. Group Psychotherapy with Children—N. Y., 1961. uraham Ph. Management in Child Psychiatry: Recent Trends.—Brit. J. Psvchiat., 1976, v. 129, p. 97-108.

Hagman R. R. A study of fears of children of preschool age.—J. exp. Educ 1932, Nl.p. 110-130.

Horney K. Neurosis and Human Growth.—N. Y., 1950.

Howells I. 0. Theory and Practice of Family Psychiatry.—Edinburg, 1968.

(Hug-Helmuth И.) Гуг-Гельмут Г. Новые пути к познанию детского возраста. Пер. с нем. — Л., 1926.

Jones M. C. The elimination of children's fears.—J. exp. Psyc., 1924, N 7, p. 382-390.

Jung C. G. Analytical Psychology. Its Theory and Practice. — N. Y., 1970.

Kessterl. W. Psychopathology of childhood,—N. Y., 1966.

Klein M. Die Psychoanalyse des Kindes — Basel, 1971.

Krauss C., Scholz V., Knopfel M. Konfliktspiel lind dessen Modifizierung im Behandlungsverlant von Kindern.-Psychiat. Neurol. med. Psychol., (Lpz.), 1977, N 10, S. 606-609.

(Kretschmer E.) *Кречмер Э.* Медицинская психология. Пер. с нем.—М., 1927.

Krevelen D. A. On the Use of the Family Drawing Test. — Acta paedopsychiat., 1975, v. 41, N3, p. 104-109.

Lamontague V. La therapie comportementable en psychiatric infantile.—Rev. Neuropsychiat. infant., 1975, t. 23, N 5—6, p. 249—266.

Lebovici S. Psychodrama as applied to adolescents.—J. child, psychol. psychiat., 1961, N 1, p. 298-305.

Lehmann G. Erfahningen mit dem Stegreifmarchenspiel im Rahmen der klinischen Psychotherapie — Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.), 1968. N 10, S. 374-380.

Levy D. M. Release therapy.—Am. J. Orthopsychiat., 1939, N 9, p. 913-936.

(Mayor A.) *Майер А.* Проблема преподавания психиатрии на основе генетически динамического направления.—Сов. психоневрол., 1934, в. 2, с. 17—31.

Male P., Girard-DoumicA., Benhamon F. L'Abord la Technique et 1'importance des psychotherapics du premier age.—Rev. Neuropsychiat. infant., 1969. t. 17, N 12, p. 847-850.

Monod M., Basse J. Psychotherapie de groupe aupres d'adolescents presentant des troubles de expression.—Rev. Neuropsychiat. infant., 1965, v. 13, N 12, p. 867-872.

Moreno J. L. Group psychotherapy — N. Y., 1946.

Moustakas C. E. Psychotherapy with children. The Living Relationship.—N. Y., 1970.

Pearson G. Emotional disorders of children.—N. Y., 1949.

Rogers C., Kinget 0. M. Psychotherapie et relations humaines. Theoric et pratique de la therapie non-directive. — Louvain — Pans, 1965.

(Rousseau) *Руссо Ж. Ж,* Эмиль, или О воспитании. Пер. с франц.—1896.

(Sandler I.) *Сандлер И.* Гемпстедская детская клиника. — В кн.: Семейная психиатрия и

проблемы психогигиены в Европе. ВОЗ, т. 28,-Женева, 1966, с. 128-143.

Schachter R. S. Kinetic Psychotherapy in the treatment of Child. — Am. J. psychother., 1974, v. 28, N 3, p. 430-437.

Slavson S. R. An introduction to group therapy. — N. Y., 1943.

Skynner A. C. Systems of Family and Marital Psychotherapy.—N. Y., 1976.

Spiel W. Therapie in der Kinder — und jugendpsychiatrie — Stuttgart, 1976.

Sullivan H. S. The Interpersonal Theory of Psychiatry. — N. Y., 1953.

Testemale G., Monod M., Widlocher D. Psychotherapie d'childs et d'adolescents par ie psychodrame.— Rev. Neuropsychiat. infant., 1971, t. 19, N 9-10, p. 485-495.

(Volgyesi F. A.) *Велъдеша Ф. А.* Гипнотерапия при нарушениях органического и психического происхождения у подростков.—Журн. невропатол. и психиатр., 1965, в. 7, с. 1097—1099.

Vitle-Bourgoin E. A propos d'une methode de psychotherapie de 1'enfant prodiquce par la mere elle-meme, slir un mode de satisfaction regressives et sous controle d'un psychotherapie.—Paris, 1962.

Wolpe J. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.—Stanford, 1958.

ССЫЛКИ

1) Захаров А. И. Психологические особенности восприятия детьми роли родителей. — Вопр. психол., 1982, в. 1. с. 59—68.

2) Захаров А. И. Экспериментальное исследование внушаемости как личностно-детерминированного процесса. — В кн.: Психические состояния. Экспериментальная и прикладная психология, вып. 10, ЛГУ, 1981, с. 114—125.

3) Аркин Е. А. Ребенок в дошкольные годы. М., 1968, с. 129.

4) Аркин Е. А Ребенок в дошкольные годы. М , 1968, с. 217—218.

5) Гиляровский В. А. Психиатрия. М., 1938, с 719.

6) Freud S. The Complete Psychological Works. Stanford ed. 1944, v. 22. p. 57—77.

7) Huq-Helmuth H. Новые пути к познанию детского возраста. Пер. с нем., Л., 1926, с. 63.

8) Rogers C., Kinget G. Psychotherapie et relations humames. Theorie et pratique de la therapie non-directive. Lohvain-Pans, 1965, p. 209.

9) Руссо Ж. Эмиль, или О воспитании. М., 1896, с. 228.