



**РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК  
СИБИРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ  
ТОМСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР  
ГУ НИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ  
ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА**

**ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ  
В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

**(клинико-терапевтические и социально-  
реабилитационные аспекты)**

**Материалы Всероссийской научно-практической  
конференции с международным участием**

**Под редакцией академика РАМН В.Я. Семке**

**Издательство «РАСКО»**

**Томск-2004**

Основная реабилитационная цель – самообслуживание, жизнь в обществе. Участие в деятельности социальных групп сводится к формированию социальной адаптации.

При формировании ИПР основное внимание уделяется ее медико-биологическому аспекту (восстановительной терапии, симптоматике, осложняющей основное заболевание), который должен быть отмечен врачами ЛПУ в направлении на МСЭ. Реабилитация больных с психическими расстройствами имеет свои особенности. ИПР носит динамический и комплексный характер. Динамичность ИПР определяется прежде всего возрастом ребенка. В возрасте до 5-8 лет особое значение имеют медико-биологический и социальный аспекты. Основная задача этих мероприятий ИПР – максимальное расширение компенсаторных возможностей головного мозга при помощи курсов патогенетической терапии. Цель социального направления ИПР – максимально полное овладение навыками самообслуживания. По мере взросления ребенка на первый план выступает ее социальный компонент (обучение, профориентация, трудоустройство). Психологический аспект направлен на коррекцию поведения в социальных группах и формирование социально-приемлемой ее направленности. В социальной адаптации большое значение имеет формирование устойчивых практических знаний, навыков и умений.

ИПР разрабатывается каждому ребенку-инвалиду, имеющему сохранный реабилитационный потенциал. Медицинский аспект реабилитации определяет ЛПУ, в котором наблюдается ребенок. Контроль за реализацией ИПР возложен на ОГУ «ГС МСЭ в ТО» ФЗ «О социальной защите инвалидов» и проводится 1-2 раза в год в зависимости от реабилитационных мероприятий. Эффективность реабилитации по данным 2003 г. составила 0,1 % и занимает последнее 14-е место в структуре заболеваний, обусловивших инвалидность у детей. Происходит накопление «груза» инвалидности среди детского населения, который требует привлечения дополнительных ресурсов систем здравоохранения, социальной защиты, образования для профилактики инвалидизирующих заболеваний, реабилитации больных детей, реализации ИПР детей-инвалидов.

### **Л и т е р а т у р а**

1. *Войтенко Р.М.* Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации при психических болезнях.– СПб.: СПБИУВЭК, 2003.
2. *Войтенко Р.М.* Экспертная психология.– СПб.: СПБИУВЭК, 2002.
3. *Войтенко Р.М.* Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитации.– СПб.: ИК «Фолиант», 2002.– 256 с.

## **ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ КУРАЦИИ**

**С.В. Тюлюпо**

**Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН**

Вопрос психосоматических связей в детско-подростковом возрасте на достигнутом этапе медицинского и психологического знания далёк от удовлетворительного разрешения как в практическом, так и в концептуальном отношении. Поиск ресурсов для организации эффективной краткосрочной, социально-доступной психологической помощи детям, страдающим расстройствами соматических функций, привёл нас к обнаружению феноменологически явной взаимосвязи между степенью соматического благополучия ребёнка и стилем родительско-детского взаимодействия в пределах консультационного кабинета. В контексте организации психологического сопровождения педиатрической курации в соматической клинике эта связь становится очевидной при обращении к биографическому материалу, отраженному в основной рабочей документации участкового педиатра, – карте индивидуального развития ребёнка (ф. № 112).

Чем последовательнее выражены объективирующие или симбиотические тенденции в отношении родителей к ребёнку, тем более выражено снижение адаптивности на уровне физиологического функционирования. В крайних случаях объективации при внешнем социальном благополучии и последовательном выполнении родителями всех правнормативных функций можно констатировать наличие соматической дисфункции. В этом случае правомерно рассматривать хроническое соматическое заболевание ребёнка как социогенный срыв физиологической адаптации.

В результате реализации объективирующего или симбиотического стиля родительского отношения поле диалога, в котором возможно подлинное, сущностное обращение к ребёнку, как к Другому, свободному в проявлении своего бытия, оказывается грубо (иногда необратимо) деформированным. Под гнётом объективирующей обращённой материнской коммуникации овеществлённо-отчуждённая позиция интериоризируется ребёнком, определяя индивидуальный ландшафт субъективного Образа Мира и Себя-в-Мире. Наиболее рельефно поражение субъектной позиции проступает при восприятии временной целостности, связанности мира. Создаваемая из переживания активного преодоления обстоятельств болезни, ткань переживания длительно-сти мира оказывается разорванной.

Образ болезни оказывается вырванным из временной целостности образа мира. Он статичен, в нём отсутствуют движение, переход, изменение. Становится монотонным и план будущего. Болезнь, её возможность, как угрожающий или привычно-обыденный предел, ограничивают горизонт настоящего и ближайшего будущего. Она не завершается, не уходит в прошлое, не становится опытом. Объяснение себя через своё соматическое страдание делает ребёнка ещё в большей мере заложником овеществлённого мира. Феномен снятия матерью с себя ответственности за построение и последовательную реализацию стратегии преодоления болезни ребёнка в ситуации рецидивирующих и хронических расстройств даёт основание для заключения, что временная организация образа мира матерей детей, страдающих соматическими расстройствами в хронических формах, также имеет фрагментированный, устойчиво деформированный характер. Взаимосвязь между деформацией материнского субъективного восприятия временной связанности мира и дезинтеграцией временного синтеза у ребёнка в контексте «болезнь-здоровье» имеет характер мультимодальной причинно-следственной связи и потенциально доступна феноменологическому постижению.

Динамический анализ диалогового родительско-детского поля, проводимый нами в ретроспективе приёма, позволяет выявить группу детей, находящихся на грани срыва адаптации по соматовисцеральному типу, родители которых демонстрируют в поле приёма принципиально отличный от субъект-объектного взаимодействия коммуникативный стиль. В этом случае на этапе презентации проблемы и постановки задач консультирования ведущее значение имеет собственное переживание по поводу поведения ребёнка. На первый план выходит также переживание матери по поводу отчуждения от ребёнка, осознаваемой утраты взаимопонимания с ним, иногда доходящее до точки отчаяния. Динамический анализ коммуникативного поля в диаде «мать-ребёнок» в этой ситуации позволяет констатировать, что поражение субъектной позиции ребёнка в диалоге с матерью носит преходящий, острый характер и не доминирует в поле приёма. Материнские высказывания и суждения имеют преимущественно проблемно-центрированный характер. Закономерны двусторонние обращения к совместному опыту. Инициатива ребёнка в разговоре активно поддерживается матерью.

Патогенетическим фактором, деформирующим диалоговое поле в материнско-детской диаде, является ясно осознаваемая матерью тревога, феноменологически проявленная в отношении с ребёнком. Генетические корни этой тревоги различны и имеют прямую связь с особенностями ценностно-смысловой сферы матери. Таким образом, феномен блокады или инверсии материнско-детского диалога не однороден по своему происхождению. В соответствии и с угрожаемым ценностным образованием материнской сферы, ведущим в генезе тревоги, мы выделили три типа блокады диалога. Футурогенная деформация диалогового поля. В этом случае на

первый план выходит забота матери, о том, что недостаточное для достижения успеха внимание ребёнка к ведущей деятельности в настоящем сделает для него недостижимой свободу выбора профессии, образа жизни, друзей в будущем. Футурогенный вариант блокады экзистенциального диалога является своего рода производной от заботы о свободе Другого и тревоги, связанной с осознаваемой невозможностью контроля предполагаемых в будущем неблагоприятных событий.

**Социогенная деформация диалогового поля.** В этом случае генетическим источником материнской тревоги становится осознание возможности отвержения ребёнка со стороны социальной группы, являющейся на настоящем этапе жизни высокореферентной вследствие его неприемлемого поведения. Вследствие этого неприятия ребёнок будет отвергнут, вытеснен на маргинальные позиции, станет изгоем в обществе, в котором неизбежно (в понимании мамы) должен будет жить достаточно длительное время. Речь идёт об алгоритме неизбежной в современном обществе социализации на этапе «дошкольное учреждение – средняя школа». В этом же ряду ситуации, когда семья после относительно длительного периода самостоятельной жизни по каким-либо причинам оказывается «под одной крышей» с родителями, авторитет которых достаточно высок, а система ценностей, реализуемых в воспитании, в значительной степени отличается от содержания ценностной сферы самой матери. Первая же консультативная сессия позволяет выявить основание материнской тревоги, краеугольным камнем которого является глубокая и осознаваемая женщиной неуверенность в собственной способности оказать достаточную поддержку ребёнку в критической социальной ситуации.

**Реактивная блокада диалогового поля.** Об этом феномене дезинтеграции диалогового пространства между матерью и ребёнком речь идет в ситуации, когда реорганизация ранее конструктивной воспитательной материнской стратегии генетически связана с переживанием критического события в жизни ребёнка. Такими событиями могут являться угрожающие жизни тяжёлые заболевания или травмы. В этом контексте ярко предстаёт воплощённая в феноменальном поле тревога матери, связанная с непредсказуемостью объективно существующих сил, ставящих под угрозу само бытие бесконечно значимого Другого.

Каждый из описанных феноменов имеет специфику временно-пространственной организации субъективного образа мира матери, определяя её связность, целостность, наполненность. Таким образом, информация, полученная в результате анализа поля диалога матери и ребёнка, может быть применена для организации превентивной и коррекционной помощи в самом широком проблемном поле.

Стратегическая цель психологического консультирования в ситуации искажённого материнско-детского диалогового поля определяется как воссоздание целостности и связанности временного пространства образа мира матери. Выбор тактического решения связан с вариантом блокады диалогового пространства в материнско-детской диаде. Утверждаемая точка зрения позволяет опираться на положительный опыт тех матерей, которые на протяжении раннего и дошкольного детства сумели помочь своим детям преодолеть риск развития соматической патологии. Матери, сумевшие преобразовать экзистенциальную тревогу в процессе общения с детьми, отмечают как источник, позволивший преодолеть барьеры в понимании ребенка как Другого, во всей полноте его бытия: способность осознания и преобразования в общении с малышом опыта собственного детства, способность доверить ребёнку разрешение ситуаций, не связанных с прямой угрозой для его жизни или угрозой для наиболее значимых ценностей ближайшего окружения. Способность обращения к силам, недоступным рациональному постижению с прямым призывом. Речь, как не трудно понять, идёт о вере. Эти же матери говорят об остром переживании непостижимой непрерывности мира, захватывающей их в момент общения с ребёнком. Таким образом, мы видим, как опыт, как эмпирическое основание Я-в-Мире, Другой в свободе своего Бытия и Бог в своей непостижимости замыкают в образе мира матери причинные и временные связи.

Эмпирический опыт Я-Бытия, Другой и Бог представлены в различных языковых пространствах, соответствующих временным горизонтам прошлого, настоящего и будущего. В случае целостного, синтетического временного восприятия эти пространства тесно переплетаются в обращённой речи матери и становятся очевидными для собеседника (консультанта, в нашем случае). Так же находит своё речевое выражение и дефицитарность существования в субъективном временном образе мира матери этих связующих звеньев. Их феноменальная проявленность в пространствах речи ставит перед специалистом в области детской общесоматической клиники задачу освоения символического потенциала языка, позволяющего воспринять проявления уникального рисунка бытия собеседника, и сделать шаг к воссозданию целостной временной ткани уже в первую консультационную встречу.

### **Л и т е р а т у р а**

1. Бубер М. Диалог. – М.: АСТ, 1999. – 592 с.
2. Гуссерль Э. Феноменология внутреннего сознания времени. Собр. соч. – М.: Гнозис» «РИГ» «Логос», 1994. – Т. 1. – 164 с.
3. Левин К. Динамическая психология. Избр. тр. – М.: Смысл, 2001. – 572 с.
4. Стрелков Ю.К. Время в психологическом анализе // Журн. практ. психолога. – 2000. – № 5-6. – С. 216-230.
5. Трубников Н.Н. Время человеческого бытия. – М.: Наука, 1987. – 255 с.

## **РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА В КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С ПОГРАНИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**А.С. Феденева**

**Томск, Областная клиническая психиатрическая больница**

Подростковый возраст является периодом особой концентрации конфликтов на фоне несформированных адаптивных механизмов, часто приводящих к различным поведенческим отклонениям (Кулаков С.А., 2001). В подростковом возрасте особенно сложно определить является ли то или иное поведение проявлением психического заболевания или вариантом нормального развития, особенно в случае т.н. кризов взросления, которые могут со временем развиться в психическое заболевание или полностью компенсироваться. В связи с этим решающее значение для дальнейшей судьбы ребёнка имеет возможность получения своевременной, доступной, квалифицированной, полномасштабной помощи. В структуре учреждений, оказывающих такого рода помощь, особое место занимает подростковый медико-психологический центр. Это подразделение может оказывать различные виды помощи, основной принцип которой – многопрофильность воздействия. В штате медико-психологического центра представлена целая бригада специалистов, в которую входят психиатр, психотерапевт, психолог, логопед, педагог-воспитатель, социальный работник. В зависимости от нозологии объём комплексной медико-психологической и социально-педагогической помощи может быть различным.

По данным секторам охраны материнства и детства НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения РАМН, среди подростков в структуре психической патологии на втором месте стоят непсихотические расстройства. В связи с этим потребность в оказании психотерапевтической помощи подросткам с ПНПР является особенно значимой. Психотерапевт, работающий в структуре подросткового медико-психологического центра должен решать следующие задачи: анализ развития заболевания, функциональный поведенческий анализ; помощь подростку в осознании имеющихся проблем и деструктивных путей решения; изменение неправильного представления о себе, повышение уровня самооценки, восстановление эмоционального равновесия; выявление и корректирование дезадаптивных форм поведения в семье, иррациональных установок; расширение временной перспективы; восстановление прежнего уровня функционирования; усиление копинг-механизмов.