

Г.Г. Буторин¹, Л.А. Бенько², Н.В. Крыжановская¹

*¹Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
(Челябинск, Россия)*

²Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск, Россия)

Принципы полипрофессиональной коррекции депривационных психических состояний у детей

Рассмотрены векторы диагностики и коррекции депривационных состояний детей. Результаты исследования показали, что ориентация на социальную интеракцию при коррекции депривационных психических состояний может быть более эффективна, чем индивидуальная работа с ребенком. Полезными представляются выявление проблем в структуре отношений, поддерживаемых внешними патогенными условиями, и работа с семьей.

Ключевые слова: полипрофессиональная коррекция; депривационные состояния; вектор коррекционной работы.

Введение

Одной из задач исследования депривационных состояний у детей является разработка широкого системного и многоаспектного подхода не только к проблеме диагностики, но и к комплексной их коррекции и реабилитации. Принимая во внимание сложную структуру и сочетанность факторов, определяющих возникновение и формирование неблагоприятных психических состояний, можно было предположить, что и коррекционные воздействия должны иметь многовекторную направленность, т.е. несколько плоскостей приложения. Полидисциплинарный характер нарушений, с которыми психологу в одиночку справиться практически невозможно, предполагает процесс диагностики и коррекции депривационных состояний не только на психологическом, но и на других, смежных уровнях, с участием специалистов полидисциплинарной бригады [1]. Очевидно, что проблемные области различных специалистов должны пересекаться, и такой перекрест необходим и закономерен. Более того, он должен специально планироваться, так как в критических ситуациях жизни ребенка именно интеграция усилий всех специалистов с их профессионально отличными взглядами на одну и ту же ситуацию и оказывается наиболее действенной. С другой стороны, не умаляя роли и значения деятельности смежных специалистов полидисциплинарной бригады, именно психологическим средствам должна отводиться решающая роль во всем комплексе психокоррекционной работы [2].

Материал и методы исследования

Использованные методы клинико-психологической помощи имели свои определенные специфические функции: профилактики, коррекции и реабилитации. В клинико-психологической практике эти функции встречаются под терминами первичной, вторичной и третичной профилактики [3], в клинической психологии понятие «профилактика» принято использовать только для обозначения первичной профилактики, а для двух других используются понятия «психокоррекция (психотерапия)» и «реабилитация» [4]. В данном контексте психолого-педагогическая профилактика может пониматься как система предупредительных мер, направленных на устранение внешних причин, факторов и условий, вызывающих неблагоприятные психические состояния. Психолого-педагогическая коррекция подразумевает совокупность специальных психолого-педагогических воздействий на личность депривированного ребенка с целью его восстановления в качестве субъекта общения, деятельности и самосознания [5].

Как уже было указано, полидисциплинарный характер исследования определил не только комплексную диагностику, но и многовекторную коррекцию, где основными были выбраны три направления воздействия:

- 1) вектор индивидуального психического функционирования или его нарушения;
- 2) вектор межличностных отношений и нарушений паттернов функционирования в системе «ребенок–семья»;
- 3) вектор межличностных отношений и нарушений в системе «ребенок–школа».

Необходимо отметить, что такое разделение носит весьма условный характер, так как на самом деле невозможно четко определить границы каждого вектора, и на практике коррекционные мероприятия довольно часто выступают как целостный комплекс, воздействующий на несколько сфер психической активности ребенка одновременно. Так, результаты исследования показали, что психологические меры, ориентированные на коррекцию неблагоприятных психических состояний, даже при индивидуальной работе должны быть направлены не только на самого ребенка, но и одновременно на его семью и более широкое социальное окружение (школа, коллектив сверстников).

Вектор коррекции индивидуального психического функционирования. Несмотря на значительные изменения в психологической практике, направленной на коррекцию нарушений психологического развития, и расширившийся в последние годы арсенал оказания психологической и психотерапевтической помощи, при работе с детьми и подростками нередко используются неадекватные, а потому слабо эффективные формы воздействия. Неудовлетворительные результаты могут объясняться целым рядом причин: некомпетентностью специалиста, неадекватностью или несвоевременностью самого воздействия и т.д. Так, по результатам наших наблюдений значительное количество нарушений психологического раз-

вития депривационного генеза выявляется лишь на этапе их развития, при том что коррекция на ранних этапах во многих случаях могла бы предотвратить утяжеление состояний.

К настоящему времени в литературе встречается достаточно информации о путях психологической и психотерапевтической работы с детьми, которые отражают как историю этого вопроса, так и его теорию и техники. К изначальным критериям пригодности того или иного метода в каждом конкретном случае его использования относят достаточный уровень интеллектуального развития и умеренный уровень, а лучше отсутствие клинических проявлений. Эти критерии в значительной степени характеризуют состояние здоровья, хотя и не являются жесткими.

Как показывает практика, концепция «индивидуальной» детской терапии может пониматься неверно, а порой быть и антитерапевтической [6]. В этом процессе специалист, как правило, оказывается вовлеченным в систему отношений ребенка с семьей или окружением. Мишенью в этом случае становится граница между родителями, внутренним миром ребенка и отклонениями в его развитии. Учитывая сказанное, представляется очевидным, что вычленив работу с ребенком из всей системы коррекции оказывается не таким уж простым делом. Именно поэтому не установление тесных, «закрытых» отношений с ребенком, а совершенствование окружающей его микросоциальной среды становится первичной целью психокоррекционного процесса даже при индивидуальной работе.

Результаты обследований свидетельствуют о том, что у детей с депривационными состояниями, как правило, наблюдалась искаженная и неадекватная переработка информации, что приводило к неправильной интерпретации социальной ситуации, искаженному восприятию себя и окружающих. Поэтому основная задача при планировании коррекционных мероприятий состояла в том, чтобы привить детям новые социальные навыки, которые помогли бы им сформировать конструктивные межличностные контакты и улучшили бы восприятие ими более широкого социального контекста.

Стабильных изменений при таких психических состояниях можно достичь также с помощью комплексных психологических тренингов. Такой подход изменяет процесс взаимодействия, поскольку в ролевых играх вырабатываются, формируются и закрепляются новые способы поведения, которые затем реализуются детьми в повседневной жизни. Комплексные психологические тренинги предполагают работу в группе сверстников и в семье. Они предусмотрены для детей младшего школьного возраста и могут использоваться как в профилактических, так и в коррекционных целях.

В определенных случаях можно применять так называемые «наставнические стратегии». Они, как правило состоят из трех этапов. На первом этапе наставник (учитель, психолог) обучает ребенка, каким образом он может взаимодействовать с окружающими. После того как ребенок усвоит основные поведенческие навыки, он тренирует такое поведение во время сеанса с одним из одноклассников в игровой форме (второй этап). На тре-

твом этапе выработанное поведение переносится в естественную ситуацию взаимодействия со сверстниками. Наряду с кооперацией (взаимодействием) таким же способом рекомендуется тренировать соучастие, коммуникацию и поиск поддержки в классе. Для данного тренинга выбирались дети, которые по своему социометрическому статусу сильнее всего отвергались одноклассниками. Принцип стратегии социального «наставничества» основывается на трех элементах социального научения:

1) поведенческие стратегии передаются с помощью вербальных инструкций и реализуются в ходе ролевых игр;

2) предоставляется возможность тренировки приобретенных навыков в ходе группового тренинга со сверстниками;

3) дается задание использовать полученные навыки в повседневной жизни.

В содержательном плане довольно близкой к «наставническим стратегиям» является «стратегия переобучения», которая направлена на выработку социально адаптивных привычек у детей. В отечественной педагогике и психологии в свое время этому направлению уделялось много внимания (К.Д. Ушинский, Л.Н. Толстой, С.Я. Рубинштейн). Привычки входят в формы социального контроля, потому что, во-первых, они формируются под влиянием общественных норм и требований, во-вторых, когда они уже сформированы, то буквально диктуют ребенку шаблоны социального поведения. В данном случае усилия специалистов были направлены на то, чтобы дети усвоили адаптивные формы реагирования в проблемных для них ситуациях и со временем в процессе постоянных упражнений они превратились в привычку. После этого новые формы поведения начинают осуществляться спонтанно, на неосознаваемом уровне.

В процессе коррекционного комплекса воздействий в качестве подкрепляющих стимулов нередко использовалась помощь родителей, которые поддерживали ребенка и уделяли ему особое внимание. При этом они концентрировали свое внимание на определенных социальных аспектах, таких как зрительный контакт, улыбка, эмоциональный контакт и т.п. В данном подходе значительная роль отводилась также сверстникам как медиаторам коррекционного вмешательства. Для этого привлекались социально компетентные дети, которые содействовали социальному поведению своих дезадаптированных соучеников, ориентировали на них свое поведение и близко общались с ними.

Вектор коррекции в системе «ребенок–семья». Проведенные исследования доказали, что успешная психологическая коррекция депривационных психических состояний должна быть комплексной. Центральной частью такой программы обязательно является работа с семьей. Многие приверженцы семейной терапии иногда рассматривают мероприятия, направленные на семью, как вполне достаточные, а на ребенка – как лишние, а то и вредные. Значимость семейной терапии в системе психолого-педагогического сопровождения детей с депривационными психическими состояниями определялась особенностями их микросоциального окруже-

ния, обучения и личностными характеристиками. Более того, психокоррекционные и терапевтические подходы были представлены разнообразным комплексом, начиная от семейной психотерапии как ключевого и жестко регламентированного метода, заканчивая более гибкими приемами по типу семейного консультирования или семейных встреч. Типичные ситуации, когда требовался опыт семейного психотерапевтического вмешательства, характеризовались следующим: кризис семьи, переживания ребенка по поводу отсутствующего члена семьи, улаживание проблем с опекуном в разведенных или распадающихся семьях, неэффективность индивидуальной, групповой либо иной терапии.

Семейная терапия как вспомогательный или основной подход в рамках психокоррекционной работы с ребенком показана уже только потому, что значительную часть причин нарушений психологического развития у детей можно объяснить, исходя только из семейного контекста, который может в большой степени обуславливать и поддерживать нарушение [7]. Главной целью семейной терапии в нашем исследовании являлось такое изменение условий семейного окружения, чтобы кратковременный эффект, достигнутый при психологической работе с ребенком, закрепился и стал необратимым.

Говоря о методах, ориентированных на коррекцию семейных отношений, надо иметь в виду многообразие подходов и техник, апеллирующих иногда к противоположным теоретическим предпосылкам. Тем не менее, несмотря на то что все эти подходы сводятся к различным теориям и методам, они учитывают системные связи в терапевтических действиях и делают основной упор на социальные взаимодействия. В отличие от индивидуальных терапевтических подходов семейная терапия специально делает акцент на изменениях во взаимодействии между разными членами семьи. Целью корректирующей работы является переформирование и / или улучшение взаимодействия, а значит, и уровня функционирования семьи.

Необходимо отметить, что семья – это наиболее ригидный социальный институт, который несет влияние устоявшихся традиций и норм в отличие, например, от школы или коллектива сверстников, которые в большей степени склонны к изменениям. В этом контексте лучшая «отзывчивость» семей мигрантов на психологическую помощь в определенной мере объясняется тем, что негативные изменения в структуре семьи и внутренних взаимоотношениях не успели стабилизироваться и приобрести характер шаблона, в то время как патологические паттерны в дисфункциональных семьях были устоявшимися и в значительной степени осложняли коррекционное вмешательство. Более того, в отличие от семей мигрантов с родителями из дисфункциональных семей приходилось затрачивать значительно больше усилий и времени на подготовительную работу. Так, зачастую требовалось объяснять необходимость семейной терапии и получить согласие на нее. При этом не всегда удавалось добиться позитивных результатов на данном этапе, что, в свою очередь, снижало эффективность всего комплекса предпринимаемых мер.

В семейноцентрированных методах воздействия первоочередное значение придается отношениям между членами семьи и их развитию. Важное место в комплексе психологической помощи занимают коммуникативный тренинг и тренинг решения проблем, а также психологические обучающие подходы. Среди обучающих психологических подходов особое внимание уделяется работе с паттернами коммуникации семьи, анализу представлений членов семьи о причинно-следственных связях и их коррекции, выработке новой стратегии преодоления трудной ситуации и улучшению компетентности семьи в общении и решении проблем. Названные подходы в конечном итоге изменяют проблематичную эмоциональную коммуникацию и позволяют более адекватно выражать специфические позитивные и негативные чувства, конструктивно сообщать о своих желаниях и потребностях.

Таким образом, воздействуя на всю систему, затрагивались и менялись поддерживающие неблагоприятные психические состояния условия. На психокоррекционных сеансах посредством научения по моделям и формирования нового опыта вырабатывалось новое поведение, после чего оно закреплялось и обобщалось в домашних заданиях. Системный подход в этих случаях предполагал, что даже малейшие изменения могут повлиять на всю систему в целом. Выявляя нарушенные отношения, можно было вызвать процессы их регулирования и таким образом повлиять на реорганизацию системы.

Иногда специалист может ошибочно исключить семью из коррекционного комплекса, считая, что существующие проблемы ребенка не связаны с депривационными особенностями функционирования семьи, либо, наоборот, в силу того, что семья является источником отвержения и неприятия ребенка. В данном случае неадекватное использование терапевтического потенциала семейных условий (или их несправедливое игнорирование) может только усугублять психическое состояние ребенка. Даже в том случае, если члены семьи нанесли вред ребенку, между ними и ребенком, тем не менее, эмоциональные связи остаются, и на них следует обратить особое внимание и опереться в терапевтической работе. В качестве примеров программ, использованных в нашем исследовании и направленных на сохранение семейных отношений, стоит отметить программы внутрисемейной работы по формированию умения решать задачи стрессовых ситуаций, чтобы предотвращать жесткость и безнадзорность в отношении детей, помощь приемным родителям в установлении тесных семейных отношений с приемными детьми, поддержание родственных связей между членами семьи, когда один из них уходит из семьи (развод родителей), и т.д.

Основные направления семейного вмешательства в большинстве случаев определялись на этапе полипрофессиональной диагностики, сама же работа с некоторыми интервалами продолжалась в течение всего курса психологической коррекции. К критическим моментам этого курса, вовлекавшим в систему взаимоотношений если не всех, то основных членов семьи (обеспечивающих процесс воспитания), следует отнести те, при кото-

рых принимались принципиальные, ключевые решения (при условии понимания ситуации всеми членами семьи и соблюдении условий терапии). При том, что согласие достигалось, как правило, при вовлечении хотя бы одного родителя (обычно матери), такой подход, даже при ответственной позиции родителя, нередко приводил к ошибочному пониманию сути терапии, его недооценке, а, в конечном счете – к снижению качества кооперации или преждевременному окончанию курса.

В этой связи необходимо еще раз акцентировать внимание на том, что ответственность за исход работы ложится все-таки на семью, а не на психолога (психотерапевта). Психолог не может дать семье больше, чем родители могут сделать для детей, по сути дела, он лишь способствует запуску положительного механизма семейных отношений между ними.

Вектор коррекции системы «ребенок–школа». Успех коррекционного вмешательства в данном векторе в значительной мере зависит от того, насколько тщательно был проведен предварительный анализ нарушений в этой системе. Поэтому сначала необходимо как можно точнее описать соответствующие системные связи. Следует выяснить, кто персонально задействован, в каких отношениях они состоят, какие наблюдаются паттерны коммуникации, какие привлекаются уровни интерактивности (дирекция школы, преподавательский состав, система учитель–ребенок, учитель–родители, ребенок–школьный коллектив и т.п.).

Концепции и техники семейной терапии находят применение также и в сфере школы. Многие практические психологи, работающие в системе образования, пытаются перенести апробированные стратегии психологической работы с семьей на школьные системы. При этом возникает вопрос о том, в какой степени справедлива такая аналогия между системами «ребенок–семья» и «ребенок–школа». Прежде всего, система «ребенок–школа» отличается от системы семьи степенью взаимозависимости, а также близости отношений. Так, школьная система характеризуется скорее прерывистым характером взаимозависимости и строго регламентированной дистанцией общения. Конечно, компетентный педагог может гибко регулировать дистанцию, что способствует улучшению отношений как между учителем и учениками, так и между самими детьми, однако по сравнению с возможностями, которыми располагает семья для формирования отношений, спектр подобных возможностей в школе значительно беднее. Поэтому психокоррекционная работа в школе должна ориентироваться прежде всего на межличностную сферу. Наиболее эффективно поставленные задачи решаются путем психологического консультирования, где консультант занимает «промежуточную позицию в системе «ученик–учитель». Занимая свою, «стороннюю» позицию, психологу легче дать новую, позитивную интерпретацию проблемным взаимоотношениям всех участников, стабилизировать проблему и увидеть новые возможные пути поведения. Согласование перспектив в обстоятельном обсуждении проблемы освобождает пространство для возможных решений.

В определенных ситуациях в процессе исследования значительного успеха удавалось добиться с помощью тренинговых занятий, включающих уровень администрации и учителей школы. Цель такой работы заключалась в том, чтобы разорвать замкнутый круг негативных трансакций, в который попадают педагоги и ученики с проблемами и который они не в состоянии разорвать. Более целесообразным представлялось воздействовать на тех участников системы, которые наиболее отчетливо осознавали необходимость изменений – педагогов, хотя нередко и учителям трудно было осознать, что они в первую очередь сами должны измениться.

Вышеуказанные подходы были сосредоточены на взаимосвязях, ограниченных границами школы. Однако системы «учитель–ученик» и «ученик–сверстники» также взаимодействуют с нешкольными системами, а семьи детей представляют собой наиболее важную из этих внешних систем.

И школа, и семья тесно переплетаются: они обе являются институтами социализации, которые распределяют между собой задачи образования. Социализация как функция школы связана не столько с образованием, сколько с объективным процессом социальной дифференциации детей в свете их достижений. Функция ассимиляции социальных ценностей и норм на уровне социальных стандартов для формальной группы является ведущей. Несмотря на то, что школьное сообщество имеет как формальную, так и неформальную структуру межличностных отношений, следует отметить их регулирование. Как отмечали Дж. Александер и Т. Парсонс [8], ребенок школьного возраста продолжает жить в родительском доме и остается в очень сильной эмоциональной и «инструментальной» зависимости от своих родителей. Однако каждый день он проводит много времени в школе, где ему приходится поддерживать дисциплину и где он подвергается определенной системе вознаграждений и наказаний – санкций. По сравнению с семейными отношениями в школе по-прежнему существуют более жесткие социальные нормы, нарушение которых сопровождается формальными санкциями.

Определенные санкции (например, оценки) применяемые учителями, носят не только дидактический характер, но и социально-психологический, хотя большинство педагогов просто не задумывались об этом. Поэтому одним из направлений психологической коррекции была работа с педагогическим коллективом по выработке механизмов осознанного применения таких санкций. Один и тот же ученик в школе нередко получал одновременно несколько разных санкций, противоречащих друг другу, например отрицательную на уроке от учителя и положительную от одноклассников (и наоборот). Какая санкция будет более действенной, зависит от многих обстоятельств, которые педагог должен учитывать с таким расчетом, чтобы положительная санкция оказывалась сильнее. Как показывает практика, позитивные санкции обычно влияют сильнее негативных. Хорошо известно, что успех несет в себе эффект самоподкрепления, в отличие от неудачи.

Одним из наиболее важных обстоятельств, зависящих от власти санкций, была адекватность заявки. Санкции действуют только тогда, ко-

гда существует соглашение между их использованием и полномочиями тех, кто их применяет. Даже наказание ребенок может принять как должное, если он считает это справедливым. В этом случае он может признать вину. Однако когда наказание не подходит для неправомерного поведения, ребенок будет считать, что он был обижен, и не только не будет исправлять поведение, но, напротив, может проявить реакцию протеста, сделав по-своему «несмотря на родителей или учителей»,

Еще одна немаловажная проблема, с которой пришлось столкнуться в ходе психокоррекционной работы, – это возникающие противоречия во взглядах на процесс обучения и воспитания между учителями и родителями. Если такие разногласия обнаруживались, ребенок, как правило, оказывался пострадавшей стороной. В таких случаях стратегия психокоррекционной работы была направлена на то, чтобы перевести внимание участников на собственно партнеров по конфликту и установить между ними непосредственный контакт. Для достижения действительно позитивного результата необходимо было попытаться свести для общего разговора учителей и родителей (иногда мог быть привлечен и ребенок), чтобы найти выход из проблемной ситуации, удовлетворяющий всех участников конфликта.

Если отказаться от крайних подходов и безапелляционных оценок, то стоит признать одно: семья и школа действительно довольно часто с трудом находят взаимопонимание и идут на открытое сотрудничество в интересах ребенка. Особенно это заметно, когда дело касается ребенка с проблемами в психическом развитии или с недостатками в психофизическом развитии. Почему это происходит, кто виноват и что же со всем этим делать?

Сразу необходимо оговориться, что, конечно, есть школы (и их немало) где такие вопросы на повестке дня не стоят. Но что делать родителям, что делать специалистам (врачам и психологам), что делать, наконец, учителям там, где такие ситуации актуальны?

Прежде всего хотелось бы отметить очень важный момент. Кто первым может увидеть, что с ребенком происходит что-то «неправильное», первые симптомы, признаки начинающегося расстройства? Конечно же, родители. И логика рассуждения подсказывает нам, что, обнаружив что-то настораживающее, родители как можно быстрее должны обратиться за консультацией к детскому психиатру или психологу. Но именно этого и не происходит. Как свидетельствует опыт, дети попадают в поле зрения специалиста, когда симптоматика «созрела» и ее невозможно игнорировать. И тогда приходится иметь дело уже с грубыми расстройствами психики, выраженными нарушениями поведения, тяжелой школьной дезадаптацией.

Почему это происходит и всегда ли виноваты родители? Наверное, можно выделить несколько причин, почему нередко мы «запаздываем» с диагностикой тех или иных нарушений у детей.

Прежде всего, нужно иметь в виду, что, как правило, симптоматика психических расстройств в детском возрасте носит «стертый» характер. Так, если в зрелом возрасте грамотному специалисту достаточно легко увидеть выраженные проявления, характерные для какого-то заболевания,

поговорить с человеком, выслушать его жалобы и вынести соответствующий диагноз, то в детском возрасте все не так просто. С одной стороны, в силу еще только формирующейся психики ее как здоровые, так и болезненные проявления достаточно размыты, многоплановы и, как говорят специалисты, нередко «атипичны», поэтому труднее поддаются четкой синдромальной квалификации. С другой стороны, не до конца сформированная когнитивная сфера ребенка, а значит, и категориальный аппарат не позволяет ему четко и однозначно предъявить внятные жалобы, однозначно описать, что он чувствует и что с ним происходит.

Детские психиатры и клинические психологи знают, что, например, депрессивное расстройство может по-разному проявляться у ребенка и взрослого человека. Более того, оно по-разному будет ими предъявляться. Если взрослый и внешне будет выглядеть как депрессивный, и вести себя будет соответственно, и жалобы будут отражать именно это состояние, то ребенок очень редко сформулирует свои переживания настолько четко. Ребенок будет жаловаться на что угодно: на скуку, на то, что ему неохота ничего делать, что он себя плохо чувствует, устал и т.д. Даже внешние проявления и его поведение для непосвященного человека могут не дать повода заподозрить какое-либо расстройство. В крайнем случае мы увидим, что он ведет себя не так как обычно: становится капризным, выдает реакции протеста или отказные реакции. Но он вам не предъявит такой жалобы, которая звучала бы внятно, четко и однозначно сигнализировала бы об определенном расстройстве.

Более того, в детском возрасте, и особенно в подростковом, психические расстройства могут быть замаскированы разными симптомами, которые совсем не похожи на психическое расстройство, лежащее в основе этой симптоматики.

Вышесказанное в полной мере относится к подростковым депрессиям, как правило, протекающим под различными «масками». При этом, симптоматика, маскирующая депрессивные расстройства у подростка, имеет отчетливое возрастное своеобразие [9].

Так, соматические симптомы в виде общего недомогания, различных алгий, расстройств пищеварения, нарушений аппетита, астенизации свойственны депрессивным детям и подросткам младшего пубертатного возраста (до 12 лет). Наряду с такими малодифференцированными признаками изменения общего состояния довольно явно меняется и поведение подростков: прежде вполне общительные, живые и разговорчивые, они становятся одинокими, замкнутыми, теряют интерес к прежним увлечениям и играм, жалуются на скуку и усталость и крайне редко – на грусть или тоску.

В среднем подростковом возрасте, по мере продвижения из начальной в среднюю школу, где усложняется программа и, что значительно важнее, появляется большое количество учителей-предметников, приходится нередко наблюдать депрессии, замаскированные проявлениями школьной фобии. Здесь патологическое состояние определяется нарастающей идеаторной заторможенностью, которая постепенно блокирует спо-

способность подростка осваивать новый учебный материал, создает впечатление нарушений памяти.

В значительной степени статус определяется и коммуникативными расстройствами. Способность к общению составляет в полной мере его слабое место, являясь ведущей, наивысшей деятельностью для подростка, а нарушения этой способности переживаются им особенно болезненно. У подростка 12–14 лет академическая неуспеваемость и нарушения школьной дисциплины нередко маскируют именно депрессивное состояние.

Достаточно часто приходится сталкиваться в этой же возрастной группе с девиантным поведением, маскирующим депрессию у подростка. Это, пожалуй, наиболее сложная для своевременной диагностики маска. С чем сталкиваются родители, учителя и даже врачи общей практики? Они видят развязного, раздражительного до злобности, пропадающего по подвалам и подверженного всем уличным соблазнам подростка, который нуждается не в наказании, а в лечении, поскольку в основе его отклоняющегося поведения – депрессия, депрессия с рухнувшей самооценкой, ощущением одиночества и безысходности, тоской и тревогой, страхом наказания.

Описывая некоторые маски подростковых депрессий, изучая рудиментарную, атипичную симптоматику, мы уясняем для себя едва ли не важнейший из заключенных в этом состоянии рисков: трудность своевременной и адекватной диагностики с вытекающей отсюда проблематичностью построения разумной терапевтической тактики и стратегии реабилитации.

Но что мы часто предпринимаем в ответ на описанные формы поведения? Зажимаем, воспитываем, солидаризируемся со школой. Ответные меры школы и родителей убеждают подростка в его собственной никчемности и несостоятельности, вызывают и фиксируют у него страх порицания и зачастую приводят к тотальному отказу от школы. В результате обращаемся за помощью к специалисту тогда, когда происходит уже что-то почти что фатальное.

И здесь возникает очень важный момент – как сложится контакт семьи и школы. Мы не задумываемся, но во многом развитие такой ситуации зависит от того, какие отношения сложатся между двумя этими важнейшими для ребенка социальными институтами. Хорошо известно, как часто возникают уж если не конфликты, то как минимум недопонимания между родителями и учителями. А почему? Причин, конечно же, может быть много, но в основе, как базовую, можно назвать одну – разные цели и задачи, как бы парадоксально это не прозвучало.

При известных обстоятельствах довольно конструктивным может быть следующий подход к дисфункциональным отношениям между учителем и родителями. Необходимо установить (с согласия конфликтующих сторон) контакт отдельно с системой семьи и отдельно с учителем. Нарушенные отношения между последними на этом этапе прерываются на определенный период времени. После того как конфликт считается исчерпанным, вновь восстанавливается непосредственный контакт между учителем и родителями. При этом необходимо обращать внимание на пси-

хокоррекционную работу отдельно с каждой из сторон, направленную на устранение препятствий на пути кооперации родителей и школы.

Заключение

Методы психологической коррекции, апробированные в семейной и школьной терапии, в достаточной степени до сих пор не оценены, хотя они и проявили себя как вполне эффективные. В некоторой степени это объясняется тем, что психокоррекционный подход в школе, включающий учителей и администрацию, в известной степени является табу. Более существенными выглядели трудности методологической природы: социальные системы сложны, а их дисфункциональные паттерны коммуникации не легко бывает выявить обычными методами психодиагностики. Так, при взаимодействии ученика и учителя нередко речь идет не только о паттернах коммуникации отдельных участников системы, но и о взаимовлиянии на многих уровнях системы. Указанные трудности могут в какой-то мере объяснить тот факт, почему в доступной нам литературе не встретилось более глубоких исследований эффективности комплексов коррекционных мероприятий в школе.

Завершая анализ подходов и принципов психолого-педагогического комплекса мероприятий, направленных на коррекцию депривационных психических состояний, необходимо еще раз подчеркнуть решающее значение полидисциплинарного подхода для достижения стойкого положительного результата и адекватности предпринимаемых воздействий.

Таким образом, описанные принципы коррекции депривационных состояний у учащихся общеобразовательных школ включают клинико-психологические, педагогические и социально-психологические методы, ориентированные на полидисциплинарную диагностику, своевременность и качество которой могли бы способствовать раннему выявлению и коррекции неблагоприятных психических состояний депривационного генеза и лучшей реабилитации и интеграции детей в социальном окружении.

Литература

1. Буторин Г.Г., Бенько Л.А. Этапы трансформации семейных взаимоотношений при миграции // Онтогенетические аспекты психического здоровья населения / под науч. ред. В.Я. Семке. Томск, 2010. С. 34.
2. Бенько Л.А. Анализ психотерапевтической работы в семьях с детьми, имеющими психосоматические расстройства // Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9, № 5 (48). С. 74–75.
3. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York : Basic Books, 1964.
4. Клиническая психология / под ред. М. Перре и У. Баумана. СПб. : Питер, 2002. 1312 с.
5. Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г. Современные модели психотерапии при ВИЧ / СПИДЕ : учеб. пособие для врачей и психологов. СПб. : Речь, 2010. 191 с.
6. Робсон К.С. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии : пер. с англ. М. : Медицина, 1999. 488 с.

7. Буторин Г.Г., Бенько Л.А. Факторы риска формирования виктимогенных условий воспитания в семье при миграции // Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и аддиктологии : сб. тезисов докладов Всерос. науч.-практ. конф. / под ред. В.Я. Семке. 2012. С. 54.
8. Alexander J., Parsons B.V. Functional family therapy. Monterey, CA : Brooks, Cole, 1982.
9. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Л. : Медицина, 1985. С. 87.

Поступила в редакцию 14.12.2017 г.; принята 31.05.2018 г.

Сведения об авторах:

БУТОРИН Геннадий Геннадьевич, доктор психологических наук, профессор кафедры теоретической и прикладной психологии факультета психологии Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета (Челябинск, Россия).

БЕНЬКО Лариса Александровна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета (Челябинск, Россия)

КРЫЖАНОВСКАЯ Надежда Васильевна, кандидат педагогических наук, доцент кафедры теоретической и прикладной психологии факультета психологии Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета (Челябинск, Россия). E-mail авторов: g1966@mail.ru

PRINCIPLES OF POLYPROFESSIONAL CORRECTION OF MENTAL STATES DEPRIVATION IN CHILDREN

Sibirskiy Psikhologicheskii Zhurnal – Siberian journal of psychology, 2018, 69, 113–126.
DOI: 10.17223/17267080/69/7

Gennadiy G. Butorin, South Ural State Humanitarian Pedagogical University (Chelyabinsk, Russian Federation).

Larisa A. Benko, South Ural State Medical University (Chelyabinsk, Russian Federation).

Nadezhda V. Kryzhanovskaya, South Ural State Humanitarian Pedagogical University (Chelyabinsk, Russian Federation). E-mail: g1966@mail.ru

Keywords: polyprofessional correction; deprivation state; vector of correctional work

One of the objectives of deprivation states study in children is to develop a broad system and multidimensional approach both to the problem of diagnosis, and its correction and rehabilitation. Multi-disciplinary nature of the research identified not only a comprehensive diagnosis, but also multi-vector correction, where the main focuses were three areas of impact. They are: the vector of individual mental functioning or its disorders; the vector of interpersonal relationships and disorders of functional patterns within the system "child – family"; the vector of interpersonal relations and disorders within the system "child – school".

In the process of individual psychological development correction a specialist is involved in the system of relations of the child with family and neighborhood. The target in this case is the boundary between the parents, the inner world of the child and deviations in his development. It is not an easy task to isolate the work with the child from the entire system of correction. Therefore, the primary purpose of psycho-correction process is not to establish "closed" relations with the child, but to improve the surrounding micro-social environment, even at individual work.

In contrast to individual therapeutic approaches, family therapy specifically focuses on the changes in interaction between family members. The aim of remedial work is to reshape and / or improve the communication, and hence the level of family functioning. In family-centered methods of influence, priority is given to relationships between family members and their development. Communication skills training, problem solving and psychological learning approaches are very important in the complex psychological assistance. Sometimes a special-

ist may exclude the family out of the correctional complex, considering that the problems of the child are not associated with depriving characteristics of the family functioning or, on the contrary, due to the fact that the family is the source of neglecting and rejection of the child. In this case, inadequate use of the therapeutic potential of family circumstances (or of their unjust neglect) can only aggravate the mental condition of the child.

Concepts and techniques of family therapy can be used in the school field. In certain situations in the research process, considerable success has been achieved with the help of training sessions, including the level of the administration and teachers of the school. The aim of this work was to break the vicious circle of negative transactions, which include teachers and pupils with problems they are not able to break. To affect those system members, who are most clearly aware of the need for change (the teachers) seemed more appropriate, but often it was hard for them to realize that they first have to change.

References

1. Butorin, G.G. & Benko, L.A. (2010) Etapy transformatsii semeynykh vzaimootnosheniy pri migratsii [Stages of transformation of family relations during migration]. In: Semke, V.Ya. (ed.) *Ontogeneticheskie aspekty psikhicheskogo zdorov'ya naseleniya* [Ontogenetic aspects of the population mental health]. Tomsk: [s.n.], pp. 34.
2. Benko, L.A. (2013) Analiz psikhoterapevticheskoy raboty v sem'yakh s det'mi, imeyushchimi psikhosomaticheskie rasstroystva [Analysis of psychotherapeutic work in families with children who have psihosomatic disorders]. *Akademicheskii zhurnal Zapadnoy Sibiri*. 9(5 (48)). pp. 74–75.
3. Caplan, G. (1964) *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
4. Perrez, M. & Bauman, U. (eds) (2002) *Klinicheskaya psikhologiya* [Clinical Psychology]. Translated from German by A. zhelnin et al. St. Petersburg: Piter.
5. Aleksandrova, N.V., Gorodnov, a M.Yu. & Eydemiller, E.G. (2010) *Sovremennye modeli psikhoterapii pri VICH / SPIDE* [Modern models of psychotherapy in HIV / AIDS]. St. Petersburg: Rech'.
6. Robson, K.S. (ed.) (1999) *Rukovodstvo po klinicheskoy detskoy i podrostkovoy psikhiatrii* [Guide to clinical child and adolescent psychiatry]. Translated from English by T. Dmitriyeva, V. Vandysh-Bubko, L. Romasenko. Moscow: Meditsina.
7. Butorin, G.G. & Benko, L.A. (2012) Faktory riska formirovaniya viktimogennykh usloviy vospitaniya v sem'e pri migratsii [Risk factors of the formation of victimogenic conditions of education in the family in the course of migration]. In: Semke, V.Ya. (ed.) *Sovremennye problemy etnokul'tural'noy psikhiatrii i addiktologii* [Modern Problems of Ethnocultural Psycho-Chiracy and Addiction]. Tomsk: Ivan Fedorov. S. 54.
8. Alexander, J. & Parsons, B.V. (1982) *Functional family therapy*. Monterey, CA: Brooks, Cole.
9. Lichko, A.E. (1985) *Podrostkovaya psikhiatriya* [Adolescent Psychiatry]. Leningrad: Meditsina.

Received 14.12.2017;

Accepted 31.05.2018