

## Подросток обратился с проблемой

Когда на приеме у психолога — семья с подростком, можно рекомендовать сле Присоединение. Используются различные виды «присоединения», описанные в особенности.

В самом начале сбора анамнеза необходимо исследовать текущую жизнь подрост в составе семьи, отношениях с друзьями, увлечениях — даст возможность специ избегаемые темы.

Следует быть честным с подростком, проявлять подлинный интерес и выступать в роли независимого эксперта, избегая любого критицизма и оценочных суждений. Подростки редко обращаются за консультацией самостоятельно. Большинство эмоциональных и поведенческих расстройств являются эгосинтонными, следовательно, вначале мотивация на изменение очень низка.

Подростка следует побудить к рассказу о друзьях (возможно в анонимной форме), включая знакомых, пробующих алкоголь и наркотики. Если подросток, входящий в группу риска, упоминает о многих друзьях, употребляющих наркотики, посещающих вечеринки и определенные «тусовки», где их принято употреблять, подозрения клинициста в отношении наркотизации юного клиента должны возрасти. Уже во время первого визита следует получить как можно больше информации, избегая любой ненужной конфронтации, которая может заставить подростка замкнуться.

Психологу следует и четко представлять себе допустимый уровень конфиденциальности. Сохраняя врачебную тайну, необходимо помнить о том, что, возможно, придется предоставлять информацию родителям, органам внутренних дел и судебным инстанциям. При первичном контакте с родителями не следует обвинять их в ошибках воспитания, нужно искать подкрепляющие методы для решения проблем, стимулировать их говорить о проблемном ребенке в положительном ключе, искать его ресурсы, исследовать, что помогало семье решать подобные проблемы в прошлом. Предполагается, что на данный момент семья находится в состоянии кризиса, и «носитель проблемы» отражает его.

Например, можно сообщить семье, что дочь решила отложить свое повзросление для сохранения семьи, или сын делает такие вещи, которые семья считает неприличными, но совершает их для сохранения семьи.

**Типичные ошибки.** Не следует: начинать опрос с жалоб или анализа симптомов; принимать родителей отдельно от подростка, когда на прием пришла вся семья.

**Сбор информации.** При наличии множества факторов риска, высокой коморбидности и нескольких зон возможной дисфункции, связанных с употреблением алкоголя или наркотиков, современная оценка

подростка с эмоциональными и поведенческими расстройствами требует тщательного сбора анамнеза.

Сбор диагностических сведений касается следующих областей: психиатрические и поведенческие проблемы, школа и работа, социальная компетенция и взаимоотношения с ровесниками, отдых и развлечения, исследование зависимостей (аддиктивное поведение и его аналоги). Обычно в подростковой фазе происходит переоценка значимости родителей и других членов семьи. В связи с этим в данном контексте особую роль играет диагностика нарушенных семейных взаимоотношений, (семейный анамнез).

*Школа* — первая работа подростка. Регулярное ее посещение и положительные школьные оценки требуют наличия определенных социально-психологических навыков у ребенка, соответствующих возрасту, определенного уровня развития социальной компетентности и минимального уровня ориентации на достижения. Социальная компетентность состоит в способности подростка адекватно общаться как с ровесниками, так и со взрослыми. Она включает в себя как минимум коммуникативные навыки, самоконтроль, умение расслабляться, отдыхать и разрешать проблемы.

*Школьная дизадаптация* (несостоятельность) способствует появлению эмоциональных и поведенческих расстройств, а резкое снижение успеваемости в школе может привести к мысли о злоупотреблении подростком наркотиками. Очень важна объективная информация (характеристика из школы, показатель интеллекта). Провалы в школьном образовании дают возможность вскрыть и семейный контекст консультируемого случая: какие установки у родителей на школьные достижения и поведение; разделяют ли родители ответственность за проблемы своего ребенка или они ругают школу; хвалят ли родители за школьные достижения ребенка или «учатся за него».

Другими подкрепляющими или ослабляющими девиантное поведение условиями являются отношения учителей и дирекции школы с конкретным учеником: знают ли они его особенности; есть ли контакт у родителей с учителями или они находятся в конфронтации.

*Отношения с ровесниками* — также серьезный предиктор эмоциональных и поведенческих расстройств у подростков.

Специалисту следует расспросить, кто является близким приятелем данного подростка; чем они вместе занимаются; как подросток себя чувствует в неформальной группе. Предпочтение такой группы семье может привести к мысли о семейной дисфункции, а избегание социальных контактов — к тревожному расстройству личности или слабому развитию социальных и коммуникативных навыков.

Среди факторов, связанных с общением по горизонтали, наибольшую значимость приобретает употребление *наркотиков друзьями*, их установки в отношении девиантного поведения и наркотиков в

частности, а также принципы построения контактов в референтной группе и ее ведущая деятельность. Так как влияние друзей на формирование отклоняющегося поведения у подростков огромно, многие лечебные программы включают приемы, направленные на коррекцию отношений с ровесниками, способствуя ослаблению связи с ними и усилению границ «Я». Несоответствие информации при расспросе должно аккуратно проверяться.

Например, если подросток сообщает, что он пил пиво только дважды, оба раза вместе с друзьями, специалист может задать вопрос следующим образом: «Я в некотором затруднении. Ты сказал мне, что никогда не посещаешь «тусовки», но упомянул бар, где иногда бывают и наркоманы». Позже, когда специалист «присоединится» к подростку, более жесткий конфронтационный подход часто необходим и эффективен.

**Сбор информации в первичном интервью достигает, по меньшей мере, нескольких целей.**

- > Получение биографических, диагностических и анамнестических данных («длинник» и «поперечник»).
- > Изучение общей картины проблем (симптома) клиента, его отношения к ним (эгодистонное, эгосинтонное расстройство).
- > Выяснение влияния на симптомы или поведение определенных событий и их последствий, воздействия микросоциального окружения на происхождение проблем.
- > Выявление специфических автоматических мыслей, предшествующих отрицательным эмоциям или дезадаптивному поведению.
- > Демонстрация клиенту его способа избирательной фиксации негативной информации и получения ложных выводов.
- > Поиск ресурсов личности, основанный на признании компетентности клиентов.
- > Подчеркивание наиболее важных проблем, которые могли бы послужить ключом к психотерапии.
- > Открытие доступа к дискуссии по поводу дезадаптивных паттернов поведения.
- > Установление степени устойчивости к стрессу, выяснение способов совладения со стрессорами.
- > Выяснение «условной приятности» симптомов.

Традиционно исследование психического состояния организовывалось примерно в такой последовательности: определение жалоб или проблемы, история жизни, история заболевания, состояние в настоящий момент, клиническое описание состояния здоровья, психический статус, заключение и диагноз. Начав с выявления жалоб и проблем, специалист затем возвращался к анализу истории жизни, ее влияния на появление проблем. После обработки медицинской информации оценивались факторы риска и описывался психический статус. Наконец, составлялось заключение, в основе которого лежала

формулировка определенного диагноза.

Многолетний опыт использования такой схемы показал ее положительные свойства и выявил ряд ограничений. Первоначальный акцент на жалобах и проблеме, ее составных частях и истории жизни фиксирует наше мышление в проблемном фокусе. Он заключается в избирательности внимания к патологии и дисфункции и игнорировании здоровья и компетенции клиента. Такой подход организует мышление специалиста вокруг поиска причин болезни, ограничивает видение проблемы вокруг клиента (линейный подход). При этом межличностные отношения в их социокультуральном контексте полностью выпадают из поля зрения специалиста.

В практике работы детских клиник Запада принято больше внимания уделять родителям и значительно меньше — ребенку. Приводятся следующие аргументы: родители воспитывают ребенка, очень важное значение имеет их отношение к собственному ребенку, ребенок является частью семейной системы, его поведение является симптомом дисфункции семьи, обследование детей — процесс сложный и требующий много времени. Положительным моментом традиционной схемы служит умение ставить первичные гипотезы происхождения проблем уже при анализе жалоб.

Российские традиции придают значение тщательному клиническому обследованию клиента, не отвергая и изучение его микросоциального окружения. Таким образом создается стереоскопическая картина видения клиента.

Предлагаемый -оценочный алгоритм предназначен для тех специалистов и учреждений, которые нацелены на диагностику и психотерапию как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Алгоритм представляет собой универсальную форму, которую можно использовать с некоторыми модификациями у детей, подростков и взрослых в качестве диагностического инструментария перед проведением индивидуальной, групповой и семейной психотерапии.

> Прародительские семьи. Генеалогия семьи матери клиента. Генеалогия семьи отца клиента. Характеристики прародительских семей (состав, особенности характеров, взаимоотношения между членами семей, заболевания и т. д.). Родительская семья. Возраст при вступлении в брак, условия, при которых он заключен, наличие предыдущих браков, причины разводов. Наличие в семье других членов (кто, в каких отношениях, возраст и т. д.). Краткое описание членов семьи и микросоциального окружения (использование гено-граммы и эокарты).

> Недавние изменения в составе семьи и окружении.

> Семейные надежды и планы.

> Демографическая информация.

**Комментарий специалиста.** При анализе демографической

информации важно обращать внимание на расу, класс, культурный уровень семьи и сексуальную ориентацию. Особенно это касается тех семей, которые составляют недоминантную группу (например, член семьи — беженец из Средней Азии или член семьи — гей). Кроме того, культура и классовое происхождение влияют на специфику проблем на фоне особенностей каждой семьи, поэтому очень важен сбор полученной информации в определенном контексте.

Системное мышление предполагает изучение не только непосредственного семейного окружения, но и всей экосистемы клиента. Описание микросоциального окружения (живущих рядом друзей, родственников и соседей) помогает нам узнать нюансы семейного жизненного пространства. Кто еще вовлечен в жизнь клиента? Кто из соседей или дальних родственников может быть включен в

обсуждение проблемы? Кого из значимых Других мы не включили в обсуждение? Живет ли семья в коммунальной квартире или снимает квартиру либо живет в общежитии с новорожденным ребенком, который постоянно кричит? Заполнен ли дом фотографиями и детскими рисунками или он увешан коврами и наполнен антиквариатом, что считается более важным для этой супружеской пары, имеющей маленького ребенка?

Недавние изменения в организации семьи включают любые сдвиги в семье или их социальном окружении.

> Общая характеристика семьи: состав (полная, неполная), гармоничная, проблемная, асоциальная, стадия жизненного цикла, семейные истории и мифы, горизонтальные и вертикальные стрессоры.

> История жизни нескольких поколений, связанная с важной темой, отражающей предъявляемые жалобы, ограничивающие взаимодействия, установки. Возраст, состояние здоровья и вид занятий родителей к моменту беременности. Здоровье родителей к моменту беременности, ее желательность, ожидания по полу ребенка, совпадения или разочарования кого-либо из родителей в поле ребенка, его внешности, характере. Отмечается также наличие хронических заболеваний родителей, генетической предрасположенности к наследственным заболеваниям с обеих сторон, множественные пороки развития у других членов семьи. Давность и характер предыдущей беременности. Предшествующие беременности, их желательность, исход. Наличие аборт, их мотивы, их влияние на супружеские отношения родителей. Наличие каких-либо зависимостей от психоактивных веществ или аналогов ад-диктивного поведения (табакокурение, алкоголизм, наркотическая или токсикоманическая зависимость, безудержная трата денег). Физическое и психологическое состояние матери в течение беременности, осложнения во время беременности. Отношения между родителями в период беременности с другими

родственниками и членами семьи. Роды: срочность, продолжительность, отклонения в процессе родов, вмешательства. Не менее важным является ретроспективная оценка эмоционального состояния матери в этот период («У меня были сложные отношения со свекровью, и я все время была в напряжении»).

*Жалобы.* Предъявленные жалобы начинаются с описания имеющихся жалоб словами инициатора обращения или того, кто первым вступил в контакт. Предъявленная жалоба — это платформа, на которой базируется дальнейшая оценка:

- представление жалоб в понимании инициатора обращения, реакция клиента/семьи на обращение;
- определение клиентом/семьей их жалоб (ранжировать);
- прогноз жизни клиента/семьи, когда жалобы не будут являться их проблемой;
- ситуации, в которых жалобы или проблемы чаще всего или реже всего возникают;
- способы, которыми клиент вовлекается в проблему;
- установки в отношении проблемы;
- интеракции вокруг проблемы;
- «социокультуральная поддержка» проблемы;
- контекст предъявляемых жалоб.

*Комментарий специалиста.* При анализе жалоб учитываются следующие параметры.

1. Субъективные проявления болезни, которые беспокоят клиента или родителя в момент беседы со специалистом. Например, головные боли или манкирование учебой.
2. Проявления болезни, которые на момент беседы с врачом отсутствуют, но более или менее регулярно, периодически появляются в течение дня, недели или месяца. Например, ночной энурез, возникающий один раз в месяц.
3. Симптомы болезни, проявляющиеся только в ответ на специфические внешние факторы (появление навязчивостей после критики матери). Молодых специалистов, работающих в области психического здоровья подрастающего поколения, иногда смущает то обстоятельство, что указанные в двух последних пунктах разновидности жалоб фактически относятся к событиям прошлого — истории как таковой, но, тем не менее, их следует опрашивать при формировании раздела «Жалобы», что позволяет на самом раннем этапе интервьюирования получить максимально цельную картину расстройства. Следует также иметь в виду, что все без исключения жалобы, вошедшие в раздел «Жалобы», должны быть упомянуты и в разделе «История развития ребенка». Симптомы, фигурировавшие в «жалобах», выстраивают в хронологическом порядке, поскольку жалобы рассматривают в динамике. Итак, в разделе «Жалобы» отражаются беспокоящие клиента проявления заболевания безотносительно к взаимному их

развитию во времени, а значит, — некоторая статистическая картина болезни, в то время как в «Истории развития» описывается (а следовательно, и выясняется при опросе) развитие симптомов во времени, т. е. динамика психического или поведенческого расстройства.

Контекст предъявляемых жалоб включает ситуации, в которых основная проблема наиболее часто возникает. Этот раздел дает нам информацию об интеракционных аспектах проблемы и открывает возможности поиска ресурсов.

Гипотеза появления проблемы, предложенная клиентом или членами его семьи, выявляет внутрисемейные убеждения, относящиеся к этой проблеме, их влияние на переживания и на методы решения проблемы. (Например, аффективные вспышки у О. чаще всего возникают, когда его отец уезжает из дома, а мать остается одна и приходит домой с работы очень уставшая; реже всего — когда оба родителя отдохнули и общаются с ним.)

#### ***Опыт общения семьи со специалистами помогающих профессий:***

- общение семьи/клиента со специалистами в настоящее время;
- прошлый опыт обращения за психологической помощью;
- влияние прошлого опыта на точку зрения профессионалов.

Опыт общения с лицами помогающих профессий (помощниками) — один из самых тонких разделов для психологов. Он посвящен поискам описания текущих взаимоотношений клиента с помощниками и предыдущего позитивного и негативного опыта общения с психологами, врачами, психотерапевтами. Важно проанализировать воздействие этого прошлого опыта на текущее отношение клиента и семьи к лицам помогающих профессий. Например, мы можем узнать о предшествовавшем опыте общения семьи с психологами по тому, как родители о них рассказывают, об испытанном чувстве вины или стыда, сформировавшем установку, что психологам нельзя доверять. Мы можем выявить и нейтральный опыт: предыдущий психолог был внимательным, но не предложил никаких вариантов лечения, передал всю ответственность за принятие решения подростку, добавив при этом, что лечение может помочь, но в большей мере — это пустая трата времени.

Этот раздел важен, так как показывает психологам проблемы, которые могут возникнуть с этой данной семьей или подростком. Кроме того, специалист обобщает опыт предыдущих усилий помощников и других отношений с клиентом. Необходимо также провести границу между реальными «фактами» и переживаниями семьи по этому поводу. Осознать негативный опыт в некоторой конкретной ситуации не означает согласиться с утверждением, что предыдущий специалист — «тлохой». Для семей, имевших многократный негативный опыт с помощниками, процесс опроса об их предыдущих обращениях может помочь определить, что данное обращение — другое, отличается от

предыдущего. Сам факт обсуждения открывает возможность развития иных взаимоотношений.

*История развития ребенка.* Часто психологи оказываются первыми специалистами, к которым обращаются родители с проблемным подростком. Умение собрать и проанализировать информацию о развитии ребенка, соответствии его симптоматики возрасту является показателем профессионализма психолога.

*Комментарий специалиста.* После получения указанной выше информации можно переходить к истории развития ребенка. Традиционно эта информация следует за описанием проблемы и предшествует информации о психическом статусе и о микросоциальном окружении. Мы рекомендуем заполнять этот раздел вслед за семейным анамнезом и опытом общения с помощниками. В истории развития ребенка история болезни и история жизни (разделы анамнеза, традиционно принятые в медицине) тесно переплетены друг с другом. Такая последовательность помогает нам сфокусировать усилия и избежать слишком долгого опроса. Мы можем создать эту историю из исследованных уже материалов предъявленных жалоб, ограничивающих коммуникаций, установок и жизненных историй, а также — опыта общения семьи с лицами помогающих профессий. Информация о развитии ребенка выявляется вплоть до момента обращения к специалисту. + *Раннее моторное и психоэмоциональное развитие.*

Необходимо проанализировать характер «поведения» ребенка на первом году жизни в целом: спокойным или беспокойным был ребенок, были ли проблемы с питанием, сном и т. п. в этот период (например, «ребенок плохо засыпал, путал день с ночью»). Определить характер реакции на мокрые пеленки, тесное пеленание или облегающую одежду (т. е. изменение порогов тактильной и проприоцептивной чувствительности). Отметить наличие «страхов» раннего возраста: боязнь интенсивной перемены света, громких звуков, чужих людей, трудности привыкания к твердой пище, болезненная реакция на изменение режима, наличие симбиотической связи с матерью (непереносимость ее отсутствия). В этой части анамнеза очень важно подчеркнуть характер реакции ребенка на другого человека. Вес ребенка при рождении, крик, характеристики периода новорожденного, его особенности.

Кто ухаживал за ребенком, особенности ухода (брали ли на руки, строго ли соблюдали режим, были ли противоречия между ухаживающими). Характер вскармливания, отношение к кормлению ребенка и матери. Психомоторное развитие ребенка и реакция матери на достижения ребенка. Также должны быть отмечены симптомы, имеющие отношение к неврологическому состоянию на первом году жизни (наличие мышечной гипо- или гипертонии, частые срыгивания, дрожание (тремор) рук), беспричинные крики, судороги на



фоне высокой температуры.

Выявляются сроки моторного развития (сроки возникновения новых моторных навыков), их последовательность. Особое внимание должно быть уделено наличию или отсутствию периода ползания и срокам его возникновения, следует отметить слишком ранние сроки вставания на ноги (до 7 месяцев).

В таком же ключе (сроки возникновения и последовательность) анализируется и психическое развитие: эмоциональные реакции (первые улыбки, комплекс оживления, страха перед чужими лицами), характер манипуляций с игрушками, особенности игровых действий (сопровождение игровых действий вокализацией и соответствующей мимикой). Важным показателем собственно эмоционального развития ребенка в этом возрасте является изменение характера игровой активности в присутствии значимых лиц. Оцениваются понимание интонационной стороны речи взрослых, собственно обращенной речи и ее интонации, сроки и особенности речевого развития (гуление, лепет, первые слова, определение частей тела). При оценке речевого развития также отмечаются речевые-реакции ребенка и изменения их интенсивности и качества в присутствии взрослых.

Отдельно отмечаются заболевания и/или травмы первого года жизни. В соответствии с современными теоретическими представлениями (аналитическими, когнитивными) о психическом развитии ребенка трудно переоценить значение информации об этом периоде жизни для анализа последующих этапов развития и возможных проблем ребенка.

*+ Оценка развития ребенка в период от одного года до 3-х лет.*

Выявляется в первую очередь, где находился ребенок в этот период (в домашних условиях с матерью, с другими родственниками, например с бабушкой, с няней или с чу-

жими людьми, в дошкольном учреждении, в Доме ребенка и т. п.). В случае, если ребенка поместили в ясли или детский сад, должны быть отмечены характер и протекание периода адаптации к детскому учреждению и детскому коллективу.

Также отмечаются значимые изменения в семейном и социальном статусе родителей, произошедшие в этот период, и их влияние на общее состояние обследуемого ребенка («горизонтальные стрессоры»: развод или смерть одного из родителей, рождение младшего ребенка, переезд на новое место жительства и т. п.).

Анализируются темпы, сроки и особенности речевого развития, в том числе возраст возникновения местоимения «я», появление простых и сложных фраз, качество произношения звуков, элементы словотворчества, знание элементарных детских стихов, телевизионных передач. В случаях асинхронного (слишком раннего или слишком позднего) речевого развития анализируются способы привлечения ребенком внимания взрослых, адекватное использование при этом

мимики и жестов.

Далее выясняются особенности эмоционального развития и развития коммуникативных навыков: характер привязанности и отношения к близким родственникам (в том числе степень независимости от них), особенности игровой деятельности (какие предметы или игрушки вызывали наибольший интерес, в каких условиях и какие действия с ними производились). Например: охотно играл в кубики и складывал аналогичные конструкции только в присутствии взрослого; предпочитал неигровые предметы (шуршание газетами, пересыпание гаек и т. п.). Протекание начала «кризиса трех лет».

Для этого возрастного периода важно также оценить наличие и характер страхов (фобий), их стойкость и соответствие возрасту (типичность или несоответствие имеющихся страхов этому возрасту, их выраженность). В этом же разделе необходимо оценить такой важный показатель

эмоциональной стабильности, как сон: его особенности в этот период (скрежет зубами во сне, психомоторное возбуждение, наличие или отсутствие периодичности подобных проявлений), а также характер засыпания ребенка.

При необходимости отмечаются особенности познавательных интересов, например, интересовался машинами, знал определенное количество различных марок автомобилей.

Анализируются сроки созревания большого моторного акта (умение бегать, возможность производить реципрок-ные движения: маршировать, лазать вверх и вниз по лестнице, кататься на велосипеде), а также наличие других элементарных бытовых навыков, указывающих на уровень развития мелкой моторики: самостоятельная еда, застегивание молний и завязывание шнурков.

Отмечаются сроки формирования самостоятельных навыков опрятности (в первую очередь — когда стали приучать к горшку и насколько трудно проходило формирование этого навыка).

Выясняются (со слов близких или из медицинской карты) особенности состояния здоровья ребенка, на фоне которого протекало его развитие; частота заболеваний, их тяжесть, наличие травм и госпитализаций в этом возрастном периоде. Здесь же отмечаются признаки неврологического неблагополучия: частые боли в животе, аффективно-респираторные приступы, беспричинный подъем температуры и др. Подобные проявления, выявленные психологом, отмечаются им как факторы, осложняющие психическое развитие ребенка и иногда требуют консультации специалиста с медицинским образованием.  
+ *История развития ребенка в период от 3-х лет до 5— 5,5-летнего возраста.*

Основные разделы и показатели психологического анамнеза этого периода тождественны предыдущим. Так же выявляются семейные и социальные условия, основные характеристики познавательного, в том

числе речевого, эмоционального и моторного развития ребенка, состояние его здоровья на этом этапе в целом.

В то же время необходимо отметить «ведущие» показатели развития ребенка в этот период: длительность, тяжесть и особенности протекания «кризиса трех лет»; адаптация в детском учреждении: умение общаться со сверстниками, возможность адаптации в детском коллективе, приспособление к требованиям социального окружения, наличие- специфических реакций на посещение детского учреждения; особенности игры как ведущей деятельности этого возраста.

В связи со свойственной этому возрасту дифференциацией моторных функций должно быть выяснено также наличие фактора леворукости или амбидекстрии (отсутствие стойкого предпочтения какой-либо руки или ноги) в семье или у других родственников. + *История развития ребенка в период от 5,5 до 7 лет.*

Старший дошкольный возраст рассматривается преимущественно как «подготовительный» к дальнейшему обучению в школе. Поэтому внимание как родителей, так и воспитателей детских дошкольных учреждений направлено преимущественно на когнитивное развитие детей. Иногда только при достижении ребенком этого возраста родители начинают замечать, что у него имеются какие-либо проблемы психологического плана — от нарушений речи до невозможности адаптации к правилам поведения. В этом плане сбор данных об особенностях развития ребенка в указанный период его жизни, как правило, не представляет особого труда: родители достаточно хорошо помнят его.

Несоответствия результатов развития ребенка успехам Других детей или непохожесть его на других заставляют родителей чаще обращаться именно к психологу. Психолога в первую очередь должны интересовать проблемы, возникшие в этот период, или нарастание ранее имевшихся проблем как в плане поведения ребенка, так и в плане

познавательного развития. Также важно отметить уровень «готовности» к школьному обучению (знал ли буквы, умел ли читать слоги, владел ли прямым счетом до 10).

С другой стороны, психологу необходимо выяснить такие неспецифические особенности, как повышенная истощаемость и сниженная работоспособность, темповые особенности ребенка (быстрый—медленный, «копуша»), повышенная возбудимость и трудности регуляции собственного поведения на фоне явных признаков истощения или без них, эмоциональная лабильность (неустойчивость настроения, легкость перехода от смеха к слезам и наоборот).

Точно так же, как и для предыдущих периодов, важно отметить в дошкольном возрасте наличие частых респираторных заболеваний или обострение хронических, тяжелых инфекционных заболеваний,

последствий травм, хирургических операций, в той или иной степени повлиявших на психическое развитие ребенка; взаимоотношения с матерью, отцом (в треугольнике), со сверстниками; способность к ролевой игре; желание и умение рисовать. Если ребенок посещал детский сад, — как строил взаимоотношения с воспитателями, с детьми; сон ребенка, наличие страхов, «кошмаров»; заболевания, психические травмы, реакции на них.

Готовность ребенка к школе в познавательной, коммуникативной, волевой сферах, «школьная зрелость» должны выявляться очень тщательно психологом.

**Комментарий специалиста.** В этом разделе истории жизни ребенка многие психологи делают ошибку, спрашивая, готов ли ребенок к школе. Родители традиционно отвечают: «Да, к школе был подготовлен», чаще всего имея в виду когнитивную подготовку. На самом деле, эмоционально-волевая готовность ребенка к школе часто оставляет желать лучшего. Родители подростка бывают потрясены, когда им предлагаешь ответить на ряд вопросов структурированного интервью по поводу эмоционально-волевой готовности к школе (см. Приложение 3) и получаешь большее количество ответов «нет», а позже сообщаем, что это был «опросник» из книги воспитателя детского сада.

+ *Развитие ребенка в младшем школьном возрасте (от 7 до 10-11 лет).* Отмечается характер протекания процесса адаптации к регулярному обучению (трудности адаптации, трудности поведения, непереносимость нагрузок, выполнение домашних заданий) и собственно трудности овладения программным материалом по отдельным предметам базового школьного компонента. Необходимо отметить сроки и условия возникновения отмечаемых жалоб, например: невозможность работать в условиях обучения в классе, в ситуации увеличения объема нагрузки и темпа прохождения материала к концу 2-й четверти 1-го класса по программе (1 —3). Отмечается возникновение сопутствующих симптомов (энуреза, тиков, заикания, выраженной двигательной расторможенности и неуправляемости) как наряду с вышеописанными проблемами, так и изолированно в качестве реакции на начало регулярного обучения. Проводится анализ ситуаций усугубления эмоционально-личностных проблем (например, возникновение тиков или заикания при устных ответах у доски перед всем классом в ситуации нарастания проблем адаптации ребенка в классе).

Безусловно, все эти проблемы могут возникнуть не только в начале обучения в школе. Они могут появиться «внезапно» на любом этапе обучения в начальной школе. Необходимо попытаться выяснить у родителей, какие, с их точки зрения, социальные или семейные события предшествовали или сопровождали возникновение такого рода проблем («горизонтальные стрессоры»).

Психологу также следует приблизительно оценить влияние частоты пропусков занятий по болезни и ухудшение общего состояния здоровья ребенка в ответ на нарастание проблем обучения и поведения, обратить внимание на наличие травм (включая психические), их переносимость, наличие госпитализаций и т. п. как возможных причин школьной дезадаптации. Нужно учитывать особенности построения взаимоотношений по вертикали и горизонтали; развитие познавательной сферы, сферы интересов, сферы общения; особенности характера.

**Комментарий специалиста.** История развития ребенка при возникновении проблем в подростковом возрасте, с одной стороны, может иметь определенную специфику, исходить из проблем развития в предшествующих возрастах и, таким образом, может быть отражена в предлагаемом психологическом анамнезе. С другой стороны, большая часть проблем подросткового возраста неотвратимо определяется спецификой социальной и семейной ситуации до начала подросткового периода.

**Анамнез заболевания.** Время возникновения симптомов. Связь с особенностями жизни и деятельности, с другими заболеваниями и факторами, жизни (в т. ч. психогенными). Наличие «светлых промежутков» (без симптомов), с чем, по мнению клиента, они связаны. Что изменилось в лучшую сторону в жизни клиента и его семьи с появлением симптомов, что — в худшую.

*Психиатрическое обследование (психический статус)*

Литературная справка. Выявляемые симптомы характеризуются относительно диагностической гипотезы следующим образом: диагностический, специфический, неспецифический или нехарактерный. *Диагностический симптом* (признак, критерий, поведение) свойствен единственной нозологической форме. *Специфический симптом* (признак) встречается при ограниченном круге нозологических форм. *Неспецифический симптом* встречается при широком круге нозологических форм, в том числе и при предполагаемой болезни (например, астенический симптом). Нехарактерный симптом никогда не наблюдается при рассматриваемой (предполагаемой) нозологии.

*Симптомокомплекс* — сочетание симптомов, объединенных некоторым единым принципом.

*Синдром* — симптомокомплекс, специфичный для определенной нозологической формы, имеющий единое обозначение (название, наименование) в соответствии с медицинской терминологией. Иногда синдромом исчерпывается описание болезни, и тогда его обнаружение равносильно установлению диагноза, т. е. в этом случае синдром эквивалентен диагностическому признаку.

По симптомам заболевания можно строить первичные гипотезы появления проблем клиента. Остановимся на некоторых особенностях

симптомов:

- невротический симптом или поведенческая проблема сами по себе диагнозом не являются, так как могут сочетаться с другими, симптомами и служить проявлениями любого психиатрического синдрома;
- проблемы зависимости (алкоголь, наркотики, лекарства) могут играть определенную роль в возникновении эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и подростков;
- резидуальные симптомы общего расстройства развития, а также специфические расстройства развития могут проявляться в виде невротических или поведенческих расстройств, для отличия от последних их именуют неврозоподобными;
- особенности темперамента и личностные расстройства вносят своеобразие в клиническую картину и могут в значительной степени объяснять интенсивность расстройства и его постоянство;
- поведенческие проблемы, синдром дефицита внимания и разнообразные специфические жалобы (тики, заикание и т. д.) могут появляться изолированно,

быть симптомами отдельного психического расстройства или отражать психиатрическую коморбидность;

проблемы адаптации—дезадаптации могут встречаться при всевозможных обстоятельствах. Они могут быть следствием как легких, так и серьезных клинико-психопатологических расстройств, могут служить проявлением невроза, расстройства личности, эндогенного расстройства. Проблемы адаптации всегда связаны с межличностными отношениями клиента, его экосистемой, а не только с самим клиентом.

Психиатрическое обследование после анализа жалоб, сбора анамнеза должно сопровождаться описанием психического статуса клиента примерно по следующей схеме с вариантами формулировок по разделам.

*Сознание* (ориентировка ребенка в собственной личности, в месте, во времени). У ребенка наблюдаются приступы (припадки) без потери сознания (с кратковременной потерей сознания), которые не сопровождаются судорогами, непроизвольным мочеиспусканием, стулом, пеной изо рта, прикусыванием языка.

*Неврологический статус. Функции ЦНС.* -Необходимо исследовать даже легкие нарушения речи, грубой и тонкой моторики, распознавание правой и левой стороны, снижение мышечного тонуса, обращать внимание на нистагм, косоглазие, асимметрию рефлексов, право- или левору-кость, предпочтение правой или левой ног, тремор, глазодвигательные реакции, гиперкинезы и общий уровень активности, манеру общения.. Пространственно-временные представления, их сформированность.

*Поведение, внешний вид* (особенности позы, мимики, жестов,

выражение лица, манера держаться, странности в поведении). Психомоторное поведение. Мимика скудная (живая). Выражение лица: веселое, грустное, угрюмое, злобное, задумчивое. Жестикаляция: активная, неактивная, полное ее отсутствие, двигательная заторможенность.

*Контакт, его характер.* Исследуются особенности вступления в контакт, невербальные признаки коммуникации: пассивное, агрессивное или уверенное поведение («Продуктивному контакту не доступен. На обращенную к нему речь реагирует не сразу. На вопросы не отвечает»).

*Настроение (описание).* Аффекты. Следует наблюдать за такими аффектами, как тревога, депрессия, страх, чувство вины, агрессия, апатия. Эмоциональная сфера, вегетативный компонент эмоций, выразительность («Ребенок безразличен к своему состоянию или эмоционально устойчив, тревожен либо сильно взволнован; боится темноты; высоты; полетов в самолете; толпы; открытых пространств; тяжелого заболевания»).

*Познавательная сфера.* Внимание (устойчивость, переключаемость, отвлекаемость, привлекаемость, истощаемость). Память (кратковременная, долговременная, наличие патологических нарушений памяти).

*Характеристика мышления:* 1) по темпу, 2) по структуре, 3) по наличию (отсутствию) продуктивных нарушений («Ребенок отмечает состояния, при которых ему трудно справиться с потоком • мыслей, иногда бывают состояния, при которых он перестает узнавать слова при чтении, плохо понимает значение длинных фраз; бывают мысли о том, что он может выкрикнуть какую-нибудь непристойность (ругательство)»).

Конкретность — абстрактность мышления, умение определять сходства, различия, исключение лишнего, составлять рассказ, определять последовательность по сюжетным картинкам или по программному материалу, читать стихи, понимать метафоры, «крылатые» выражения, пословицы и поговорки; счет в прямом и обратном порядке, чтение и письмо.

Оценка интеллекта. Запас общих сведений и представлений об окружающем мире. Суждения и критика. (Для оценки способности ребенка к правильному суждению и критике можно спросить, что, по его собственному мнению, вызвало необходимость консультации, как он относится к отклонениям в своем поведении, кто и что ему может помочь.)

Наличие психотических симптомов — галлюцинаций, бреда, расстройств восприятия («Ребенок слышит голоса, которые звучат внутри, носят дружелюбный характер»). Он отмечает ощущение инородного тела на коже (внутри живота, в голове). Подросток испытывает ощущения, когда окружающие предметы кажутся ему искаженными (странными, непохожими на себя, необычной формы

(уменьшенной, увеличенной), -расположенными на более дальнем (близком) от него расстоянии, чем это на самом деле), совсем незнакомыми». Ребенок ощущает временами уменьшение (увеличение) своего тела (частей тела) при закрытых (открытых) глазах. Он отмечает чуждость собственных мыслей, чувств. События, происходящие с ним, наблюдает как бы со стороны.

Суициды — жестокое обращение — сексуальное злоупотребление — эмоциональное отвержение — злоупотребление родственниками психоактивными веществами.

### **Особенности личности подростка.**

> Физическое состояние: рост, вес, физические особенности.

Соматический статус, включая оценку полового развития. Соответствие физического развития возрасту, ретардация, акселерация.

> Характеристика степени личностной зрелости. Временная перспектива (жизненные планы).

> «Условная приятность» (вторичная выгода) симптомов.

> Внутренняя картина болезни (как понимает подросток свои симптомы, их значение). Объяснения (понимание) родственников (матери, отца, других родственников) по тем же критериям. Изучение общей картины проблем (симптомов) клиента, его отношения к ним (эгодистонное, эгосинтонное расстройство). Знает ли ребенок причину обращения к специалисту, может ли он прямо обсуждать эту тему или это следует делать опосредованно (через разговоры и игру в кукольный театр, через рисунки, с помощью методики взаимного рассказывания сказок, с применением методов гипноза, с использованием психодиагностических методов). Стало стандартной психиатрической практикой оценивать степень «понимания болезни» клиентом — для того, чтобы провести различие между психотиками и не-психотиками.

> Самооценка (адекватная, низкая, завышенная).

> Мотивы поведения. Надо исследовать мотивы поведения особенно в сексуальной сфере и сфере агрессии. Обратит внимание на иерархию мотивационно-потребностной сферы, выяснить блокировку основных потребностей, определить временную перспективу

> Защитные факторы (ресурсы): личностные, семейные особенности, опыт и знания, предохраняющие от факторов риска и способствующие быстрому восстановлению душевных сил

> Способность к адаптации, устойчивость к стрессу. Ко-пинг-механизмы (механизмы совладания с трудностями и со стрессом).

Защитные системы. Наличие защиты можно изучать по наличию или отсутствию фобий, обсессивно-компульсивного поведения (невротические механизмы защиты — бессознательные способы редукации эмоционального напряжения).

**Комментарий специалиста.** Согласно современным психоаналитическим представлениям, клиенты неврротического уровня



опираются в основном на более зрелые защиты, или защиты второго порядка. При этом они используют также и примитивные защиты, хотя наличие примитивных

защит не исключает диагноза структуры характера невротического уровня, отсутствие же зрелых защит исключает его. В частности, в психоаналитической литературе было отмечено, что более здоровые люди используют вытеснение в качестве своей основной защиты, отдавая ему предпочтение по сравнению с менее дифференцированными способами решения конфликтов.

Психотические личности чаще всего используют следующие виды защиты: уход в фантазии, отрицание, тотальный контроль, примитивная идеализация и обесценивание, примитивные формы проекции и интроекции, расщепление и диссоциация.

- > Ресурсы и положительные особенности ребенка.
- > Подчеркивание наиболее важных проблем, которые могли бы послужить ключом к психотерапевтическому воздействию.
- > Получение информации о мотивации клиента к работе с психологом.
- > Улучшение, отмеченное после первого контакта.
- > Диагноз.

**Комментарий специалиста.** Большинство оценочных форм в медицинских учреждениях требует постановки диагноза, основанного на МКБ-10. Это самая большая классификационная система «психических и поведенческих расстройств», используемая во многих странах. Многие психотерапевты находят МКБ-10 ограниченным для использования при анализе проблем детей, семей и планировании психотерапии. Тем не менее, диагноз дисциплинирует мышление специалиста, предохраняет от ошибок назначения неадекватных методов психотерапии.

**Заключение.** Содержит информацию, отражающую биопсихосоциальные причины происхождения проблемы или расстройства. Заключение должно отражать диагноз, необходимость проведения дифференциального диагноза, в случае проведения психодиагностического исследования — необходимость изучения конкретных психических функций, например, мышления. Этот алгоритм не только имеет значение для формирования гипотезы, но также и оказывает непосредственное влияние на программу психологической коррекции и психотерапии.

Все данные для удобства анализа отразить в карте исследования подростка (табл. 1) а визуальное изучение которой позволит не только продумать полный клинический диагноз, но и решить, нуждается ли подросток в более тщательном психопатологическом анализе.

Таблица 1

<b>Карта</b>	<b>первичного</b>	<b>приема</b>	<b>подростка</b>
Фамилия,	имя, отчество	Год рождения	Дата заполнения

Состоит ли на учете у психиатра (нарколога) Анонимное обращение  
Адрес  
Кто обратился: ребенок, родители, представители учреждения, прочие  
(нужное подчеркнуть)

*Диагностические категории Описание*

Жалобы

**Генетический анамнез  
(наследственность)**

**Семейный анамнез**

С кем живет ребенок (состав  
семьи)

Психологическая  
характеристика семьи

Актуальность материальных  
проблем Для семьи

Генограмма семьи

*Диагностические категории Описание*

История развития ребенка

Анамнез заболевания

Наркологический анамнез	Алкоголь эпизодически Алкоголь постоянно Наркотики эпизодически Наркотики постоянно
-------------------------	--

Табакокурение  
Другие виды  
психоактивных  
веществ

Мотивы потребления  
психоактивных веществ

Ресурсы и положительные  
особенности подростка

Соматический статус,  
включая оценку полового  
развития

Неврологический статус

Чувствительность

Двигательная сфера

Тремор

Состояние зрачков

Прочие сомато-  
неврологические нарушения

Психический статус

Сознание

Поведение, внешний вид

Эмоциональная сфера

Когнитивная сфера

Внимание, память,  
характеристика мышления,  
оценка интеллекта

Наличие психотических  
симптомов

Критика к своему поведению

Суицидные мысли и  
намерения

«Условная выгодность»  
симптомов'

Социально-психологическая  
адаптация

Ресурсы и положительные  
особенности подростка

Мотивация клиента к  
изменениям и реабилитации

Клинический  
(психологический) диагноз

Данные психологического  
тестирования

Подпись

*Примечание.* Функциональный анализ симптомов или поведения:  
адекватность возрасту и полу, специфичность психопатологии,

консультанта

коморбидность, ситуационные и временные параметры, условия появления, негативные и позитивные последствия.

**Источник:** Кулаков С. А. На приеме у психолога — подросток: Пособие для практических психологов. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена; Издательство «СОЮЗ», 2001 [Серия «Практическая психология»]. — 350 с.

[Ваш психолог. Работа психолога в школе](http://vashpsixolog.ru)