

ОПЫТ ЭТНОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭКСПРЕСС-ПСИХОТЕРАПИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

А.В. СУХАРЕВ

В настоящей статье представлены некоторые результаты дальнейшего применения этнофункционального подхода в психотерапии расстройств психики у детей; теоретические и экспериментальные основы этого подхода изложены нами в публикациях [11], [13]. Научная актуальность этнофункциональной методологии обусловлена тем, что в конце настоящего столетия, как отмечается в отечественных и зарубежных исследованиях [10], этнические факторы начинают играть все большую роль как в индивидуальной, так и в общественной жизни каждого человека в условиях современной цивилизации. Этот феномен можно рассматривать и с точки зрения психоисторического принципа, предложенного Э.Эриксоном, который понимал смысл межличностных и внутриличностных конфликтов как субъективное выражение психологических проблем конкретного исторического момента [15].

Решающим методологическим положением для этнофункционального подхода является рассмотрение культурных феноменов с точки зрения их этнической функции. Любой феномен культуры может иметь этноинтегрирующее или этнодифференцирующее значение по отношению к одному этносу или группе этносов [1]. Например, этническая функция русского языка (как социокультурного параметра) является этноинтегрирующей по отношению ко всем народам России и в то же время дифференцирующей народы России от, к примеру, народов Южной Америки и т.д. В этнологии в целом рассматриваются три группы параметров процесса этногенеза (результатирующей которого, собственно, и является этнос или этническая система), каждый из которых обладает, этнической функцией: климато-географические, антропо-биологические и социокультурные [1], [3].

Применение этнофункционального подхода в психологических исследованиях основано на представлении об этносе (системе этносов) как о некоторой целостности [12]. Это предполагает, что нарушение отношения к одному или нескольким этническим параметрам может приводить к нарушению этой целостности, что, в свою очередь, может обуславливать психические расстройства [7], [11], [13]. Исследования показали, что нарушение отношений к различным группам этнических параметров в той или иной мере связано со степенью этих расстройств (их нозологическим уровнем), однако наиболее значимым для определения глубины психических расстройств является нарушение отношений к группе климато-географических параметров [11].

93

Как показано в философских, медицинских и психотерапевтических исследованиях, нарушение осознанных и неосознанных информационных связей человека со средой (как природной, так и социокультурной) могут приводить к социальной, психической и даже биологической дезадаптации человека [11], [13]. Известно, что почти любое более или менее длительное патологическое (на биологическом уровне) воздействие на незрелый мозг может привести к так называемому дизонтогенезу психического развития [6]. С другой стороны,

В.В. Ковалев и другие исследователи отмечали, что психогенные факторы могут послужить причиной возникновения тяжелых психических расстройств, нередко с неблагоприятным исходом в своеобразный дефект личности, близкий к органическому [5]. Также убедительно доказана причинная роль социокультурной депривации в происхождении «не только легких, обратимых форм задержки психического развития, но и тяжелых, необратимых состояний недоразвития психики и личности у детей» [5; 22]. В. В. Ковалев полагает также, что дизонтогенетический эффект неблагоприятных средовых влияний значительно уменьшается с возрастом, что отражает общую закономерность онтогенеза. В самом общем виде сущность дизонтогенетического влияния социально-средовых факторов на человека была сформулирована И.В.Давыдовским и А.В.Снежневским следующим образом: «Сама история является действительной частью истории природы, становления природы человеком. Впоследствии естествознание включит в себя науку о человеке в такой же мере, в какой и наука о человеке включит в себя естествознание: это будет одна наука» [4; 11]. В соответствии с этими положениями имеются, в частности, экспериментальные данные о том, что неблагоприятные

(культурные и природные) средовые воздействия на ребенка в периоды наиболее интенсивного психического развития могут оказывать патогенное воздействие на функционирование нейрофизиологических систем, а возможно, и на их структурную основу, приводя к психическому дизонтогенезу [5; 23]. По замечанию Г.Д.Смирнова, «специфические структурно-функциональные черты мозга человека создаются в непосредственной зависимости от взаимодействия со средой, т.е. обучения, и обладают высокой способностью к изменению в условиях соответствующей тренировки» [цит. по [5; 23]].

Становление взаимодействия информационных связей индивида и среды имеет определенные этапы, включающие в той или иной мере сенсорные, поведенческие, эмоциональные и когнитивные компоненты. В частности, сформированность когнитивных связей представляет собой собственно мировоззрение, тогда как сенсорные и эмоциональные больше определяют то, что называется мироощущением и т.д. Положение о континуальности психического и биологического в природе человека позволяет, на наш взгляд, сделать следующее предположение.

Как известно, биологический принцип рекапитуляции, выдвинутый Э.Геккелем, указывает на повторение последовательности стадий филогенетического развития в онтогенезе. Соответственно можно предположить, что определенная последовательность характера отношений индивида и этнокультурной среды может повторять стадии развития этих отношений в филогенезе, т.е. стадии развития отношений людей и среды в определенном культурно-историческом процессе. В исторической и этнологической науках большинство

исследователей признают динамику этих стадий в рамках конкретных этнокультурных организмов как их последовательную трансформацию от языческо-природной к преобладанию монотеистического компонента при выраженном единстве и целостности религиозно-этической концепции и, например, до современного просвещенного научного мировоззрения [2].

Другими словами, в индивидуальном развитии каждого человека можно в известном приближении выделить стадии развития его этнокультурных связей со средой. Мы, в частности, выделяем три стадии: сказочно-мифологическую, нравственно-этическую (религиозную) и технотронно-сциентистскую функции. Содержание этих стадий для каждого человека имеет этническую функцию. Этнокультурные причины (условия) диз-онтогенеза в таком случае могут, например, проявляться в том, что ребенок в процессе воспитания был лишен сказочно-таинственных отношений с миром и вместо Бабы-Яги, Снегурочки и русалок родители с раннего возраста обеспечили ему компьютер и технотронные игрушки (в этом проявляется нарушение последовательности стадий онтогенеза). Или же вместо того, чтобы ребенку, родившемуся и жившему в Подмосковье, читать русские сказки, родители воспитывают его исключительно на сказках и легендах североамериканских индейцев или сказках Дж.Толкиена (этнофункциональное нарушение проработки содержания стадий онтогенеза).

При исследовании этнофункциональной рассогласованности внутриспсихических отношений к различным этническим признакам (социокультурным, расово-биологическим и климато-географическим [1]) в экспериментально-полевом и клиническом исследованиях были получены следующие результаты. На донозологическом уровне (в экспериментально-полевом исследовании) такая этнофункциональная рассогласованность обуславливала рост «плавающей» и «предметной» тревоги, в то время как на нозологическом уровне (в клинике) — качественное нарастание глубины психического расстройства — от невротического уровня до процессуального [11]. С другой стороны, в работе со взрослыми пациентами, имеющими аффективные расстройства депрессивного спектра, нам удалось добиться положительной динамики их основной симптоматики, как бы возвращая их в процессе психотерапии на сказочно-мифологический уровень их отношения к миру, восстанавливая не сформированные в свое время в онтогенезе или утраченные осознанные и неосознанные информационные связи с природной и культурной средой, соответствующие «языческой», а отчасти «религиозно-этической» стадиям филогенеза [13].

На основании теоретико-экспериментальных исследований нами была разработана методика, получившая название этнофункциональной психотерапии [13]. В процессе этой терапии претерпевает динамику прежде всего *этноид* пациента как субъективно предпочитаемый образ его этнической самоидентификации [13]. Элементы этноида составляют совокупность отношений индивида к описанным выше этническим признакам.

Внутренняя этнофункциональная рассогласованность этноида и его рассогласованность с реальными средовыми условиями является показателем нарушения индивидуального

социокультурного развития, показателем этнокультурного (или этнофункционального) дизонтогенеза. Перечисленные типы рассогласованности могут проявляться в когнитивной, эмоциональной, сенсорно-моторной

95

и поведенческой сферах, которые и определяют основные направления этнофункциональной психотерапевтической проработки. С применением этой методики были получены некоторые предварительные конструктивные результаты в терапии аффективных расстройств смешанной эндогенной и психогенной этиологии в условиях стационара у взрослых [13]. Этот 32-часовой курс психотерапии был интенсифицирован за счет включения более мощных эмоциогенных средств (работа с музыкой, запахами, драматизация мифологических сюжетов и др.) и преобразован в более короткий (девятичасовой — шесть ежедневных занятий по 1—1,5 ч), который и использовался в настоящем исследовании в детских группах. Подобный экспресс-психотерапевтический курс в основном был направлен на этнофункциональную проработку моторно-поведенческой и эмоциональной сфер и в меньшей степени — когнитивной. Соответственно акцент здесь делался в большей мере на этногерменевтическую фазу терапии и в меньшей степени — на фазу этнодиссонанса [13].

Особенность психотерапии с детьми заключается, на наш взгляд, в том, что ее скорее можно было бы назвать психотерапевтической педагогикой, поскольку работа проводится в дидактическом ключе, но психотерапевтом.

Занятия с детьми, поступившими в детское клиническое отделение Института психиатрии МЗ МП РФ, проходили в двух группах по четыре человека в каждой. Первую группу составили три девочки с диагнозами «эндогенная депрессия» (возраст 11 лет), «задержка психического развития» (возраст 11 лет), «задержка психического и речевого развития» (возраст 7 лет) и мальчик с диагнозом «патохарактерологические реакции на основе последствий раннего органического поражения ЦНС» (возраст 10 лет). В состав второй группы входили две девочки с диагнозами «реактивная депрессия» (возраст 11 лет), «задержка психического развития на фоне выраженного органического поражения ЦНС» (возраст 9 лет) и два мальчика с диагнозами «психопато-подобный синдром на фоне выраженного органического поражения ЦНС» (возраст 13 лет), «неврозоподобный синдром» (возраст 13 лет).

В целом методика исследования эффективности психотерапии кроилась на сочетании идиографического и номотетического подходов. Идиографический метод является способом познания, весьма подходящим и необходимым, на наш взгляд, для исследований в психотерапии, так как его целью является изображение объекта как единого уникального целого. В то же время мы ставили целью установление общего, типического в изучаемых явлениях, что соответствует номотетическому подходу и позволяет выявить закономерности. Именно сочетание этих подходов представляется нам адекватным для исследований в психотерапии как области, стоящей на водоразделе гуманитарных и естественнонаучных дисциплин [8]. В связи со спецификой психотерапии мы не считали необходимым изучение большого количества случаев для статистической достоверности результатов (номотетия), но акцентировали углубленное изучение содержания и смысла динамики состояния каждого пациента (идиография). При этом выделение типического, закономерного осуществлялось в результате теоретического осмысления динамики состояния каждого пациента и сопоставления полученных результатов с предварительными экспериментальными исследованиями.

В начале и в конце психотерапевтической работы дети обследовались

96

лечащими врачами, наблюдались педагогами и проходили специальное экспериментально-психологическое исследование (по методикам Люшера [9], Роршаха [12] а также по самооценке своего состояния самими пациентами).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наблюдение в процессе психотерапии показало, что у детей возросли активность, адекватность эмоциональных реакций, вовлеченность в совместную деятельность, снизилась тревога, стали менее выраженными проявления негативизма. По самоотчетам все дети отмечали, что им было

очень интересно, занятия прибавили им «ум», «новые чувства о природе», они испытывали приятную грусть, расслабление и т.д.

Наиболее приятные моменты у детей были связаны с обсуждением музыки (народной и классической), звуков природы, запахов растений, деревьев. Наибольшие трудности (только в двух случаях) представляло моторно-двигательное изображение традиционных мифологических персонажей и образов природы («Кривды», «ветра», «реки» и др.). В трех случаях дети отметили, что занятия влияют «на все хорошее вообще в жизни». Все дети проявили очень большую заинтересованность именно в **такого рода** занятиях, хотя работа была довольно интенсивной, целенаправленной и не всегда приятной (порой кто-то плакал и т.п.). Клиническая оценка динамики состояния у детей лечащими врачами во всех случаях показала заметное смягчение основной симптоматики. В процессе обучения в двух случаях педагогами было зафиксировано выраженное улучшение и в одном — незначительное.

По оценке лечащих врачей, происшедшие изменения в состоянии пациентов не могли быть обусловлены использованием фармакологического лечения по двум причинам: во-первых, фармакотерапия применялась до начала психотерапии постоянно в течение длительного времени (1—2 мес), однако соответствующие изменения произошли у всех детей именно за период психотерапии (одна неделя); во-вторых, характер изменений, происшедших в эмоциональной сфере, отражал изменения **в качестве** переработки эмоций, тогда как фармакотерапия воздействует в основном на интенсивность эмоций, их динамические параметры. (Следует заметить, что к аналогичным выводам мы пришли и в процессе работы со взрослыми пациентами [13].) По результатам Роршах-диагностики у всех пациентов произошло снижение уровня невротизации, повышение продуктивности мышления вследствие устранения эмоционального торможения. У двух пациентов, имеющих относительно выраженные признаки органического поражения ЦНС, было выявлено исчезновение соответствующих психологических проявлений (например, забывание названий предметов по органическому типу, исчезновение «чисто эмоциональных» бесконтрольных реакций). У одной из пациенток, проявлявшей наибольшую произвольную активность на занятиях и интерес к ним, было выявлено более органичное взаимодействие эмоциональной и когнитивной адаптационных систем, что соответствует результатам наших предварительных исследований [11]. Интересно также отметить, что если в работе со взрослыми, имеющими смешанные андогенно-психогенные расстройства, наименьший эффект наблюдался у пациентов с относительно более выраженными нарушениями ЦНС (а также при наличии постпроцессуального дефекта), то в работе с детьми в первой

группе наличие более или менее выраженной резидуальной органики в меньшей степени влияло на эффективность терапии. В случае с относительно выраженным органическим поражением ЦНС (у мальчика) произошли весьма существенные позитивные сдвиги (исчезновение признаков бесконтрольных аффектов, гармонизация взаимодействия эмоциональной и когнитивной сфер).

Представляет интерес и тот факт, что при выраженной положительной клинической динамике и динамике показателей теста Роршаха в двух случаях отсутствовали какие-либо изменения по тесту Люшера (в двух остальных случаях наблюдалась динамика показателей в сторону большей адаптивности пациентов). На наш взгляд, это может свидетельствовать о том, что даже при сохранении высокой личностной ригидности (константность цветового выбора [9]) адаптационные возможности пациентов возрастали именно за счет более **качественной** проработки эмоций, а не за счет изменения их динамических характеристик. В катамнезе происшедшие сдвиги сохранялись у всех пациентов в течение не менее одного месяца. Никаких негативных сдвигов после психотерапии у пациентов не наблюдалось.

Приведем примеры, иллюстрирующие результаты исследования.

Пациент В.А., 10 лет, родился и проживает в Москве; госпитализирован с диагнозом «патохарактерологические реакции»; в плане неврологии имеются диффузные изменения в виде нестабильной межполушарной асимметрии с акцентом справа при наличии параксизмальной активности в стволовых мозговых структурах. Ребенок обладает хорошими способностями, интеллектом (ОП — общий интеллектуальный показатель по Векслеру — 105). Имеют место отклонения в поведении, воровство, «ложь без нужды», переменчивость настроения, негативизм, неспособность к стабильным контактам, отсутствие усидчивости и длительной концентрации внимания.

В процессе всей психотерапии ребенок проявлял нарастающий интерес к занятиям, вначале постоянно старался привлечь к себе внимание, был крайне неусидчив и неуравновешен. Больше всего интересовался прослушиванием записей шума ветра и дождя, а также «языческой» народной музыки. Очень переживал, когда не удавалось изобразить, например, «реку» или рассказать, «что чувствует дерево ель». В результате занятий стал в целом более эмпатичен и работоспособен, у него пропал негативизм. Изменение этноида [12], [13] в процессе терапии произошло в сторону его большей адаптивности (от предпочтения только положительного регистра зимних температур к допущению «небольших морозов»).

По результатам Роршах-диагностики исчезли признаки неуправляемой эмоциональности (ответы типа Fb), увеличилось с одного до двух количество ответов типа FFb+ как показателей более дифференцированных и регулируемых эмоциональных реакций, количество цветowych (два) и красных (два) шоков снизилось с четырех до одного (остался один красный шок — показатель существенного снижения уровня невротизации, агрессивности). Также несколько увеличилось количество ответов (с 20 до 25) и возросла потребность в общении, о чем свидетельствовало появление М-ответов. Лекарственную терапию (пантогам, глицин) пациент получал в течение месяца до психотерапии без каких-либо результатов.

Результаты теста Люшера показали динамику осознанных установок от честолюбивого требования признания к возросшей гибкости в стремлении к самоутверждению.

98

Клиническая оценка лечащим врачом показала существенный сдвиг к улучшению качества эмоциональных контактов, появление более глубокого интереса к общению, уравновешенности. Педагог отметил некоторое улучшение внимания и усидчивости.

По нашим предварительным наблюдениям, маркером в пользу психогенного (не эндогенного) характера эмоционального расстройства является предпочтение ребенком для жительства ландшафта и климата соответствующих месту его рождения и проживания (т.е. наличие «адаптивного» этноида) [11].

Этнокультурный дизонтогенез пациента проявлялся в недостаточной проработке сказочно-мифологической стадии и конфликтной ситуации в отношении религиозно-этической стадии. Для мальчика было весьма значимо (спонтанно проявилось у него при первом знакомстве с психотерапевтом), что он является наполовину татаринoм (по матери). Бабушка (по матери) привлекала его к исламской религии, по ее инициативе он даже заучивал молитвы на арабском языке, правда, не понимая их смысла. После цикла психотерапевтических занятий мальчик все же разрешил свой внутренний конфликт. В частности, он заявил буквально следующее: «...да ну, я это не понимаю... (мусульманство. — А.С.), мне хочется верить в Бога, как все» (т.е. ориентируясь на православно-христианское направление проработки религиозно-этической стадии в процессе психотерапии. — А.С.). В данном случае пациент субъективно разрешил свое внутреннее этнофункциональное противоречие («русскость» — «ислам и арабский язык»).

Пациентка А.Г., 7 лет, родилась в Москве; была госпитализирована с диагнозом «задержка интеллектуального и речевого развития»; также имели место признаки внутричерепной гипертензии и умеренного расширения желудочковой системы. Девочка плаксива, упряма, имеет дефект речи (речь крайне неразборчива).

В процессе психотерапевтических занятий, по наблюдениям психолога, девочка с каждым занятием все более активно вовлекалась в деятельность, адекватнее вербализовывала эмоции, воплощала образы (моторно и словесно). В эти моменты ее речь постепенно становилась все более разборчивой.

С точки зрения этнокультурного онтогенеза девочка проявила себя как весьма развитый человек. Она выражала интерес и к сказкам, и к народной («языческой») музыке, с удовольствием высказывалась по поводу произведений М.П.Мусоргского, А.К.Лядова и др. Когда детям было предложено прослушать знаменитый распев мужского хора Афонского монастыря «С нами Бог», девочка неожиданно заплакала. Я спросил ее:

«Почему ты плачешь?» «Мне грустно», — ответила она. «Выключить музыку, музыка плохая?» — «Нет, музыка хорошая, она мне силу дает». Меня потрясла зрелость ответа девочки. Остальные дети слушали с интересом, однако никак не могли понять реакцию этой девочки, спрашивали меня: «А почему она плачет?» Девочке было 7 лет, а остальным детям — по 10—11 лет. В результате опроса в конце цикла занятий дети говорили о том, что им нравится та или иная народная или симфоническая музыка, но лишь эта девочка отметила монашеский хор как наиболее

понравившийся. С церковной точки зрения инструментальная музыка соответствует языческому мирозерцанию, тогда как голосовое пение — духовному. Вообще воцерковление ребенка может, с позиций Церкви, производиться с шести лет, т.е. приблизительно когда впервые проявляется

страх смерти. С этнокультурной точки зрения у ребенка, о котором идет речь, дизонтогенез в эмоциональной сфере отсутствовал или был относительно минимальным. Этой девочке было необходимо наименьшее по сравнению с другими детьми время (или объем усилий) для достижения адекватной готовности в нравственно-этической (в данном случае — христианско-этической) стадии этнокультурного онтогенеза. Этим, по-видимому, можно объяснить то, что у нее произошли наиболее сильные позитивные изменения в эмоциональной сфере (а также частично в поведении и интеллектуальной деятельности) по сравнению с другими детьми.

Клиническая оценка состояния девочки лечащим врачом показала, что выраженные изменения в психическом состоянии произошли именно за неделю психотерапевтических занятий, хотя при этом фармакологическое лечение (пантогам, глицин) она получала в течение более чем одного месяца до начала занятий. Врач отметила появление раскрепощенности, смягчение дизартрии, возросшую активность общения, девочка стала легче переносить разлуку с матерью, у пациентки исчезла «согбенная» поза, она стала сидеть прямо.

По результатам Роршах-диагностики у нее было диагностировано снижение общего уровня невротизации; исчезли «отказ» на карту V, а также два забывания названий предметов по органическому типу, увеличилось (с 8 до 15) общее количество ответов (с сохранением процента F+), исчез ответ типа «смещение фигуры и фона». Все эти изменения мы интерпретируем как позитивные, свидетельствующие, как минимум, о снижении эмоциональной заторможенности. По результатам цветового теста Люшера произошли изменения осознанной установки от защитного отказа быть вовлеченной в какую-либо деятельность к стремлению достигнуть внутреннего равновесия посредством восприятия и переживания высших эмоций (чувства прекрасного), а также значительно уменьшилась тревожность.

Отношение девочки к этническим параметрам (этноид) является согласованным со средовыми условиями ее рождения и проживания в этнофункциональном смысле. В плане динамики этноида у нее усилился чувственный компонент отношения к религии (к Богу). Другими словами, этнокультурный дизонтогенез пациентки, хотя и был исходно относительно минимален, претерпел изменения в сторону большей адаптивности.

Вкратце приведем также результаты экспериментально-психологического и клинического исследования двух других пациенток.

Пациентка О.К., 11 лет, поступила с диагнозом «эндогенная депрессия». В заключении клинического обследования врачом после проведения психотерапии отмечалось, что девочка стала более доступна для общения, моторно более раскрепощена, у нее возросли интерес к учебным и психотерапевтическим занятиям и моторно-эмоциональная активность в целом, незначительное повышение интереса к учебе отметил также педагог.

По результатам Роршах-диагностики после психотерапевтического цикла у девочки снизилось количество «отказов» с шести (три темных и три цветных карты) до одного (на цветную карту IX). Общее количество ответов увеличилось с пяти до двенадцати. Мы интерпретируем это как показатели снижения эмоциональной заторможенности. Люшер-диагностика никаких изменений не выявила. По оценке самой пациентки, психотерапевтические занятия дали ей «знания, ум, расслабление, покой, бодрость и хорошее настроение».

Пациентка Н.К., 11 лет, поступила с диагнозом «задержка психического развития». В заключении клинического обследования врачом после проведения психотерапии отмечалось, что у девочки возросли активность и адекватность эмоционального отреагирования. Педагог отметил существенное возрастание активности и интереса к учебе на занятиях.

Результаты Роршах-диагностики показали увеличение числа ответов типа F+, ответов типа FB+ с одного до трех, типа FFb+ с одного до двух, общее количество ответов возросло с 11 до 23; появился ответ типа Orig+ и исчез ответ типа «отказ». Все эти показатели, на наш взгляд, свидетельствуют о снижении эмоциональной заторможенности, улучшении интеллектуальной продуктивности. По тесту Люшера никаких изменений зафиксировано не было. По оценке самой

девочки, занятия дали ей «знания о природе, новые чувства о природе, радость, новое чувство о Боге».

Результаты исследований, проведенных на второй группе пациентов, в целом согласуются с результатами, полученными на первой группе. Наиболее выраженные клинические изменения произошли у девочки с реактивной депрессией и у мальчика с невротоподобным синдромом. Относительно менее выраженные клинические изменения произошли у детей с выраженным органическим поражением ЦНС: у девочки с диагнозом ЗПР и у малыша с психопатоподобным синдромом. Выраженность клинических изменений у первой пары детей соответствовала, в частности, появлению у них ответов типа FFb+ (Роршах-диагностика). Другие экспериментально-психологические показатели (их выраженность) также соответствовали выраженности изменений в основной симптоматике.

В приведенных выше примерах, кроме случая с эндогенной депрессией, этноиды пациентов либо были адаптивными в этнофункциональном смысле, либо в процессе психотерапии претерпевали динамику в сторону большего соответствия реальным этнокультурным условиям, в которых пациенты родились и проживали, при общей положительной динамике их психического состояния. У пациентки с эндогенной депрессией после психотерапии этноид стал менее адаптивным (в ландшафтных предпочтениях у нее появились море и кедры — как «маркер» эндогенности) при общем улучшении качества отношений к реальной этнокультурной среде. Это вполне соответствует результатам проведенных нами ранее исследований [11], [13], которые показали, что в случаях психогенных расстройств при эндогенных расстройствах вырабатывались некоторые компенсаторные механизмы в отношении к реальной среде.

ВЫВОДЫ

В настоящем исследовании на данной группе пациентов удалось достаточно отчетливо разграничить независимый эффект этнофункциональной психотерапии (смягчение основной симптоматики) в детском возрасте и результаты фармакологического лечения аффективных и поведенческих расстройств смешанной этиологии (при наличии эндогенного, психогенного и органического радикалов). Результаты настоящего и ранее проведенных психотерапевтических исследований позволяют предполагать, что отклонения в психическом развитии могут быть обусловлены не только дизонтогенезом развития морфологических систем организма во внутриутробном, постнатальном и других периодах [6], но и дизонтогенезом этнофункциональным (этнокультурным),

101

связанным с нарушением как последовательности стадий развития отношений к природно-культурной среде, качества проработки этих отношений, так и этнофункциональной согласованности содержания этих отношений с регионом рождения и проживания и этнического самосознания в целом у конкретного человека.

На наш взгляд, предварительные результаты исследования процесса и эффективности этнофункциональной психотерапии на взрослых пациентах [13] и в настоящем исследовании на детях, предполагают дальнейшее всестороннее изучение как этого метода в целом, так и гипотезы об этнофункциональном дизонтогенезе в частности.

1. Бромлей Ю.В. Очерки теории этноса. М., 1983.
2. Введение в культурологию / Под ред. Е.В. Попова. М., 1995.
3. Гумилев Л.Н. Этногенез и биосфера Земли. М., 1990.
4. Давыдовский И.В., Снежневский А.В. О социальном и биологическом в этиологии психических болезней // Социальная реадaptация психических болезней. М., 1965.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М., 1995.
6. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985.
7. Мясищев В.Н. Психология отношений. М.; Воронеж, 1995.
8. Риккерт Г. Науки о природе и науки о культуре // Культурология XX в. М., 1995. С. 69—104.
9. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. Вып. 2. М., 1990.
10. Соколов А.А. Структурные факторы самоорганизации этноса // Расы и народы. 1990. № 20. С. 5—

39.

11. *Сухарев А.В.* Этническая функция культуры и психические расстройства // Психол. журн. 1996. Т. 17. № 2. С. 129—137.
12. *Сухарев А.В.* Этнофункциональный подход к проблеме возникновения психических расстройств // Этнографич. обозр. 1996. № 4. С. 31—38.
13. *Сухарев А.В., Степанов И.Л.* Этнофункциональная психотерапия аффективных расстройств // Психол. журн. 1997. Т. 18. № 1. С. 122—133.
14. *Bohm E.* Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik. Bern: Verl. Hans Huber, 1972. S. 208— 211.
15. *Erikson E.* Life history and the historical moment. N.Y.: Harper and Row, 1975.

Поступила в редакцию 14.V 1996 г.