

Резюме

В настоящей статье представлен завершающий этап экспериментально-психологического и клинико-психотерапевтического исследования концепции этнофункционального психического онтогенеза (дизонтогенеза). На материале исследования детей страдающих онкологическими и наркологическими заболеваниями, а также здоровых детей, была показана правомерность данной концепции, а также показана ее перспективность для целей психопрофилактики.

Авторы:

Сухарев Александр Владимирович, доктор психол. наук, ведущий научный сотрудник Психологического института РАО.

Тимохин Владимир Владимирович, психолог Московского научно-практического центра профилактики наркоманий при комитете здравоохранения г. Москвы.

Шапорева Анна Александровна, психолог Отделения реабилитации детской онкологии Российского онкологического центра им. Н.Н. Блохина.

Психологический этнофункциональный подход в детской онкологии

Сухарев А.В., Тимохин В.В., Шапорева А.А.

Ключевые слова: этнофункциональный подход к психической адаптации человека, психотерапия, психопрофилактика, психическое развитие, стадии этнофункционального психического дизонтогенеза, онкопсихология.

В современной медицинской и психологической науке отмечается нарастающий интерес к психосоматическим концепциям этиологии, патогенеза и терапии онкологических заболеваний [25], [24], [11], [5], [4], [2] и др. В соответствии с данными исследованиями онкологические заболевания можно понимать как определенную степень системной *психобиологической дезадаптированности* человека, что в принципе открывает возможность психологического подхода к диагностике, прогнозу и терапии этих заболеваний. Исследователи пишут о том, что такой интерес определяется не столько клиническими нуждами, сколько общим гуманитарным культурным контекстом человеческого бытия. Наиболее оправданным с теоретико-методологической и практической точек зрения, на наш взгляд, является целостный подход к терапии онкологических заболеваний, при котором человек рассматривается как

единый психобиологический и общественно-культурный организм [4: 485]. В частности, в исследованиях, посвященных изучению личностной структуры онкологических больных, отмечаются такие качества как инфантильность, эмоциональная незрелость. Наиболее характерной особенностью больных является депрессивная организация личности и относительно малая выраженность истероидного радикала [24]. Наши исследования в области детской психоонкологии также выявили повышенную аутичность пациентов, выраженность у них шизоидного радикала и депрессивной симптоматики, что вполне соответствует приведенным выше результатам. Заметим, что согласно проведенным ранее исследованиям именно депрессивные расстройства и психический инфантилизм (как расстройства прежде всего эмоционально-волевой сферы) могут быть обусловлены нарушением индивидуального развития психики и связаны с наличием этнофункционального психического дизонтогенеза, т.е. с наличием выраженных этнофункциональных рассогласований элементов психики человека [14], [15].

Роль психологических механизмов регулирования в течении онкологических заболеваний подчеркивается также имеющимися положительными результатами применения психотерапии [11] и другие. Однако авторы отмечают, что наиболее сложной в данном вопросе является проблема мотивирования больных на психотерапию, состояние их эмоционально-волевой сферы: больные не хотят (или не могут) прилагать существенных нравственных и психических усилий, направленных на преодоление грозящей им смертельной опасности, в большинстве случаев они внутренне смиряются со своей судьбой.

В настоящей статье приведены результаты применения этнофункционального подхода к изучению психики онкобольных и опыт применения соответствующего метода психотерапии. В связи с новизной рассматриваемого подхода приведем, вкратце, его основные положения и имеющиеся экспериментальные подтверждения.

Актуальность и теоретико-методологические основания этнофункционального подхода к психике человека

По выражению Ю.В. Бромлея, “человечество — это народы” [3]. Осознание важности этого факта во второй половине XX в. проявилось в огромном интересе и все нарастающем количестве научных публикаций по проблемам этничности [12]. Недооценка этнического фактора была характерной чертой отечественного обществоведения советского периода, где социально-классовые и экономические взаимоотношения представлялись определяющими по отношению к этническому фактору. “Этничность” является весьма новым понятием в науке, о чем, в частности, свидетельствует то, что впервые трактовка этого термина появилась в Оксфордском словаре только в 1972 г.

Этничность человека рассматривается как совокупность его этнических признаков. Все признаки, дифференцирующие или интегрирующие людей и человеческие общности, можно разделить на три большие группы. Это группы социокультурных, расово-биологических и климато-географических признаков [3].

Само название «этнофункциональный подход» к психике человека свидетельствует о существенной роли в нем этнического и вместе с тем об его отличии от этнопсихологического подхода. Отличие состоит в том, что этнопсихология описывает поведение человека, исходя из типологии этносов и присущих каждому человеку более или менее определенных этнопсихологических характеристик, в то время как с позиций этнофункционального подхода к человеку, к его внутренней и внешней среде, рассматриваются в теоретическом обобщении не только социокультурные, но *все* элементы этой среды с точки зрения их этнической функции. Социокультурные, расово-биологические и ландшафтно-климатические элементы внутренней и внешней среды человека обладают *этнической функцией* – интегрирующей или дифференцирующей его с тем или иным этносом или этнической системой.

Современная цивилизация характеризуется крайней этнокультурной неоднородностью, мозаичностью, поэтому присвоение культурных форм, их интериоризация с позиций этнофункционального подхода создает условия для возникновения конфликтов в психике человека. В связи с этим важнейшим понятием в предлагаемом подходе является понятие этнофункционального рассогласования элементов внутренней или внешней среды человека с позиции их этнической функции. Например, если эстонец родившийся в Таллине знает свой родной язык, но хочет постоянно жить в тропиках, то элементы его психики находятся в этнофункциональном рассогласовании друг с другом.

На данный момент накоплено достаточное количество эмпирических данных, свидетельствующих о связи человека этнофункционально рассогласованных элементов в психике человека с психической дезадаптацией к собственной внутренней и внешней среде [13], [14], [15]. В частности, данные, полученные на выборке младших школьников, свидетельствуют о том, что этнофункциональная согласованность содержания психотерапевтического, психопрофилактического или учебного материала повышает степень психической адаптированности учащихся, а этнофункциональная рассогласованность этого материала, в целом, действует негативно как на аффективную, так и на когнитивную сферу детей [14]. Это влияние изучалось в процессе применения методики этнофункциональной психотерапии и психопрофилактики [13], [14], [15]. В частности, в одном из исследований в трех группах младших школьников проводилась обычная этнофункциональная психотерапия – вербализация чувств детей по отношению к сюжетным, музыкальным и видеообразам, психодраматизация

взаимоотношений тех или иных персонажей и пр. [14]. Отличия для всех трех групп состояли лишь в содержании материала, на котором проводилась психотерапевтическая проработка отношений детей. Это содержание было существенно этнофункционально различным: в первой группе использовались такие ТВ-персонажи как Мыши-рокеры с Марса, Чебурашка, Карлсон, покемоны, телепузики и др. Во второй группе использовались аутентичные сюжетные сказки аборигенов Австралии (в основном о природе), соответствующая музыка и видеообразы. В третьей группе использовались русские сказки, прежде всего, о природных стихиях (вода – Водяной, лес – Леший, огонь – Царь-огонь), аутентичная музыка, видеообразы природы. Результаты исследования показали, что этнофункциональная психотерапия с детьми на материале, соответствующем в природно-этнокультурном отношении региону их рождения и проживания, повышает степень их эмоциональной и интеллектуальной адаптированности. В двух первых группах эффект был либо сходным с наркотизацией («австралийская» группа), либо вообще никак не изменял психическое состояние детей (ТВ-группа) [14]. Заметим, что исходный уровень невротизации детей во всех трех группах приближался к 80%. Этот результат вполне понятен ввиду чрезмерного потока поликультурной информации, обрушивающейся на ребенка в современном обществе [17].

В зарубежных и отечественных исследованиях по кросскультурной психологии, психиатрии и психотерапии накоплено огромное количество результатов, свидетельствующих о необходимости учета в практической работе с конкретными людьми этнической специфики их отношения к их общественно-культурной и природно-биологической внутренней и внешней среде [23] и др.. Наряду с этим в современном мире нарастает тенденция к смешению разнородных этнокультурных элементов не только в обществе, но и в психике конкретного человека.

Этнофункциональный подход к психическому развитию

Напомним основные положения данного подхода.

Во-первых, психическое развитие человека в онтогенезе рассматривается как повторение последовательности и содержания стадий филогенеза психики в границах определенной этнокультуры. Для понимания данного положения существенной является идея С. Холла согласно которой «для полноты развития ребенка» необходимо, чтобы он, по словам Холла, переживал «древние чувства и точки зрения» собственного народа [19: 30]. Фактически такое понимание процесса психического развития С. Холла основоположником этнопсихологического подхода. Этнофункциональный подход опирается на данное положение и акцентирует не эволюционистский подход к развитию психики «человека вообще», но специфику ее развития в каждой конкретной этнокультуре. Отметим, что в этом состоит одно из суще-

ственных отличий этнофункционального подхода к психическому развитию от эволюционистских концепций отечественных и зарубежных антропологов и психологов (Л.С. Выготского, Л. Леви-Брюля, К. Леви-Стросса, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия и других).

Второе положение производным от первого и по аналогии с определенными стадиями развития культуры предполагает соответствующую последовательность и содержание стадий онтогенеза психики. Рассматривается следующее содержание последовательно сменяющихся стадий: 1. сказочно-мифологическое; 2. религиозно-этическое; 3. технотронно-сциентистское (или «цивилизационное», как завершающее в развитии той или иной культуры в смысле Шпенглера).

Третье положение отражает возможный характер нарушений этнофункционального онтогенеза психики. Психическую дезадаптацию человека к собственной внутренней и внешней среде этнофункциональный подход объясняет нарушениями психического развития. В этнофункциональном подходе нормальный онтогенез психики понимается как последовательное развитие системы отношений к этносреде на сказочно-мифологической, религиозно-этической и технотронно-сциентистской стадиях, повторяющих филогенез этнокультуры конкретного человека. Этнофункциональные нарушения развития психики может, в общем случае, проявляться в следующем.

1. Этнофункциональное рассогласование элементов содержания стадий психического онтогенеза с регионом рождения и проживания конкретного человека. Например, в содержании отношений к собственной внутренней и внешней среде ребенка, родившегося и проживающего в Подмосковье, преобладают сказки и мифологические представления народов Южной Америки. Или же сам ребенок не выносит зиму, хочет жить в теплых краях, там, где зимы нет.
2. Выпадение той или иной стадии из психического онтогенеза данного человека. Например, в развитии ребенка, вследствие особенностей его воспитания, выпадает сказочно-мифологическая стадия развития: минуя «эстетический период», развитие несвоевременно переходит к периоду «этическому» [6: 65-70]. В таком случае эмоционально-чувственная сторона отношений ребенка не успевает вызреть, и нравственное воспитание превращается в морализирование. Данный тип нарушения мы обозначаем как перегрузку религиозно-этической стадии.
3. Нарушение нормальной последовательности стадий онтогенеза психики. Это происходит, в частности, если вместо определенных воспитательных усилий по нравственному воспитанию на религиозно-эстетической стадии психиче-

ского развития ребенку предлагаются «технологические» компьютерные игры и т.п.

Этнофункциональная психическая архегения и анархегения

Следует заметить, что понятие психического дизонтогенеза (по крайней мере, в развитии детей до подросткового возраста) традиционно связано в науке почти исключительно с нарушением развития мозга как условия определенной психической дезадаптированности, без учета ландшафтно-климатических, культурно-психологических и, тем более, нравственно-конфессиональных факторов (некоторые исследователи, например, В.В.Ковалев и др. обращали внимание на не менее существенную роль социальных условий – даже для возникновения психического дефекта).

Кроме того, понятие «психического онтогенеза» не дает положительного определения «психической нормы», определяя его как отсутствие «психического дизонтогенеза». В связи со сказанным мы вводим понятие *«этнофункциональной психической архегении»*. Этнофункциональная психическая архегения – это естественный изначальный прообраз развития души человека. Все стадии этого развития психика проходит в соответствии с содержанием и последовательностью стадий этногенеза для человека, родившегося и проживающего в ландшафтно-климатических условиях собственного этноса или этнической системы. Этнофункциональная психическая архегения включает в себя определенный образ развития системы отношений человека к расово-биологическим, культурно-психологическим и нравственно-конфессиональным этническим признакам и в теоретическом приближении является *показателем психической нормы*.

Экспериментальной основой введения этого понятия являются исследования, как в норме, так и в патологии, проведенные на контингенте более, чем 1400 человек в различных возрастных группах от 3 до 80 лет за период с 1993 по 2003 г. Результаты экспериментально-психологических и клинко-психотерапевтических исследований показали, что нарастание психической и психобиологической дезадаптированности достоверно связано с нарастанием в психике испытуемых количества этнофункциональных рассогласований и последовательности этнофункциональных стадий их психического онтогенеза. В свою очередь, психотерапевтическая проработка этнофункциональных нарушений этого онтогенеза достоверно обуславливает повышение степени психической и психобиологической адаптированности человека [14], [15] и др.

Критериями степени соответствия этому идеальному образу являются данные науки этнологии, культурологи, истории, религиоведения, филологии, фольклористики, а также литературы искусства и пр. Из-за перенасыщенности этносреды этнофункционально рассогласо-

ванными элементами, степень психической дезадаптированности возрастает пропорционально увеличению количества этнофункциональных рассогласований в психике (как фактор риска). Кроме того, психическая норма соответствует целостности когнитивной, аффективной и моторно-поведенческой сторон, а также избирательности, активности и осознанности (В.Н. Мясищев) процесса адаптации отношений человека к различным группам этнических признаков. Отличие этого определения от имеющихся в литературе состоит в том, что оно соотносится с этнокультурной и природно-биологической средой и не является этноцентристским.

Понятие архегении этимологически мы выводим от греческих слов «архе» (начальный, первый, главный) и «генос» (род, развитие). *Архегения* – это целостный изначальный прообраз развития. Определенность этого прообраза заключается как в последовательности стадий этого развития, так и в их содержании. *Анархегения* – это определенная степень нарушения пространственной и временной целостности данного прообраза.

Степень *этнофункциональной психической анархегении* – показатель степени психической дезадаптированности человека, его психического нездоровья, нравственно или общественно отклоняющегося поведения. Эта анархегения характеризуется как нарушением последовательности стадий этнофункционального психического онтогенеза, так и этнофункциональной рассогласованностью содержания этих стадий.

Экспериментально-психологические и психотерапевтические результаты применения этнофункционального подхода в детской онкопсихологии

Для таких тревожащих и болезненных явлений в современном обществе, как депрессии и наркотизм, в эмпирическом и экспериментально-психологическом аспектах уже выявлена связь с определенными типами этнофункциональных рассогласований элементов внутренней и внешней среды человека [15].

В проведенных ранее экспериментально-психологических исследованиях была как непосредственно, так и косвенно подтверждена дезадаптирующая роль этнофункциональных рассогласований как типа условий возникновения этнофункциональной психической анархегении (ранее употреблялся термин – «дизонтогенез»).

Этнофункциональный психологический подход к человеку предполагает учет воздействия на субъекта не только общественно-культурной и природной среды, но и к среды внутренней, психобиологической.

Одной из острейших психологических проблем современного общества является весь тот клубок страхов, тревог и переживаний в целом, который так или иначе связан с распро-

страненностью онкологических заболеваний, опасностью их возникновения и психическими проблемами, непосредственно связанным с фактом данного заболевания.

Мы полагаем, что онкологические заболевания, так же как депрессии и наркотизм, могут быть связаны с определенным типом этнофункциональной психической анархегении, в частности, в виде нарушения последовательности стадий онтогенеза. Наиболее перспективными в этом отношении представляются исследования детского возраста, когда нарушения психического развития можно выявлять в наиболее чистом виде.

Методика экспериментального исследования

Объектом исследования были 190 детей страдающих онкологическими заболеваниями (в стадии ремиссии) наблюдавшиеся Отделении реабилитации НИИ ДО РОНЦ им. Н.М. Блохина, а также 30 детей, проходивших курс фармакологического лечения, химио- и лучевой терапии) в детском отделении московского областного онкологического диспансера (МООД МЗ РФ) (г. Балашиха). Кроме того, было обследовано 144 ученика средних общеобразовательных школ № 408 г. Москвы и № 1 г. Химки, а также 30 подростков, страдающих героиновой наркоманией, обследованных в наркологической клинике № 17 и в клинике ЗАО НИИ «Адаптация» в г. Москве. Всего было обследовано 392 ребенка. Исследование проводилось на базе Психологического института РАО и Московского научно-практического центра профилактики наркоманий.

На основе имеющихся данных о взаимосвязи психических состояний и особенностей человека с характеристиками его иммунитета [4], [5], [25] учащиеся школ были разделены на три группы:

- практически здоровые - 77 чел.;
- здоровые, но переболевшие тяжелыми острыми инфекционными заболеваниями (пневмония) – 24 человека;
- школьники, страдающие хроническими заболеваниями (гастриты, дуодениты, пиелонефрит, аллергии) – 41 человек.

Для осуществления формирующего эксперимента использовалась методика этнофункциональной психотерапии и психопрофилактики (восьми - десять занятий в течение двух – трех недель) [15]. В процессе исследования использовались контрольные группы, метод срезов, метод экспертных оценок, клинико-психотерапевтическое наблюдение, метод структурированного этнофункционального психологического интервью [15], [16], тесты Люшера, Роршаха и Торренса. В Отделении реабилитации НИИ ДОГ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, как в контрольной, так и в экспериментальной группах исследовалось по 26 человек. В детском

отделении МООД МЗ РФ как в контрольной, так и в экспериментальной группах исследовалось по 13 человек.

На основе интервью, как пациентов, так и их родителей диагностировалось наличие в психике пациента этнофункциональных рассогласований, а также последовательность или выпадение тех или иных стадий этнофункционального онтогенеза. Фиксировались следующие показатели:

1. Выпадение сказочно-мифологической стадии: родители сказок детям не читали, и дети сказок не любили и не читали их сами.
2. опережение религиозно-этической стадией сказочно-мифологической. По нашим наблюдениям такое опережение всегда совпадало с выпадением сказочно-мифологической стадии.
3. Выпадение сказочно-мифологической стадии с усиленным навязыванием религиозно-этических норм. Например, взрослые члены семьи вместо сказок с раннего возраста (по словам родителей - с первых месяцев жизни) приучали ребенка к ежедневным молитвам три раза в день и еженедельно посещали храм, где дети стояли во время всей службы, ставили свечи и т.д.
4. Совпадение по времени начала сказочно-мифологической стадии и стадии религиозно-этической. В этих случаях сказки не исключались, но религиозно-этические нормы внедрялись достаточно активно с очень раннего возраста (с полутора – двух лет).
5. Этнофункциональные рассогласования содержания сказочно-мифологической стадии. Рассказываемые сказки не относились к аутентичным русским народным, это были авторские сказки русских писателей (в целом более фабульные, чем ориентированные на взаимодействие человека и природной среды), а также, зарубежные авторские сказки и сказки народов мира, содержащие те или иные этнофункционально рассогласованные элементы.

Фиксирование опережения религиозно-этической стадии на практике включало в себя и случаи совпадения по времени начала сказочно-мифологической стадии и стадии религиозно-этической.

*Специфика этнофункциональной психотерапии детей,
страдающих онкологическими заболеваниями*

Напомним, что этнофункциональная психотерапия основывается на идее системности психических отношений человека к его внутренней и внешней среде. Описание этой среды опирается на данные конкретных наук о человеке – биологии, антропологии, медицины, культурологии, истории, филологии, географии, диетологии и т.д. Этнофункциональный

подход предполагает, в частности, рассмотрение всех информационных элементов внутренней и внешней среды человека с точки зрения их этнической функции. Данная среда описывается системой этнических признаков – климато-географических, расово-биологических и социокультурных.

Экспериментально-психологические исследования дают основания предполагать, что системообразующую роль здесь играет группа климато-географических признаков. В процессе психического онтогенеза первичную и важнейшую роль играет становление здоровых отношений ребенка к его физической среде, причем не антропогенной, а естественно-природной.

Поэтому психотерапевтическая проработка сказочно-мифологической стадии этнофункционального психического онтогенеза включает в себя, прежде всего воспитание системной связи всех сторон отношений ребенка к живой природе – двигательной-поведенческой, ощущений, чувств, представлений. Это и есть та основа, на которой осуществляется «эстетический» период развития ребенка, предшествующий полноценному становлению «этического» периода [6: 61- 69].

Специфика природных условий отражена в специфике культурно-мифологических, т.е. народных представлений о природе [18]. Развитие отношений ребенка к природе по закону дифференциации [20] осуществляется от общего к частному. Поэтому и воспитание отношений детей к природе осуществляется, согласно концепции этнофункционального психического онтогенеза, от филогенетически более общих и, соответственно, более ранних представлений, к более частным и относительно поздним. Применительно к воспитанию детей этот принцип предполагает первоначально становление их отношений к стихиям (вода, огонь, земля, воздух) и персонифицирующим их мифологическим образам, затем мифологизированных отношений к собственному телу и т.п. Относительно позже осуществляется становление отношений к дому, домашним животным, затем к людям, человеческим ценностям (религиозно-этическая стадия) и уже на этой основе – овладение технологиями и т.п. Вкратце суть психотерапии и состоит в восстановлении направленности психики на этнофункциональную психическую архегению. Основным предметом психотерапевтического воздействия были те или иные проявления этнофункциональной психической анархегении у конкретного ребенка. *Специфика* этнофункциональной психотерапии детей, страдающих онкологическими заболеваниями, обусловлена тем, что у них, как правило, перегружена религиозно-этическая стадия и выпадает (или существенно этнофункционально рассогласована) стадия сказочно-мифологическая основой для формирования эмоционально-чувственной стороны психики ребенка; поэтому основное направление работы в онкопсихотерапии – это восста-

новление сказочно-мифологических представлений ребенка о его внутренней и внешней среде и, прежде всего, с природой.

Для исследования эффективности психотерапии использовались метод срезов, Роршах-диагностика, методика структурированного этнофункционального интервью, клиническое наблюдение, метод экспертных оценок.

Оценка статистической достоверности экспериментальных результатов осуществлялась с помощью критерия χ^2 - Пирсона.

Результаты экспериментально-психологического исследования

В процентном отношении число общего детей, у которых имелись этнофункциональные рассогласования в содержании сказочно-мифологической стадии, в зависимости от типа заболевания распределились следующим образом: онкологические больные – 67,9%; школьники, страдающие хроническими заболеваниями – 56,1%; здоровые школьники, перенесшие тяжелые инфекционные заболевания в острой форме – 62,5%; практически здоровые школьники – 32,5%.

У онкологических больных по сравнению с практически здоровыми школьниками было выявлено достоверно больше этнофункциональных рассогласований ($p < 0,001$).

Также достоверно больше этнофункциональных рассогласований было выявлено в объединенной группе детей, перенесших тяжелые острые инфекционные заболевания, вместе с детьми, страдающими хроническими заболеваниями по сравнению с группой практически здоровых ($p < 0,01$).

Количество детей, у которых было выявлено опережение религиозно-этической стадией сказочно-мифологической и/или их одновременное начало, при наличии излишне директивного нравственно-этического воздействия со стороны родителей (перегрузка), распределилось в процентном отношении следующим образом: страдающие онкологическими заболеваниями - 21,4%; страдающие хроническими заболеваниями - 9,8%; здоровые, перенесшие острые заболевания - 8,3%; практически здоровые - 5,2%.

В группе онкологических больных по сравнению с группой практически здоровых данный показатель достоверно преобладал ($p < 0,01$).

Приведем примеры, иллюстрирующие связь характера воспитания ребенка с возникновением онкологических заболеваний (здесь далее все примеры приведены для детей прошедших лечение в детском отделении МООД МЗ РФ).

Пример 1. Пациентка А. – девочка четырех лет. Клинический диагноз: острый лимфобластный лейкоз, достигнута клинко-гематологическая ремиссия. Больна в течение 7 месяцев. Проходит полихимиотерапию.

Психодиагностика методом структурированного этнофункционального интервью показала, что пациентке, русской по национальности, родившейся и проживающей в Московской области, с двух лет читали следующие авторские сказки: «Гадкий утенок» и «Дюймовочка» Г.-Х. Андерсена, «Красная шапочка» Ш. Перро, «Три медведя» и «Волк и семеро козлят» в пересказе В. Е. Тарловского, «Как ослик счастье искал». Из русских народных сказок мама вспомнила только одну («Лиса, заяц и петух»), лишь при дополнительной вербальной стимуляции.

Девочку крестили в два месяца. Семья проживала вместе с бабушкой. Верующая бабушка с раннего детства (по словам матери – с рождения) приучала А. креститься перед сном, перед едой, молиться Богу.

У пациентки были выявлены следующие признаки этнофункциональной психической анархегении: а) этнофункционального рассогласования содержания сказочно-мифологической стадии психического онтогенеза; б) нарушение стадильности психического этнофункционального онтогенеза («забегание» религиозно-этической стадии перед сказочно-мифологической при излишней директивности воспитания на религиозно-этической стадии).

Пример 2. Пациентка Д. – девочка 6,5 лет. Клинический диагноз: острый лимфобластный лейкоз, на момент обследования имеет место клинико-гематологическая ремиссия. Больна в течение двух месяцев. Прошла полихимиотерапию.

Структурированное этнофункциональное интервью показало, что девочке, русской по национальности, родившейся и проживающей в Московской области, по словам родителей, сказок не читали, сама девочка никаких сказок не помнит. Любит книжки, которые читает брат 12 лет (вполне реалистические рассказы).

В церковь водят с самого рождения (сначала носили). Бабушка и мама верующие (ходят в церковь, постятся и т.д.). Девочка знает молитвы, в церковь, по словам родителей, ходит с удовольствием. Однако, на вопрос психолога, нравится ли ей ходить в церковь, девочка неуверенно ответила: «Не знаю...».

В данном случае выявлена этнофункциональная психическая анархегения с выпадением сказочно-мифологической стадии и излишне директивным внедрением в психику ребенка нравственных норм религиозно-этической стадии.

Процент всех обследованных обследованных, у которых были обнаружены этнофункциональные рассогласования содержания ответов на стимульные карты Роршах-теста, распределился следующим образом. В группе больных героиновой наркоманией – 100%. В группе онкобольных – 65%, в группе практически здоровых – также 65%. В группе наркобольных было выявлено достоверно больше этнофункциональных рассогласований, чем в группе онкобольных и в группе практически здоровых ($p < 0,05$).

Количество ответов по специфическому показателю теста Роршаха FFb+ (признак органичности взаимодействия аффективной и когнитивной сторон процесса психической

адаптации, контакта со средой) [22], распределилось следующим образом. В группе онкобольных – 7%, в группе практически здоровых – 17%; в группе больных наркоманией – 14%. В группе онкобольных данный показатель встречался достоверно реже, чем в группе практически здоровых и группе наркобольных ($p < 0,05$).

Результаты экспериментально-психологического исследования оптимальных возрастных границ стадий этнофункционального психического развития

Показателем оптимальности возрастных границ в данном случае мы считали отсутствие выраженной психобиологической дезадаптированности, выявленной на момент обследования детей.

Для группы онкологических больных, страдающих одновременно и хроническими заболеваниями ($n = 89$) при сравнении с группой практически здоровых ($n = 77$) были выявлены следующие достоверные различия. В первой группе: а) было меньше детей, которые знакомы с народными сказками в возрасте с двух до четырех лет и детей, знакомившимися с религиозно-этическими представлениями (в рассматриваемых случаях – православными) в возрасте от пяти до восьми лет ($p < 0,001$); б) было больше выпадений сказочно-мифологической стадии при наличии религиозно-этической стадии ($p < 0,01$); в) больше опережений религиозно-этической стадией сказочно-мифологической («забеганий»), а также их одновременного начала ($p < 0,001$); г) больше любых сказок (народных, авторских, иностранных и пр.) при начале сказочно-мифологической стадии в возрасте до четырех лет и начале религиозно-этической стадии до четырех лет ($p < 0,001$); д) больше выпадений сказочно-мифологической стадии при начале религиозно-этической в возрасте до четырех лет ($p < 0,05$). Группа героиновых наркоманов достоверно отличалась от практически здоровых и от онкологических больных с сопутствующими хроническими заболеваниями по следующим маркерам: а) наличие авторских сказок в возрасте от двух до четырех лет ($p < 0,001$); б) знакомство с религией у наркоманов происходило только после девяти лет ($p < 0,001$).

Исследование связи возраста начала религиозно-этической стадии с выраженностью различных типов психобиологической дезадаптации показало следующее. В группе детей с ранним началом данной стадии (до четырех лет) было выявлено достоверно меньшее количества практически здоровых испытуемых по сравнению с группой, где эта стадия начиналась в пять - восемь лет ($p < 0,05$). В группе детей, у которых религиозно-этическая стадия начиналась до четырех лет было достоверно больше онкологических больных одновременно страдающих хроническими заболеваниями по сравнению с группой исследуемых, у которых эта стадия начиналась в возрасте с пяти до семнадцати лет ($p < 0,001$). В группе детей с поздним началом религиозно-этической стадии (с девяти до семнадцати лет) было выявлено до-

стоверно больше наркологических больных по сравнению с их числом в группах с ранним (до четырех лет) ($p < 0,05$) и своевременным (с пяти до восьми лет) началом данной стадии ($p < 0,001$).

По тесту Роршаха было выявлено, что отсутствие у пациентов цветовых ответов (признаков эмоциональности: а) неконтролируемой – Fb; б) неуспешно контролируемой – FbF; успешно контролируемой – FFb) достоверно связано с выпадением и сказочно-мифологической и религиозно-этической стадий ($p < 0,05$). Наличие сказочно-мифологической стадии при выпадении религиозно-этической достоверно связано с наличием ответов типа Fb и FbF ($p < 0,01$). Наличие «отказов» (психопатологический признак, свидетельствующий как минимум о невротизации испытуемого) связано с выпадением сказочно-мифологической стадии, при наличии религиозно-этической стадии во всех возрастах ($p < 0,01$), а также, с выпадением сказочно-мифологической, при начале религиозно-этической стадии в возрасте до четырех лет ($p < 0,05$).

Также, зафиксирована повышенная «плавающая» тревога по Люшеру в группе, где имело место выпадение сказочно-мифологической стадии, при наличии религиозно-этической, по сравнению с любыми другими группами ($p < 0,05$).

Результаты клинико-психотерапевтического исследования

В исследуемых группах в детском отделении МООД МЗ РФ все дети подвергались химиотерапии. На начальном этапе исследования состояние больных в экспериментальной и контрольной группах оценивалось врачами как тяжелое. Число детей, у которых был отмечен положительный эффект от химиотерапии (ремиссия онкологического заболевания), в процентном отношении в контрольной группе (13 чел.) было отмечено у трех детей – 23,1 %. В группе больных, где проводилась этнофункциональная психотерапия (13 чел.), положительный эффект наблюдался у 61,5 % детей, т.е. у восьми детей. Достоверность различия между выявленными процентными соотношениями: $p < 0,05$. В экспериментальной группе прогноз лечащего врача изменялся от «скорее неблагоприятного» (летальный исход) до начала психотерапии до «неопределенного» (50% возможность выздоровления) в конце цикла психотерапевтических занятий при клинически зафиксированной ремиссии. По окончании психотерапевтического цикла у больных достоверно повышалось количество показателей FFb+ - аффективная и когнитивная стороны отношений детей стали взаимодействовать более органично ($p < 0,01$). Кроме того, в экспериментальной группе достоверно уменьшилось количество «шоков и отказов» ($p < 0,01$). По экспертным оценкам психологов и врачей эмоциональное состояние детей в экспериментальной группе существенно улучшилось – они стали

более открыто выражать свои чувства, возросла активность общения и познавательных интересов, у детей, по их словам «захотелось жить». Приведем пример успешной психотерапии.

Пример 3. Пациент Д., мальчик 12 лет, болен лейкозом в течении трех месяцев.

Прогноз лечащих врачей был вполне определенным и однозначным: «Д. – безнадежен, ему осталось жить не больше месяца».

На первом занятии бросалась в глаза бледность ребенка, лицо напоминало маску и весь вид его выражал полное безразличие к происходящему. Он не смотрел в глаза, кутался в одеяло. На кровати, на стуле, на подоконнике – везде лежала религиозная литература. Взрослые надеялись утешить мальчика религией, исходя из своего понимания его состояния.

На вопросы отвечал односложно, нехотя. «Сильно болит нога», – отвечал он на вопрос о самочувствии и настроении (у мальчика была нагноившаяся гематома).

Диагностика методом структурированного этнофункционального интервью выявила следующие особенности этнофункционального психического онтогенеза: сказки не помнит, любимый мультфильм «Ну, погоди!», который первый раз посмотрел в восемь лет. Слушает музыку – «Рамштайн» и «Иванушки интернэшнл» с восьми – девяти лет (в ходе интервью выяснилось, что «Рамштайн» слушает за компанию, хотя ему и не нравится, потому что «не на русском»).

В Бога верит, в каком возрасте крещен не помнит («маленький был»), какой веры придерживается – не знает. Впервые задумался о Боге, грехе и дьяволе в девять лет, когда попал в детский приют: «В приюте читают молитвы, приходят священники». В храме впервые побывал в десять лет («повели»).

Единственное его увлечение и интерес – футбол.

Складывалось впечатление, что мальчик помнит себя с восьми лет, с тех пор как попал в детский приют (где воспитывался и в момент проведения психотерапии).

Психологический этнофункциональный диагноз был следующим: перегрузка религиозно-этическим воспитанием при полном выпадении сказочно-мифологической стадии.

Из еды мальчик предпочитал жареную картошку, огурцы, морковь, арбуз, т.е. имелось этнофункциональное рассогласование в области питания.

Природа ему «не нравится вообще». Зиму не любит с детства. Хочет жить в Италии (хотя о климате и ландшафте этой страны ничего не знает: «приезжают люди из Италии, забирают к себе в семьи, и я хочу»), в городе, в квартире. Таким образом, в сфере отношения к природе обнаружено этнофункциональное рассогласование.

В ходе первой встречи, помимо диагностики этнофункциональной психической архегении преследовалась цель установления контакт с ребенком. Было обнаружено, что связей (т.е. эмоционального отношения) с живой природой нет, потребность в общении отсутствует (Роршах-диагностика), соматическое состояние очень тяжелое, религиозно-этическая стадия наступила с запозданием и с перегрузкой («задумался о добре и зле в девять лет, когда в приют попал»). Удалось, все же заговорить с ребенком о животных. «У нас в приюте есть собаки и кошка, – улыбка становится живее, – да, кошку

бы здесь завести, но в больнице нельзя». Была проведена беседа о домашних животных и птицах, использовалась методика проблемного обучения. Задавались следующие вопросы: каких домашних животных и птиц знает, что они едят, кто их кормит, где живут, зачем нужны человеку. Предлагалось ответить на вопрос, какими бы они были, если бы были людьми. На вопрос, кого бы выбрал в друзья, Д. ответил: «Кошку. Она домашняя, теплая, мягкая...». Когда предложили изобразить кошку всем телом и голосом – вызвало затруднение. Несмотря на тяжелое соматическое состояние Д., беседа его не утомила.

Во время второго занятия проводилась этнофункциональная психотерапия на материале сказочно-мифологических представлений к земле как стихии, в частности пересказывались отрывки из произведения С.В. Максимова «Неведомая сила» о лешем, как одной из персонализаций этой стихии. Данная техника требует от психотерапевта максимальной серьезности при воспроизведении текста и полного отсутствия сослагательного наклонения или иронии. Д. реагировал на беседу глубокой заинтересованностью. Было видно, что для него происходящее ново и необычно.

На третьем занятии пациенту был предложен для обсуждения сюжет об исцелении Ильи Муромца, пролежавшего, по преданию, тридцать лет на печи. Д. впервые проявил самостоятельную активность – задавал вопросы: «Кто такие калики перехожие? Чем болел Илья Муромец? Сколько лет он болел?».

После третьего занятия нами было рекомендовано чтение русских народных сказок, кроме того, Д. сам просил женщину, ухаживающую за ним, находить и читать ему сказки. Однако его интерес быстро угас. Здесь нужно отметить, что чтение сказок приносит максимальную пользу лишь при условии определенного уровня артистизма и эмоциональной включенности того человека, который читает или рассказывает сказку ребенку, к чему, видимо, была не готова сиделка Д.. В течение последующих двух встреч эту функцию пришлось взять на себя психологу.

Шестое занятие было посвящено этнофункциональной психотерапии материале русских народных праздников и сказочно-мифологических представлений о стихиях воды и огня. Читали отрывок из книги Г. Дайн «Детский народный календарь» о празднике Ивана Купалы, в основе обрядности которого лежит культ воды и солнечного огня, и праздновании Петрова дня, древний смысл которого связан с почитанием солнца. Рассказывали о жизни детей в русской деревне, о том, как они участвовали в праздниках, ориентировались в приметах, различали животных и птиц, знали их повадки, сызмальства приучались к деревенскому труду. Постепенно, место улыбающейся маски – открытый рот, широко распахнутые глаза, учащенное дыхание. «Почитайте еще..., пожалуйста!».

На наш взгляд, это был поворотный момент в психотерапии.

На седьмом занятии было осуществлено погружение пациента в гипноидное состояние под звуки природы (плеск озерной воды, журчание быстрого ручья, пение птиц, шум ветра в кронах деревьев). После погружения мальчик испытал чувства радости и умиротворения, ощущение прилива сил. На этих двух встречах были восстановлены связи пациента с родной природой.

На следующей встрече с психологом мальчик уже ждал его в коридоре в окружении ребят, хотя до этого редко выходил из палаты и ни с кем не общался. Он улыбался и живо беседовал с другими детьми. Во время занятия Д. все время улыбался и рассказывал о своей жизни, показывал свои рисунки (он начал много и с большим интересом рисовать).

Девятое занятие мы начали с разговора о водяном. Это позволило, помимо прочего, обсудить то, что Д. в этом году так и не удалось покататься, а вот в следующем «уж точно». Мальчик, так недавно еще апатично умиравший, теперь с упоением делился своими планами на будущее. Врачи отметили резкую перемену в поведении ребенка.

При контрольной этнофункциональной диагностике после психотерапии мальчик высказал желание: «Хочу жить в лесу, на берегу озера или реки».

В целом после цикла психотерапевтических занятий Д. стал эмоционально живым, активным, эмпатичным, общительным. Роршах-диагностика показала преодоление разрыва когнитивной и аффективной сторон процесса психической адаптации (появились ответы FFb+, уменьшилась тревожность).

Впоследствии у Д. наблюдалась полугодовая ремиссия.

Клинико-психотерапевтическое исследование, проведенное в Отделении реабилитации НИИ ДОГ РОНЦ РАМН показали, что в экспериментальной группе по сравнению с контрольной по результатам теста Роршаха достоверно уменьшилось количество «шоков и отказов» ($p < 0,01$) и количество ответов типа Fb ($p < 0,05$); а также увеличилось количество ответов типа FFb+ ($p < 0,01$).

Обсуждение результатов исследований

В исследованиях проведенных ранее, как непосредственно, так и косвенно показана связь наличия определенных типов этнофункциональной психической анархегении с психической дезадаптацией человека к его собственной внутренней и внешней среде. Это относится к наличию связи этнофункциональных рассогласований содержания различных стадий психического онтогенеза и степенью и характером психической дезадаптированности человека [15].

В частности, для героиновых наркоманий характерно наличие этнофункциональных рассогласований на сказочно-мифологической стадии, а также рассогласования на стадии религиозно-этической или ее выпадение. Это соответствует этнофункциональным рассогласованиям к группе ландшафтно-климатических и социокультурных этнических признаков (это подтверждается, также, и в настоящем исследовании).

Для алкоголизма, в свою очередь, характерно отсутствие рассогласования содержания сказочно-мифологической и религиозно-этической стадий. Однако здесь имеет место недостаточная зрелость их эмоциональной стороны.

Депрессии, в зависимости от их нозологической отнесенности и синдромальной специфики, характеризуются всей широтой спектра психических этнофункциональных расстройств.

В клинике детских аффективных расстройств дискриминантным является отношение к группе климато-географических этнических признаков. При задержках интеллектуального развития у детей дискриминантным является отношение к тем или иным продуктам питания в зависимости от их этнокультурной и региональной специфики.

С другой стороны, установлено, что этнофункционально согласованное с регионом рождения и проживания содержание психолого-педагогического или психотерапевтического воздействия на ребенка способствует повышению его эмоционального и интеллектуального адаптационного потенциала [14].

Результаты, полученные в настоящем исследовании, показывают, что, во-первых, наличие этнофункциональной психической анархии может обуславливать не только психическую, но и психобиологическую дезадаптированность человека (наряду с прочими условиями, как психологические условия возникновения онкологических заболеваний).

Во-вторых, установлено, что дезадаптирующим фактором является не только этнофункциональная расстройчивость содержания сказочно-мифологической и религиозно-этической стадий, но и нарушение их последовательности. Для детских онкологических заболеваний характерна, также, преморбидная перегруженность воспитательных этических воздействий на ребенка со стороны взрослых (прежде всего родителей) при выпадении или этнофункционально расстройчивом содержании стадии сказочно-мифологической. Нарушения развития на данной стадии обуславливают недостаточное эмоциональное вызревание ребенка и неготовность его чувственно-эмоциональной сферы для полноценного и осознанного усвоения нравственных норм поведения. Нежелательные дезадаптационные эффекты появляются, в этом случае, вследствие директивного внедрения этих норм в эмоционально незрелую психику ребенка взрослыми. По-видимому, соответствующий психотравмирующий эффект и может являться одним из пусковых механизмов онкологического процесса. Кстати, в отечественных исследованиях имеются данные о возможности и мутагенных эффектов (роль которых в этиологии онкологических заболеваний в настоящее время не оставляет сомнений) вследствие эмоционального стресса. Идеи М.Е. Лобашева о том, что мутагенная активность повреждающего агента определяется целостными адаптационными психобиологическими механизмами организма, в настоящее время получили развитие. Результаты современных исследований в области молекулярной генетики в значительной степени подтверждают роль психических воздействий (эмоциональных стрессоров) как мутагенных

факторов у человека [9], [7] и другие. Также, в частности, получены экспериментальные результаты, подтверждающие, что эмоциональный дистресс вызывает сокращение числа Т-лимфоцитов (белых кровяных телец), которые производят антитела и запускают противоопухолевую защитную систему [2].

Относительно более низкое количество ответов по тесту Роршаха типа FFb+ в группе онкобольных, по сравнению с группой страдающих наркоманией и группой практически здоровых, свидетельствует о более низком уровне адекватных эмоциональных реакций в первой группе и об относительно более выраженном аутизме детей.

Наши исследования показывают, что снижение количества ответов типа FFb+ связано с наличием в психике человека этнофункциональных расогласований к группе климато-географических этнических признаков, что может обуславливать его психическую дезадаптированность [15].

Достоверно связанное с выпадением и сказочно-мифологической и религиозно-этической стадий отсутствие у пациентов цветочных ответов (Fb, FbF, FFb) является одним из общих признаков эндогенных депрессий [22]. Наличие сказочно-мифологической стадии при выпадении религиозно-этической достоверно связано с наличием ответов типа Fb и FbF. По Бому это свидетельствует о недостаточном или отсутствии контроля эмоциональности. Выпадение сказочно-мифологической стадии, при наличии религиозно-этической во всех возрастах, а также, выпадение сказочно-мифологической стадии при начале религиозно-этической в возрасте до четырех лет связано с наличием «отказов» как общим психопатологическим, как минимум невротическим признаком [23].

Повышенная «плавающая» тревога по Люшеру в группе, где имело место выпадение сказочно-мифологической стадии, при наличии религиозно-этической, по сравнению с любыми другими группами, также является признаком психической дезадаптированности.

В свою очередь, этнофункциональная психотерапия детей страдающих онкологическими заболеваниями на материале сказочно-мифологических образов способствует достоверному увеличению у них количества ответов Роршах-теста именно типа FFb+, а также, достоверно улучшает их состояние по основному заболеванию (улучшение ответа на химиотерапию и, соответственно, улучшение прогноза течения болезни). Увеличение количества ответов типа FFb+, свидетельствуют о снижении у онкобольных детей степени аутизации. Соответствующий эффект от этнофункциональной психотерапии уже наблюдался в ранее проведенных исследованиях [14] и др.

Связь наличия в психике детей, больных онкозаболеваниями, этнофункциональных расогласований (в преморбиде), а также наличие различных преморбидных нарушений после-

довательности стадий этнофункционального психического развития свидетельствует о возможной обусловленности онкологических заболеваний данными нарушениями. Наличие связи между этнофункциональной психотерапией детей с этими нарушениями и улучшением их детей по основному заболеванию является обратным доказательством обусловленности онкозаболеваний данным типом этнофункциональной психической анархегении. Анализ результатов позволяет сделать вывод, что этнофункциональная психическая анархегения, но другого типа (наличие этнофункциональных рассогласований в содержании сказочно-мифологической стадии плюс задержка начала религиозно-этической стадии - после девяти лет), могут обуславливать наркологические заболевания в более позднем возрасте. Это, по-видимому, объясняется тем, что, в данном случае, не вполне эмоционально зрелая психика ребенка вовремя не получает, необходимой поддержки чувства ответственности и т.п. в процессе нравственно-этического воспитания. Исследования показывают, что отсутствие чувства ответственности является важнейшей характеристикой психики героинового наркомана [13] и др.

Концепция этнофункционального психического онтогенеза (дизонтогенеза), в частности, открывает определенные перспективы для новой классификации состояний психической дезадаптации от «нормы» до психогенных и эндогенных психических расстройств.

Оценивая теорию отношений В.Н. Мясищева, К. А. Абульханова-Славская отметила, что ему удалось связать «психопатологию личности с общей психологией» [1]. Здесь имеется ввиду, что В.Н. Мясищев описывал на едином языке отношений как определенные отклонения в психике в рамках нормы, так и психогенные расстройства – неврозы. Эндогенные расстройства (шизофрению и маниакально-депрессивный психоз) В.Н. Мясищев, как известно, рассматривал как органически обусловленные.

Наши исследования показали, что этнофункциональные рассогласования (их количество и качество) являются достоверным маркером, разделяющим психогенные и эндогенные расстройства [15].

В связи со сказанным выше, теоретически и уже в значительной мере на практике этнофункциональный подход позволяет на едином языке этнофункциональных рассогласований и (или) нарушения последовательности стадий этнофункционального психического онтогенеза описывать широкий спектр психических и психосоматических расстройств: от отклонений в рамках нормы до психогенных и, далее, тяжелых эндогенных.

Единый этнофункциональный язык описания состояний психической (и, в определенной мере, общей) дезадаптации человека к его внутренней и внешней среде открывает, также, широкие перспективы для *психопрофилактики*. В частности, с этих позиций найден ответ

на весьма болезненный вопрос о том, как осуществлять профилактику наркотизма среди молодежи, не ведя с ними речь, собственно, о наркотиках, наркотических субкультурах и ситуациях, связанных с наркотиками [13]. Парадокс состоит в том, что чем больше мы говорим о наркотиках и связанных с ними жизненных ситуациях, тем больше у молодежи растет интерес к «запретному плоду». Психопрофилактика, как психотерапевтическое преодоление этнофункциональной психической анархегении, возможна, в частности, при полном игнорировании собственно «наркотической» темы. С другой стороны, результаты исследования проливают некоторый свет на возможность психопрофилактики онкологических заболеваний.

Результаты исследования показали, что наиболее оптимальными, с точки зрения формирования адаптационных механизмов в психике ребенка, являются следующее содержание и возрастные границы стадий его психического развития (определяемых соответствующими воспитательными воздействиями): а) начало сказочно-мифологической стадии этнофункционального психического онтогенеза желательно в возрастном интервале от двух до четырех лет включительно на материале народных сказок; б) начало религиозно-этической стадии этнофункционального психического развития желательно в возрастном интервале от пяти до восьми лет включительно. Нарушение этих условий может приводить к возникновению психобиологической дезадаптации в более позднем возрасте.

Анализ научной литературы, посвященной теме возрастной периодизации психического развития, показывает, что огромную роль в развитии ребенка дошкольного возраста (от трех до семи лет) играют сказки. К. Болер даже назвал этот возраст «возрастом сказок» [10].

Д.Б. Эльконин [21] отмечал роль восприятия сказки, как ведущей деятельности, характерной для данного периода развития (наряду с изобразительной деятельностью и игрой). Также он считал, что авторская сказка (например, произведения Г.-Х. Андерсена) не соответствует действительному характеру восприятия ребенком художественного произведения.

М. Монтессори называла возраст от двух до шести лет периодом чувствительности к языку, что также, несомненно, связано с восприятием сказок. Правда Монтессори была против чтения детям волшебных сказок в этот период, что, по мнению исследователей ее творчества, рассогласуется с ее же собственной теорией [8]. Это объясняется, по-видимому, тем, что исследовательница воспринимала сказки лишь как способ обогатить фантазию ребенка, в то время как другие авторы приписывают восприятию сказок детьми в этом возрасте иные функции. Не может, также, не наводить на размышления тот факт, что методика Монтессори, разработанная ей на рубеже XIX-XX в.в., для работы с умственно отсталыми детьми и детьми беднейших слоев Рима, в настоящее время широко применяется в России, причем в основном в т.н. «элитных» детских садах.

Б. Боттельхейм, будучи психологом и психиатром, исследовал возможности использования сказок в детской психотерапии. Единственным видом сказок, соответствующим потребностям детей он считал (и приводил вполне веские аргументы) народные сказки, противопоставляя их мифам, басням, фантазиям и рассказам из реальной жизни. Особую роль сказок Боттельхейм отмечал в развитии эмоциональных связей ребенка и поиске смысла в его жизни [10].

Также, особую роль сказок в эстетическом развитии ребенка выделял и В.В. Зеньковский [6], отводя для этого возрастной интервал между грудничковым возрастом и пятью с половиной годами.

Несомненно, что этическое и религиозное воспитание, также, приобретают особую значимость в наше время.

В.В. Зеньковский считал, что религиозное развитие ребенка должно начинаться в интервале от пяти с половиной до семи лет [6]. Жан Пиаже, для развития нравственных суждений ребенка, выделял интервал от семи до десяти лет [8]. Д.Б. Эльконин отмечал возникновение «первичных этических инстанций» у ребенка к концу дошкольного возраста (от трех до семи лет), а в начале младшего школьного возраста (от семи до одиннадцати - двенадцати лет), сталкиваясь с необходимостью подчинения правилам, ребенок окончательно научается опосредовать свои действия социальными нормами [21]. Зигмунд Фрейд относил формирование инстанции «Сверх-Я» к концу фаллической стадии (от трех до пяти лет) а задачей следующей стадии, латентной (от пяти до двенадцати лет), он считал освоение общечеловеческого опыта, закрепленного в науке и культуре [10].

Выводы

Концепция этнофункционального психической архегении-анархегении открывает перспективу разработки единого подхода к проблемам психопрофилактики, воспитания, обучения и психотерапии. Кроме того, перспективной является возможность разработки системы этнофункциональной классификации степеней и типов психической и, в определенной мере, психобиологической дезадаптированности человека. Такая классификация имеет то преимущество, что непосредственно определяет содержание и направление необходимого психотерапевтического или психолого-педагогического воздействия.

В экспериментально-психологическом исследовании получены следующие результаты:

1. Различные типы психической (и психобиологической) дезадаптации могут быть обусловлены определенными типами этнофункциональной психической анархегении.
2. Эмоциональному созреванию ребенка способствует этнофункционально согласованное с местом его рождения и проживания содержание психолого-педагогических и

психотерапевтических воздействий. Этнофункционально рассогласованное содержание этих воздействий на относительно ранних этапах развития, соответственно, обуславливает возникновение эмоциональной и интеллектуальной дезадаптированности, в том числе и в более позднем возрасте.

3. Наличие этнофункциональных рассогласований содержания воспитания и обучения на сказочно-мифологической стадии психического онтогенеза или ее выпадение при директивном внедрении в психику эмоционально незрелого ребенка нравственно-этических норм и правил (перегрузка религиозно-этической стадии этнофункционального психического развития в возрасте до пяти лет) может обуславливать возникновение у него психобиологической дезадаптированности в форме онкологического заболевания.
4. Выпадение в развитии ребенка религиозно-этической стадии или ее задержка (начало данной стадии после девяти лет), при наличии этнофункциональных рассогласований на сказочно-мифологической стадии, может обуславливать возникновение у него психической дезадаптированности в форме наркологических заболеваний.
5. Экспериментально-психологическое исследование показало, что существуют оптимальные содержание и возрастные границы для учебно-воспитательных воздействий, соответствующих сказочно-мифологической стадии этнофункционального психического развития - начало данной стадии от двух до четырех лет, на материале русских народных сказок (для России и русской культуры). Начало религиозно-этической стадии (в русской культуре это знакомство с неотъемлемой ее частью - православной культурой) оптимально с пяти до восьми лет. Ориентирование в воспитании на соответствующие возрастные границы и этнофункционально согласованное содержание стадий могут обуславливать оптимизацию психического адаптационного потенциала в более поздние периоды развития.

Литература

1. *Абульханова-Славская К.А.* Проблема личности в психологии // Психологическая наука в России XX столетия: проблемы теории и истории (под ред. А.В. Брушлинского). М.: ИП РАН, 1997, с. 319-320.
2. *Алман Б., Ламбру П.* Самогипноз. М.: Независимая фирма "Класс", 1995, с. 31.
3. *Бромлей Ю.В., Подольный Р.Г.* Человечество – это народы. М.: Мысль, 1990.
4. *Бусыгина Н.П.* Холистическая модель болезни как основа практической деятельности психолога в онкологической клинике // Вопросы онкологии, 2000, т. 46, № 4, с. 485-489.

5. *Дильман В.М.* Эндокринологическая онкология. Л.: Медицина, 1983.
6. *Зеньковский В.В.* Психология детства. Екатеринбург: Деловая книга, 1995.
7. *Ингель Ф.И., Ревазова Ю.А.* Модификация эмоциональным стрессом мутагенных эффектов ксенобиотиков у животных и человека // Исследования по генетике. Вып. 12, под ред. С.Г. Инге-Вечтомова, СПб Университет, 1999, 86-103.
8. *Крэйн У.* Теории развития. СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2002.
9. *Лобашев М.Е.* Физиологическая (панкреотическая) гипотеза мутационного процесса // Вестн. Ленингр. ун-та. 1947. №8, с. 10-29.
10. *Обухова Л.Ф.* Возрастная психология. М.: Педагогическое общество России, 2000.
11. *Саймонтон К., Саймонтон С.* Психотерапия рака. СПб.: Питер, 2001.
12. *Сусоколов А.А.* Структурные формы организации этноса // Расы и народы. Вып. 20. М.: ИЭА РАН, 1990, с. 5-40.
13. *Сухарев А.В.* Методические рекомендации по этнофункциональной психотерапии зависимостей от наркотических веществ // Журнал прикладной психологии, 1999, № 6, с. 64-125.
14. *Сухарев А.В.* Этнофункциональный подход к проблеме психического развития человека // Вопросы психологии, 2002, № 2, с. 40-57.
15. *Сухарев А.В.* Этнофункциональная психология: исследования, психотерапия. М.: ИЭА РАН, 1998.
16. *Тимохин В.В.* Методика выявления этнофункциональных рассогласований и нарушений психического онтогенеза // Журнал прикладной психологии, 2002, № 3, с. 12-18.
17. *Тоффлер О.* Футуршок. М.: Прогресс, 1973, с. 218.
18. *Флоренский П.А.* Оправдание космоса. СПб.: «РХГИ», 1994, стр. 27-60;
19. *Холл Ст.* Эволюция и воспитание чувства природы у детей. СПб.: Издательство газеты «Школа и жизнь», 1914.
20. *Чуприкова Н.И.* Психология умственного развития. М.: Столетие, 1997.
21. *Эльконин Д.Б.* Избранные психологические труды. М.: Педагогика, 1989.
22. *Bohm E.* Lehrbuch der Rorschach Psychodiagnostik. Bern: Hans Huber, 1972, s. 208-211, 214.
23. *Dittrich A., Schaerfetter Ch., (Hrsg.).* Ethnopsychoterapie. Stuttgart, Enke, 1987.
24. *Hinton J.* Bearing cancer // Coping with Physical illness / Ed. By R.H. Moos, N.Y.-Landon, 1979. P. 64-70.

25. *Uexküll Thure von*. Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München: Urban u. Schwarzenberg, 1981, s. 1-20.