

Модель психического здоровья ребенка: постановка проблемы*
В.К. Солондаев

Солондаев В.К. Модель психического здоровья ребенка: постановка проблемы // Современные проблемы прикладной психологии. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Т. II. Ярославль, РПФ «Титул» 2006 г. С. 354-359.

Понятие модели давно и широко используется в психологии, в том числе в тех сферах исследования, где требуется рассматривать опыт человека как целостную систему. В этом контексте используются и другие сходные конструкты – образ мира, наивные теории, житейские представления, каналы реальности и др. [1, 2, 3, 5] В настоящей работе мы не ставили задачи сравнительного анализа различных конструктов, поэтому ниже ограничимся экспликацией лишь вводимого конструкта модели психического здоровья ребенка.

Необходимость исследования представлений человека о здоровье, и, в частности, о психическом здоровье ребенка достаточно очевидна как с практической точки зрения, так и с позиций фундаментальной науки, которая находится на этапе постнеклассического развития [6]. Под моделью психического здоровья ребенка мы понимаем систему операционализированных представлений (в широком смысле) о психическом здоровье ребенка, сложившуюся в ходе жизни отдельного человека. Эта модель используется для регуляции взаимодействия с ребенком и взаимодействия с другими людьми «по поводу» ребенка. Существенной особенностью изучаемой модели является то, что она может функционировать как на неосознаваемом, так и на рефлексивном уровне. Аналогичная двойственность описана как для отдельных моделей, так и в исследованиях практического мышления [3, 4].

Психическое здоровье ребенка является реальностью, наиболее чувствительной к влиянию субъективных факторов в интересующем нас плане. Медицина уже рассматривает человека на уровне социального функционирования, психики и личности. Однако, на наш взгляд, взаимодействие с врачом начинается не с диагностики, как неявно предполагается [7, 8]. По аналогии с расширением схемы мыслительного процесса в практической деятельности для включения ранних этапов, предшествующих собственно решению задачи [4], нам представляется уместным расширение схемы оказания медицинской помощи. Взаимодействие с врачом, на наш взгляд, начинается с формирования запроса на оказание медицинской помощи. И на этом этапе как раз для обращения за детской и, особенно, за детской психиатрической помощью основную роль играют не столько особенности развития ребенка, существенные с точки зрения психиатра, сколько модель психического здоровья ребенка, сложившаяся у его родителей.

Влияние модели психического здоровья ребенка обнаружилось в исследовании восприятия психического статуса ребенка в семье и в школе, проведенном нами совместно с Т.А.Ивановой и Е.В. Коневой. При анализе более 500 индивидуальных карт детей, обращавшихся за психиатрической помощью в «Центр помощи детям», выяснилось, что родители «видят» значительно более узкий спектр психических расстройств и психологических проблем в развитии ребенка, чем специалисты. Этот факт иллюстрирует различие между моделью психического здоровья ребенка, сложившейся у родителей и научной моделью, существующей в психиатрии и смежных дисциплинах.

Очевидно, что модель психического здоровья ребенка – сложное образование. С достаточным основанием можно предполагать, что на формирование модели влияет принадлежность к определенной этнической группе (и соответствующей культуре). Также можно считать, что проживание в относительно большом городе либо в маленьком городе или сельской местности влияет на формирование модели, поскольку особенности среды определяют требования к успешной адаптации человека. Поскольку исследования в области психиатрии указывают на однородность распределения психических расстройств в различных этнических, культурных, социальных и др. группах [7, 8], можно считать, что различия в распределении диагнозов в таких контрастных группах вызваны различиями моделей психического здоровья ребенка, приводящими к различным причинам первичного обращения за психиатрической помощью.

* Работа подготовлена при финансовой поддержке гранта Президента Российской Федерации по государственной поддержке ведущих научных школ Российской Федерации, № проекта НШ-5262.2006.6

Для подтверждения влияния модели психического здоровья ребенка на обращение за медицинской помощью и первичной оценки факторов, влияющих на формирование этой модели нами был проведен анализ статистики обращений за детской психиатрической помощью в ГОУ ЯО «Центр помощи детям». На выборке более 3000 человек анализировалась относительная частота поставленных диагнозов «умственная отсталость», «смешанное специфическое расстройство психического развития» как наиболее распространенных в детской популяции Ярославской области и относительная частота случаев, в которых не выявилось психического расстройства. Выделялись следующие четыре контрастные группы: лица, принадлежащие к коренному этносу и лица, не принадлежащие к коренному этносу (значительная однородность этнического состава населения не позволила далее дифференцировать эту группу); также сравнивались лица, обратившиеся из города Ярославля и лица из наиболее типичного сельского района Ярославской области.

Сопоставимость данных обеспечена тем, что комплексное обследование и выставление диагноза во всех группах проводилось специалистами одного учреждения. Использование сведений о реальных обращениях гарантировало экологичность полученных результатов, но привело к необходимости ограничиться данными, уже собранными при комплексном психолого-медико-педагогическом обследовании.

Полученные результаты позволяют очертить общие контуры модели психического здоровья ребенка.

Во-первых, этническая принадлежность определяет аспекты модели психического здоровья ребенка, проявляющиеся в пограничных, неопределенных ситуациях. Этот вывод следует из статистически достоверного превышения вероятности диагноза «смешанное специфическое расстройство психического развития» в группе, не принадлежащих к коренному этносу по сравнению с коренной этнической группой. Поскольку смешанное специфическое расстройство психического развития предполагает смешение специфических расстройств развития речи, школьных навыков, двигательных функций без значительного преобладания одного из них, а также некоторую степень общего нарушения когнитивных функций, этот диагноз фиксирует плохо определенную, недостаточно разработанную, но необходимую остаточную группу расстройств, т.е. пограничную, неопределенную ситуацию в развитии ребенка.

Во-вторых, модель психического здоровья ребенка в значительной степени инвариантна по отношению к этнической принадлежности. Этот вывод следует из отсутствия различий между контрастными по этнической принадлежности группами в отношении вероятности диагноза «умственная отсталость» и заключения об отсутствии психических расстройств. Можно сказать, что и представления о норме развития, и представления об относительно тяжелом расстройстве (явных нарушениях) достаточно независимы от социокультурных факторов, связанных с этнической принадлежностью. Это косвенно подтверждается и данными различных популяционных исследований в психиатрии.

В третьих, городской или сельский образ жизни является более мощной детерминантой модели психического здоровья ребенка, чем этническая принадлежность. Этот вывод следует из статистически подтвержденного превышения вероятности постановки диагнозов «умственная отсталость» и «смешанное специфическое расстройство психического развития» в группе обратившихся из Ярославля по сравнению с обратившимися из района Ярославской области. В отношении заключения «психического расстройства не выявлено» наблюдается обратное соотношение. Различия между этническими группами, выявленные в Ярославле, полностью сглаживаются в районе. Эти результаты можно было бы интерпретировать как показатель психического здоровья детского населения района и областного центра, но итоговое распределение уточненных диагнозов не подтверждает различия между районом и областным центром. Оказывается, что негородские жители склонны обращаться за психиатрической помощью лишь в наиболее «тяжелых» ситуациях, игнорируя относительно легкие нарушения в психическом развитии ребенка.

Конечно, изучение свойств и содержания модели психического здоровья ребенка требует дальнейших исследований. Например, хорошо известный факт, что близкие психически больного позднее других замечают проявления расстройства показывает пластичность модели психического здоровья.

Имеющиеся уже сегодня результаты говорят о необходимости адаптации системы медицинской и психологической помощи детям к тому запросу, который определяется моделью психического здоровья ребенка, сложившейся у его родителей. Полученные данные могут

использоваться при разработке различных профилактических программ, применяемых в детской психиатрии и педиатрии, а также для организации обучения детей с психическими расстройствами.

Литература.

1. Артемьева Е.Ю. Семантические измерения как модели // Вестник МГУ. – Серия 14, Психология. – № 1. – 1991. – С. 61 – 73.
2. Аршинов В.И., Буров В.А., Лепский В.Е. Навигация, рефлексивные площадки и каналы реальности постнеклассического управления обществом // На пути к постнеклассическим концепциям управления— М.: ИФ РАН. 2005. — С 56-69.
3. Владимиров И.Ю. Особенности строения и функционирования ментальной модели партнера по общению – Дис. ... кандидата психологических наук. – Ярославль: ЯрГУ, 2004.
4. Корнилов Ю.К. Психология практического мышления.— Ярославль: ДИА – Пресс, 2000.
5. Леонтьев А.Н. Образ мира // Избранные психологические произведения. — М.: Педагогика, 1983.
6. Степин В.С. Теоретическое знание. М.: Прогресс-Традиция, 2003.
7. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М. Медгиз. Т.1-1955, Т.2- 1959, Т.3- 1965.
8. Ушаков Г.К. Детская психиатрия – М.: Медицина, 1973.