

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**(Научно-практический журнал
психиатрии, психологии, психотерапии
и смежных дисциплин)**

2013 (13), № 3

Москва. 2013

УДК 616Ю89
ББК 88.37
Ж 15

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
(НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, ПСИХОТЕРАПИИ
И СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН)**

Главный редактор Н.М. Иовчук

Редакционная коллегия:

**Т.А. Басилова, И.В. Добряков, В.В. Зарецкий, Н.В. Зверева,
С.А. Игумнов, Н.К. Кириллина, И.В. Макаров, В.Д. Менделевич,
Л.Е. Никитина, И.М. Никольская, А.А. Северный (зам. Главного редактора),
Е.О. Смирнова, В.С. Собкин, Ю.С. Шевченко, А.М. Щербакова,
Э.Г. Эйдемиллер (зам. Главного редактора)**

Свидетельство о регистрации ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.

**ISBN 5-94668-004-7
ISSN 2305-9133**

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2013

Перепечатка запрещена. При цитировании ссылка обязательна.

**Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке
Института Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»)
и организационно-технической поддержке
Федерального центра повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов в области профилактики аддиктивного
поведения у детей и молодежи**

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ IV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

Козловская Г.В., Иванов М.В., Калинина М.А., Кремнева Л.Ф., Крылатова Т.А., Проселкова М.Е., Голубева Н.И., Полякова Е.О. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	9
Корнетов Н.А. ПРОБЛЕМЫ СИРОТСТВА В РОССИИ	11
А.Н. Булатников, В.В. Зарецкий БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭФФЕКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СРЕДЫ	12
А.Н. Булатников, В.В. Зарецкий КОМПОНЕНТЫ КОРРЕКЦИОННО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ АДДИКТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	14
М.Ю. Городнова СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДИЗАДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ	16
С.П. Елшанский ПРИЗНАКИ И КВАЛИФИКАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЗАРТНОЙ ИГРЫ (ГЭМБЛИНГА)	18
С.А. Игумнов, Э.П. Станько КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ, СТРАДАЮЩИХ ВИЧ– ИНФЕКЦИЕЙ	19
С.Н. Исламова САМООЦЕНКА УЧАЩИХСЯ ПРОФУЧИЛИЩ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА	20
Н.А. Катаева, В.В. Сампетова ИЗ АПТЕК – В ПРИТОНЫ, ИЗ ПРИТОНОВ - В ЗОНУ	21
В.Г. Кирилловых, М.В. Злоказова МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ, ДОПУСКАЮЩИМ УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	24
В.Л. Малыгин, А.В. Бабин, А.С. Искандирова, И.А. Козлов ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ КАК ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЗАРТНЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР	26
В.Л. Малыгин, Н.С. Хомерики, Е.А. Смирнова ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ И СЕМЕЙНЫХ КОММУНИКАЦИЙ КАК ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ	28

С.А. Минаков	
ПСИХОЛОГИЯ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ	30
П.Н. Москвитин	
МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГРУППОВОГО ТРЕНИНГА «ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПСИХОДРАМА»	31
П.Н. Москвитин	
О ПРЕВЕНЦИИ ПСИХОАКТИВНОЙ ЗАВИСИМОСТИ МЕТОДОМ «ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПСИХОДРАМЫ»	33
Ю.В. Пазушко, О.В. Белоус	
СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ «ГРУППЫ РИСКА»	35
Э. А. Попова	
ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ РАБОТЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ПОДРОСТКОВОЙ НАРКОЗАВИСИМОСТИ	36
Л.Н. Рыбакова	
МОДЕЛЬ ПОМОЩИ СЕМЬЕ ПОДРОСТКА, ЗЛУОППОТРЕБЛЯЮЩЕГО АЛКОГОЛЕМ ИЛИ НАРКОТИКАМИ	38
Т.Т. Свиридова, Н.В. Тропина, М.В. Злоказова	
СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В СВЯЗИ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ НАПРАВЛЕННОСТИ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ	40
А.В. Семено, Н.С. Семено	
ФЕНОМЕН НАРКОМАНИИ В ВОСПРИЯТИИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	41
К.А. Фиофанова	
ИГРОВАЯ АДДИКЦИЯ И СОЦИАЛЬНОЕ ВЗРОСЛЕНИЕ ПОДРОСТКОВ	43
И.А. Хрущ, Н.Н. Костеневич	
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ	45
А.В. Худяков, А.В. Урсу	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОГО ИГРОВОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И ИХ НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ	47
Н.И. Цыганкова	
ПОЗНАВАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЗАВИСИМОСТИ	49
Х.М. Азимова	
ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГИПОКСИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МАТЕРЕЙ ГРУППЫ РИСКА	50
И.А. Аринцина	
О ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ МАТЕРЕЙ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ОПЕРИРОВАННЫХ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ	52
В.Б. Гафарова, Л.М. Колпакова	
ОСОБЕННОСТИ НАПРАВЛЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ В АСПЕКТЕ ИЗУЧЕНИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ	54
О.Ю. Гроголева, Л.И. Волошиненко	
ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ ЖЕНЩИН	

С РАЗНЫМ ОПЫТОМ ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА	56
Р.Д. Исмаилова	
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	58
И.М. Карташова	
ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДИАДЫ «МАТЬ-ДИТЯ» В ОРЕНБУРГСКОМ РЕГИОНЕ	59
Т.И. Комисаренко, Л.В. Толчинская	
ВЛИЯНИЕ НЕГАТИВНОГО ОПЫТА ПЕРИНАТАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ НА СОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ ПОДРОСТКОВ	60
Е.М. Костерина, Т.В. Карпенко, И.В. Добряков	
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПСИХОТЕРАПИИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ	62
А.Я. Крумпане	
ВЫЯВЛЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ПСИХИЧЕСКОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ	63
Anna Krumpāne	
RAAUGSTINĀTAS PSINISKAS DEZADAPTĀCIJAS RISKĀ GRUPUATRAŠANA GRŪTNIEŠU VIDĒ	65
Е.В. Ларечина	
ОПЫТ РАБОТЫ ПО ПОГРАММЕ СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ, ИМЕЮЩЕЙ МАЛЕНЬКОГО РЕБЕНКА	65
Ласая Е.В.	
ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ	67
Макарова А.А.	
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕРЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ С НОВОРОЖДЕННЫМИ ДЕТЬМИ В ОТДЕЛЕНИЯХ ПАТОЛОГИИ РАННЕГО ВОЗРАСТА	69
И.Ю. Малюченко	
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОСТАБОРТНОМ СИНДРОМЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЯХ	71
Е.П. Маркова	
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДОРОДОВАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ	73
А.Е. Палящая	
ВОЗРАСТ КАК СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	75
.Н. Прохоров	
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ РОДОВ	77
О.В. Прохорова	
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЖЕНЩИН С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА	78
Е.И. Романенко	
РАННЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА ИСКАЖЕНИЯ ПОЛОРОЛЕВОГО ВОСПИТАНИЯ	80

Е.А. Сахаров КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ	81
Т.В. Скрицкая СПОСОБЫ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА	83
А.Г. Смирнов, Л.А. Черникова ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	85
Н.В. Старцева АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ – УГРОЗА ЗДОРОВЬЮ ЖЕНЩИНЫ И РЕБЕНКА (лекция)	86
И.А. Тишевской, Т.Я. Тепловская О ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ	88
Г.Г. Филиппова БЕСПЛОДИЕ И НЕВЫНАШИВАНИЕ В АНАМНЕЗЕ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОТКЛОНЕНИЙ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ЕЕ РЕБЕНКА	90
И.С. Чеботарева ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОКАЗАТЕЛИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ	92
Ю.Ф. Антропов ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	94
М.П. Билецкая, Ю.Л. Быкова ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ С ДЕТЬМИ, БОЛЕЮЩИМИ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ	97
М.П. Билецкая, Т.В. Веселова СЕМЕЙНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНИТОМ	98
М.П. Билецкая, П.И. Ермолаев ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ПОДРОСТКАМИ, СТРАДАЮЩИМИ НЕЙРОДЕРМИТОМ	100
М.П. Билецкая, Н.О. Мельникова СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	102
М.П. Билецкая, А.Е. Соколова ОСОБЕННОСТИ СТРАХОВ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	104
В.И. Горемыкин, Л.Н. Волкова, И.В. Королева, А.В. Хижняк, С.Ю. Елизарова, О.В. Нестеренко ОСОБЕННОСТИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ У ДЕТЕЙ, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ И СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ	106
М.С. Григорович, М.А. Мамаева ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ	

И КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ	107
М.А. Калинина, В.Л. Котляров, Л.Г. Кузьменко, Г.В. Козловская	
О ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ В КЛИНИКЕ АУТИСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	109
Е.Г. Каримулина, О.В. Карякина	
ФОРМИРОВАНИЕ СХЕМЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	110
Л.М. Колпакова	
ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ ПОДРОСТКОВ-ИНВАЛИДОВ И ЕГО ЗАВИСИМОСТЬ ОТ Я-КОНЦЕПЦИИ МАТЕРЕЙ И ТИПА ИХ МОТИВАЦИОННЫХ ОТНОШЕНИЙ	112
В.В. Коновалова, Т.А. Куприянова, Г.С. Маринчева	
ФЕТАЛЬНЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	114
И.А. Костин	
РАБОТА С ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ – МЕТОД «СБЛИЖЕНИЯ С МИРОМ» ДЛЯ СТРАДАЮЩИХ АУТИЗМОМ	116
Ю.Е. Куртанова	
ФОРМИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ 7-17 ЛЕТ	117
В.А. Калиниченко	
ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РЕБЕНКА КАК ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ФАКТОР ЕГО РАЗВИТИЯ И АДАПТАЦИИ К ДОШКОЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ. ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ СРЕДЫ НА ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ ИГРЫ (лекция)	119
Н.Г. Манелис, Е.А. Кричевец	
ИНТЕРПРЕТАЦИЯ МЕТАФОР ДЕТЬМИ С ТИПИЧНЫМ И ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ РАЗВИТИЕМ	120
Л.П. Маринчева, М.В. Злоказова	
НАРУШЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	122
Р.К. Махмутова, Т.В. Шрейбер	
СПОСОБНОСТЬ К САМОРЕГУЛЯЦИИ КАК ОДИН ИЗ КРИТЕРИЕВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА	123
А.Ю. Новоселов, М.В. Злоказова	
ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	125
В.И. Олешкевич	
ПСИХОТЕХНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПСИХОЛОГИИ РАЗВИТИЯ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ	126
Н.В. Перешеина	
ВЛИЯНИЕ ТЕЛЕВИЗИОННОЙ РЕКЛАМЫ НА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	128
М.Е. Проселкова, О.И. Волкова	
ОТРАЖЕНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ МЛАДЕНЦА ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ В ПИЩЕВОМ ПОВЕДЕНИИ	130
Ф.Л. Ратнер	
ОДАРЕННОСТЬ КАК ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА В ЗАРУБЕЖНОЙ ПЕДАГОГИКЕ	131

Л.Г. Самоделкина, Е.Н. Сиялова	
РАЗВИТИЕ ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ ВОСПИТАННИКОВ «СЮТ»: ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	132
Е.В. Свистунова, А.В. Ковалева	
ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ У ДЕВОЧЕК С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПОЛОВЫМ РАЗВИТИЕМ	134
Ю.В. Смирнова	
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	136
И.М. Ануфриева	
РОЛЬ СЕМЬИ В СИСТЕМЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ	138
Ю.В. Борисенко	
РАССОГЛАСОВАНИЕ РОДИТЕЛЬСКИХ РОЛЕЙ КАК ПРИЧИНА СУПРУЖЕСКИХ И ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ КОНФЛИКТОВ	140
С.Г. Буртылева	
ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННО-АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ ИЗ НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ И СЕМЕЙ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	142
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ	144

Материалы для публикации в журнале «ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ» направляются электронной почтой вложенным файлом в формате Word.rtf либо Word.doc на адрес: <acpp@inbox.ru> либо <acpprf@gmail.com>.

**ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ,
СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ**

**МАТЕРИАЛЫ
IV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

**Козловская Г.В., Иванов М.В., Калинин М.А., Кремнева Л.Ф.,
Крылатова Т.А., Проселкова М.Е., Голубева Н.И., Полякова Е.О.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
НЦ психического здоровья» РАМН (Москва).**

Известно, что истоки большинства психических заболеваний лежат в детстве, причем преимущественно в первых годах жизни ребенка, когда закладывается основа его личности и здоровья в целом. В то же время вопросам психического здоровья детей уделяется необоснованно мало внимания. До сих пор (с 1995 г.) не восстановлен статус специальности «детский психиатр», значительно сокращено количество специализированных коек и не развернуто взамен в должном объеме амбулаторных служб. В Москве, в существовавших с 1995 г. психолого-медико-педагогических центрах, курировавших детей начиная с раннего детства (с психологическими проблемами, пограничными психическими расстройствами) и имевших в составе сотрудников врачей -психотерапевтов, неврологов, физиотерапевтов и др., ликвидированы врачебные ставки. Этот факт поставил часть детского населения, нуждающуюся в комплексной медико-психологической помощи, в трудное положение из-за негативного отношения к психиатрии и недостаточности психоневрологической помощи в педиатрических поликлиниках. Особенно мало внимания уделяется психическому здоровью детей раннего возраста. Известно, что в официальной медицине психиатр курирует детей только старше 3 лет. Несмотря на неоднократные докладные в Министерство здравоохранения РФ со стороны администрации НЦПЗ РАМН, главных детских психиатров РФ и общественных психиатрических организаций с ходатайством разрешить психиатрическое наблюдение детей раннего возраста, разрешения на эту работу не получено. Организация психиатрической помощи начиная с периода раннего детства, кроме всего прочего, имеет определенный экономический эффект, поскольку раннее начало лечебно-профилактической помощи предупреждает развитие более тяжелых форм психической патологии в старших возрастах.

С 1983 г. в НЦПЗ РАМН организовано научно-практическое подразделение по изучению психической патологии раннего детского возраста, которое в отечественной терминологии получило название микропсихиатрии. Микропсихиатрия (автор термина А.К. Ануфриев) - новая область возрастной психиатрии, которая опирается на содружество различных областей медицины, психологии, социологии, этологии, педагогики и других дисциплин. В основе понятия микропсихиатрии лежит концепция о рудиментарности, «микроскопичности» психопатологических проявлений в раннем возрасте. Микропсихиатрия занимается диагностикой начальных проявлений психопатологии, поиском как факторов риска, так и антириска ранней психопатологии, разработкой новых и адаптацией известных форм лечения, разработкой новых форм психопрофилактики (в т. ч. первичной) и

психиатрической помощи для детей раннего возраста, повышением эффективности процесса охраны психического здоровья детского населения с натального периода.

Психические нарушения раннего детства квалифицируются в основном на уровне симптомов и синдромов, но и в соответствии с МКБ. Определяется и уровень расстройств – невротический, церебрально-органический, психотический, первазивные нарушения. В рамках выделенных уровней патологии уже с младенческого периода удастся распознать и дифференциально оценить такие психические отклонения как депрессии, гипомании, страхи, тревога, панические реакции, двигательные стереотипии, разнообразные нарушения поведения, психозы и др.

Был выделен и ряд психопатологических синдромов, характерных для раннего возраста и ранее не описанных, – младенческая депрессия, шизотипический дитаз, депривационные нарушения (синдром сиротства, синдромы физического и сексуального насилия, психосоматических расстройств), атипичные первазивные расстройства, такие как атипичный аутизм, и др.

Следует отметить, что по результатам проведенного эпидемиологического скрининга популяции детей раннего возраста выявлена высокая распространенность психической болезненности в населении, по количеству не уступающая распространенности психопатологии в населении старших возрастов и достигающая 15-17%. Это касается не только пограничных психических нарушений, но и тяжелых форм психопатологии.

За последние 5 лет отмечается небывалый рост тяжелых психических расстройств (эндогенных психозов из группы аутизма) с началом в раннем и дошкольном возрасте. «Эпидемией аутизма» названо это явление в американской медицинской и психологической литературе. Вместо 4-5 случаев аутизма на 10 тыс. детского населения в 40-х годах XX столетия, в настоящее время их число возросло до 30-40 случаев на 10 тыс. детского населения. Распознавание ранних психозов (в нашем случае раннего аутизма) затруднено. Чаще всего состояние ребенка определяется как обычная задержка развития, педагогическая запущенность или даже как невоспитанность, «избалованность», а родителям внушается необоснованный оптимизм на возможную положительную возрастную динамику. Из этого следует, что и диагностика, и лечение своевременно проводиться не будут. Со временем психическое состояние ребенка резко ухудшается и к возрасту 4-5 лет достигает уровня детской инвалидности. В то же время все больше накапливается фактов, что ранний детский аутизм – заболевание, связанное с аутоиммунными процессами, которые по тем или иным причинам из физиологических, поддерживающих иммунную защиту организма от вредных воздействий среды (в том числе инфекционных болезней), превращаются в аутоагрессивные, разрушающие здоровье в целом, но особенно действующие на нервную систему и психику. Немаловажную патогенную роль в этом процессе играет массированная вакцинация детей. Начиная с 1-го года жизни ребенку прививается более 10 инфекционных болезней. Не вызывает сомнения тот факт, что вакцинирование в любом виде влияет на жизнестойкость иммунной системы и вызывает в ряде случаев обратный желаемому результат – не укрепляет здоровье ребенка, а, наоборот, ослабляет его.

Как показывает наша медицинская практика, рост количества аутизма очевиден. Начало его совпадает с последней поливалентной прививкой в 1,5 года, через месяц спустя или ранее. Болезнь начинается исподволь, а иногда резким обрушением – регрессом всей психической деятельности до этого относительно сохранного и практически здорового в психическом отношении ребенка. Он утрачивает прежде имевшиеся навыки речи, опрятности, навыки общения, аутизируется и

т. д. Попытки лечить его известными в психиатрии методами малоэффективны. По-видимому, мы имеем дело с новой формой эндогенного психического процесса, требующего своего серьезного изучения, в котором наблюдаются как симптомы энцефалита, так и аутоиммунного эндогенного заболевания. Этим, по-видимому, объясняется сочетание в картине болезни как признаков органической деменции, так и шизофреноподобной симптоматики в форме аутизма. Следует отметить, что особенно уязвимыми в появлении тяжелых последствий проводимой вакцинации являются дети с легкими шизотипальными генетическими стигмами, которые при щадящем режиме воспитания, в том числе и медицинской интервенции, могут оставаться практически здоровыми и составлять резерв творческого потенциала общества.

Корнетов Н.А.

ПРОБЛЕМЫ СИРОТСТВА В РОССИИ

Сибирский государственный медицинский университет (Томск).

В мире 133.000.000 сирот. Определим, что означает понятие «сирота», причины сиротства и корни этого драматического для развития детей явления. Собственно сиротами считаются дети, у которых умерли родители. Также, если умер отец или мать; дети родителей, отказавшихся от родительских прав; дети родителей, лишенных родительских прав; дети, чьи родители очень редко принимают участие в воспитании. Такие дети воспитываются в интернате, далеко от родителей. Их еще называют социальными сиротами. Домашние сироты - это дети, имеющие родителей, которым не до ребенка, живущего с ним. В лучшем случае они чужие друг другу, в худшем — находятся в антагонистических отношениях.

По оценкам Международной организации миграции, около 8 миллионов детей являются жертвами принудительного и кабального труда, это явление часто называют «долговым рабством». Каждый год 1 миллион детей, в основном девочек, принуждают к занятию проституцией. Их продают как сексуальных рабынь или в порнобизнес. К тому же сегодня в мире примерно 300 тысяч детей - это «солдаты» в 30-и конфликтных регионах по всему миру. Наша страна лидирует сразу в трех «номинациях»: как «поставщик», как «транзитник», и как «получатель» детей-рабов. Затем следуют Украина, Таиланд, Нигерия, Румыния, Албания, Китай, Белоруссия и Болгария.

В России 670 тыс. сирот, и они не должны пребывать сотнями в школах-интернатах, лишённые быть индивидуальностями. Одна из главных задач детских домов - устройство детей в кровные семьи. В настоящее время в России общее количество детей в интернатных учреждениях составляет около 400 тыс. Из них примерно 250 тысяч детей имеют родителей. Современный менталитет в системе отношений проблемных родителей и социальных служб породил широко распространенную тенденцию отделения детей от родителей, которая гораздо выше, чем в других странах. Проблемные родители с относительной легкостью сдают в интернат своих детей. Гипертрофированная функция социальных служб идет по пути создания институционализации помощи детям из дисфункциональных семей. Модель мышления представителей этих учреждений выглядит примерно следующим образом: «В семье плохо и ужасно, но мы не хотим лишать родительских прав, пишите заявление - он будет жить в интернате». Большинство таких детей юридически не сироты, но фактически являются социальными сиротами, поскольку они постоянно живут в интернатных учреждениях, которые приближаются по своим размерам и длительности нахождения детей к психиатрическим больницам.

Особенности детских приютов таковы, что относительно равномерное психофизическое развитие в условиях депривации невозможно. Это в выраженной мере сказывается на сенситивных периодах развития ребенка, создает асинхронию развития с неразвитыми и искаженными потребностями, затрудняет эмоциональное взаимодействие, когнитивную стимуляцию, чувство защищенности и принадлежности к группе. В результате стереотип интерната формирует из большинства детей дисгармоничных и неприспособленных личностей для проживания в современном обществе. Проблемные и многодетные семьи не справляются с родительскими функциями в условиях бедности и отсутствия помощи, что приводит ребенка в приют. В процентном соотношении это выглядит так: 25% - сироты и 75% - не сироты.

Еще одна проблема - многодетные семьи-БОМЖи, существующие в чудовищных жилищных условиях. И это в период демографического кризиса! Число школьников 12 лет назад было 22 миллиона, а в этом году 12,8: минус 9 миллионов 200 тысяч. Семье не помогают, но ребенка легко у нее отобрать. Из закона надо убрать неконкретные формулировки, которые позволяют отбирать детей за все, что угодно. Это надо менять в семейном кодексе. В 2008 г. было внесено в него несколько слов: «Органы опеки и попечительства должны защищать права детей в случае, если родители своими действиями или бездействиями создают условия, препятствующие нормальному воспитанию ребенка». Бытовое, не имеющее никакого конкретного значения слово «нормальному» введено в главный семейный закон.

Нам нужно повернуть всю социальную систему на помощь семье, на работу со «случаем», с человеком, находящимся в «кризисе». Здесь есть очень важный момент. Социальные работники, психологи, участковые, которые первыми обследуют семью, не наделены никакими правами вмешательства. Они не имеют права просто взять и войти в дом или квартиру - только с разрешения родителей, по договоренности. Но они должны уметь разговаривать с людьми. Социальные работники, психологи не подчинены напрямую органам опеки. У них свое начальство: поступил сигнал - они должны идти, поговорить, выяснить. Многие специалисты-практики высказывают здравое предложение: повернуть бюджетное финансирование в сторону такой индивидуальной работы с семьей. Вновь необходима деинституционализация, противостояние сегрегации и широкая просвещение для снижения «стигмы» сиротства.

А.Н. Булатников, В.В. Зарецкий

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭФФЕКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СРЕДЫ

Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов в области профилактики аддиктивного поведения у детей и молодежи (Москва, РФ).

В процессе организации реабилитационной среды и реализации реабилитационных воздействий на несовершеннолетних с аддиктивными расстройствами помимо исключительно организационных проблем, имеющих нормативно-правовые, материально-экономические, профессионально-компетентностные аспекты, имеют место и проблемы, связанные с эффективностью деятельности реабилитационного сообщества. К ним относятся проблема актуализации патологического влечения к психоактивным веществам (ПАВ), проблема срывов и рециди-

вов, проблема мотивации, проблема сопротивления и психологических защит, проблема «блокирования» одних членов реабилитационной среды против других, проблема «выпадения» из реабилитационной программы.

Проблема актуализации патологического влечения к ПАВ в период реабилитационной работы с несовершеннолетними с аддиктивными расстройствами одна из наиболее значимых. Практически очень важно своевременно распознать актуализацию патологического влечения к ПАВ, которая может характеризоваться как осознаваемым, так и неосознаваемым пациентом комплексом различных клинических признаков. Наряду с врачом-наркологом, диагностике обострения влечения к ПАВ должны быть обучены котерапевты, психологи, социально-педагогические работники, сам зависимый и значимые другие лица. Следует учитывать, что редко актуализированное влечение осознается как таковое, т. е. как явная потребность в ПАВ. Как правило, патологическое влечение к ПАВ маскируется якобы понятными мотивами в социальной и (или) психологической сфере.

Проблема срывов и рецидивов. Срыв – это употребление психоактивного вещества по различным причинам в состоянии ремиссии и при этом ремиссия в основном продолжает сохраняться. Однако она еще недостаточно устойчивая. Рецидив представляет собой состояние максимального проявления синдрома зависимости от ПАВ. Рецидиву обычно предшествует один или несколько срывов употребления ПАВ. Срыв и рецидив представляют собой закономерное проявление зависимости от психоактивного вещества, когда личность не в состоянии контролировать свои когнитивные и поведенческие побудительные триггеры и не фиксирована в нормативном статусе. Наиболее проблематичны для организации эффективной реабилитационной среды скрытые и незамеченные срывы и рецидивы.

Проблема мотивации. Реабилитационная работа с несовершеннолетними, злоупотребляющими ПАВ, подразумевает кардинальные изменения биопсихосоциального состояния. При этом значимым становится должная мотивация к этим изменениям. Наиболее оптимально происходят изменения, если специалисту в области реабилитации удастся выявить и усилить самомотивационные нормативные тенденции, а также рационально организовать приобретение новых знаний, умений и навыков для дальнейшего успешного функционирования. Формируя мотивацию, следует использовать либо личностные, либо социальные проблемы, которые выявляются специалистом в сфере реабилитации наркологических больных. В процессе формирования мотивации есть две стадии: стадия создания мотивации к изменениям и стадия укрепления уже имеющегося стремления к изменениям.

Проблема сопротивления и психологических защит. Во-первых, сопротивление основано на общем страхе любого человека перед изменениями. Во-вторых – это стремление к сокрытию истинных нормативных чувств и эмоций. В-третьих, это может быть какая-либо так называемая вторичная выгода из проблемы. И, наконец, это различные механизмы психологических защит человека, позволяющих удерживать болезненные чувства, эмоции и воспоминания вне его сознания. Несовершеннолетние, употребляющие ПАВ, и их значимые другие лица наиболее часто прибегают к таким психологическим защитами, как отрицание, проекция, подавление, идентификация, девальвация, рационализация, вытеснение, агрессия. Определив предпочитаемый механизм психологической защиты, специалисты имеют возможность наиболее оптимально преодолевать закономерное сопротивление наркологических больных к необходимым внутриличностным изменениям.

Проблема «блокирования» одних членов реабилитационной среды против других. Проводя реабилитационную работу с несовершеннолетними, употребляющими ПАВ, можно столкнуться с ситуацией, когда сами подростки либо их зна-

чимые другие лица пытаются доверить специалисту определенную, своего рода конфиденциальную информацию. Такую ситуацию следует расценивать как неосознанное (в большинстве случаев) стремление объединиться со специалистом в области реабилитации против других(ого) членов реабилитационного пространства. При этом данное стремление может быть достаточно выражено и подкреплено самыми различными тенденциями. Может сложиться и ситуация, когда реабилитационная среда разбивается на всевозможные подгруппы. Следует не просто этому сопротивляться, а мотивировать всех членов реабилитационного пространства не к патологическому «блокированию», а к терапевтически значимому нормативному единению всех членов реабилитационной среды против патологических тенденций, связанных с употреблением ПАВ. Только в этом случае возможен эффективный процесс реабилитационной работы с несовершеннолетними с аддиктивными расстройствами.

Проблема «выпадения» членов из реабилитационной программы. Данная проблема может стать актуальной на любом этапе реабилитационной работы с несовершеннолетними, употребляющими ПАВ. В таких случаях задача специалиста в области реабилитации попытаться выявить истинную причину «выпадения» из реабилитационной программы. Используя успешный опыт по разрешению сложностей, связанных с проблемой актуализации патологического влечения к ПАВ, с проблемой рецидива и срывов, с проблемой мотивации, с проблемой сопротивления и психологических защит, с проблемой «блокирования» одних членов реабилитационной среды против других, можно разрешить саму проблему «выпадения» несовершеннолетних из реабилитационной среды.

Т. о., без учета и разрешения обозначенных выше биопсихосоциальных проблем, сама организация реабилитационной среды оказывается контрпродуктивной, а деятельность такого реабилитационного сообщества неэффективной.

А.Н. Булатников, В.В. Зарецкий

**КОМПОНЕНТЫ КОРРЕКЦИОННО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ АДДИКТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

**Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки
специалистов в области профилактики аддиктивного поведения у детей и
молодежи (Москва, РФ).**

Под реабилитацией несовершеннолетних с аддиктивными расстройствами следует понимать восстановление, коррекцию или формирование нормативных личностных статусов и социальных качеств, способность полноценного функционирования в обществе без употребления ПАВ, вызывающих зависимость, а не только максимально возможное восстановление физического и психического состояния. Коррекционно-реабилитационная деятельность в таких случаях основана на комплексном подходе и характеризуется воздействием на биологический, психологический и социальный уровни функционирования несовершеннолетних. Эта деятельность базируется на реализации основных компонентов реабилитации: организация реабилитационной среды; психокоррекционный компонент; воспитательный компонент; образовательный компонент; социотерапевтический компонент; медицинский компонент.

Основой организации реабилитационной среды является совокупность таких инструментов воздействия (субкомпонентов), как: комфортные бытовые условия,

терапевтический режим, распорядок и динамический стереотип организации реабилитационной среды, обратная связь, форматы и этапы реабилитации, вопросы мотивации (стимулы), самоорганизация. Наряду с перечисленными инструментами воздействия (субкомпонентами) также необходимо определить показания к организации реабилитационной среды в ее стационарной или амбулаторной форме. Кроме того, в ходе организации реабилитационной среды следует разрешать возможные биопсихосоциальные проблемы.

Психокоррекционный компонент реализуется в форме таких инструментов воздействия (субкомпонентов), как индивидуальная и групповая психотерапия. Кроме того, важным составляющим психокоррекционного компонента являются самокоррекция и так называемая «интерфаза» (промежуток между психокоррекционными сессиями). Суть психокоррекционного компонента состоит не в том, чтобы формально изменить поведение несовершеннолетнего, а в том, чтобы через активность, конкретную деятельность повлиять на его сознание, эмоциональную сферу, привлечь к духовной жизни и сформировать ответственное отношение к своему заболеванию, повысить уровень личностных притязаний, найти свое место в обществе и реализовать свои возможности.

Для реализации воспитательного компонента следует использовать такие инструменты воздействия (субкомпоненты), как: мобилизация нормативного личностного потенциала несовершеннолетних, мобилизация нормативного личностного потенциала персонала реабилитационного учреждения, эмпатия, нормативная организация досуга и выбор хобби, тренинг самоорганизации и саморегуляции, самовоспитание и самопознание.

В процессе реализации воспитательного компонента обеспечивается подготовка личности к самоопределению в основных сферах жизнедеятельности: трудовой, общественно-политической, культурно-досуговой, семейно-бытовой, готовности к выбору сферы профессиональной деятельности. Кроме этого развиваются способности к самореализации в социуме, к формированию среды общения, осуществляется подготовка к самостоятельной и ответственной деятельности в различных сферах, происходит обучение организации досуга, обеспечивается сохранение и укрепление здоровья, формирование способности к саморегуляции и структурированию своего свободного времени.

Содержание воспитательного компонента направлено на коррекцию психосоциального развития нормативной личности несовершеннолетних, создание компенсаторных и социально-адаптационных способов деятельности. Это выражается в сочетании образовательной и коррекционной работы, в формировании образа жизни без употребления ПАВ, в реализации методик, направленных на коррекцию индивидуального развития с учетом нормативного личностного потенциала несовершеннолетних.

Образовательный компонент включает в себя решение как общеобразовательных, так и коррекционных и лечебно-педагогических задач. Одна из основных задач образовательного компонента – научить подростка такому образу жизни, при котором он может быть максимально интегрирован в общество. Цель образовательного компонента – развитие физической, эмоциональной, социальной и духовной сфер сознания, а не только формирование знаний, умений, навыков. В основе обучения должна лежать логика взаимодействия с признанием самооценки личности несовершеннолетнего и педагога.

Для реализации образовательного компонента следует использовать такие инструменты воздействия (субкомпоненты), как: диагностика образовательного уровня несовершеннолетних, оптимизация способностей несовершеннолетних к

обучению и самообразованию, оптимизация образовательных нагрузок и профессиональная ориентация, мотивирование несовершеннолетних к получению образования, оптимизация образовательного потенциала педагогов и персонала реабилитационного учреждения.

Целью социотерапевтического компонента являются восстановление нормативного социального статуса несовершеннолетних, социальная адаптация и достижение нормативной обстановки в социальном окружении. Функционирование несовершеннолетних в реабилитационном учреждении в известной степени моделирует их функционирование в большом сообществе и обеспечивает усвоение необходимых социальных навыков. По мере продвижения в программе стимулируется самостоятельность несовершеннолетних по конкретному разрешению индивидуальных проблемных ситуаций.

Для реализации социотерапевтического компонента следует использовать такие инструменты воздействия (субкомпоненты), как: тренинг социальных навыков, социально-психологический тренинг, организация системы социального патронажа, организация социотерапевтического воздействия специалистом социальной работы, семейная реабилитация. Важной составляющей является внедрение в реабилитационный процесс элементов самоуправления.

Медицинский компонент в процессе коррекционно-реабилитационной деятельности направлен на дезактуализацию патологического влечения к ПАВ, профилактику срывов и рецидивов, нормализацию соматического, неврологического, психического статуса, в том числе коррекцию аффективных и психопатоподобных расстройств, коррекцию поведения и восстановление нарушенных функций.

Т. о., в процессе коррекционно-реабилитационной деятельности при аддиктивном поведении несовершеннолетних трудно отделить направления работы и мероприятия по характеру их воздействия. В этом плане все компоненты являются взаимодополняющими и перекликающимися, преследуя общую цель реабилитации. В конечном итоге коррекционно-реабилитационная деятельность приводит к формированию и раскрытию жизненно важных для взаимодействия со значимыми другими лицами инвариантных нормативных личностных статусов «Я».

М.Ю. Городнова

СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДИЗАДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии (Санкт-Петербург, РФ).

Актуальность исследования определяется необходимостью поиска эффективного психотерапевтического лечения и профилактики наркологических заболеваний у детей и подростков. Семейная и когнитивно-поведенческая психотерапия остаются методами выбора в оказании мультипрофессиональной помощи данной категории населения.

Представленные результаты получены в ходе исследования 30 семей подростков с героиновой наркоманией, всего 73 человека. Средний возраст подростков составил 18,2 года (от 13 до 21 года). Всем подросткам был установлен диагноз: психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Синдром зависимости - в настоящее время воздержание (F 11.20). Средний

срок употребления подростками героина составил 2,02 года. Полные семьи составили 43,3% (13 семей), из них в 23% (3) семей присутствовал отчим.

Контрольную группу составили представители 30 семей здоровых, социально адаптированных подростков. Выборка носила случайный характер и состояла из семей разных социальных групп (84 человек). Полные семьи составили 80% (24 семьи), из них 17% (4 семьи) семьи с отчимом.

Клинико-психологический метод включал в себя:

1. Опросник «Индикатор стратегий преодоления стресса» CSI, разработанный Д. Амирханом в 1988 г., апробированный на отечественной выборке Н.А. Сиротой, В.М. Ялтонским, (1994, 1995).

2. Опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» FASES-3 Д.Х. Олсона, Дж. Портнера, И. Лави, адаптированный М. Перре (1986, 2001).

3. Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса (2003).

М. Perrez (1994) выдвинул гипотезу, согласно которой адекватный копинг связан с большей удовлетворенностью семейной жизнью в целом (т. е. с более низкими оценками расхождений между «восприятием» жизни семьи и «идеалом»). Н.Ф. Михайловой (1998) было показано, что удовлетворенность семейным функционированием можно рассматривать как психологический фактор, способствующий адекватному копингу и влияющий на копинг-компетентность, при этом низкая удовлетворенность семейным функционированием оказывает наиболее выраженное дизадаптивное влияние на подростков, снижая их устойчивость к стрессам.

Проведенный нами корреляционный анализ связей между базисными копинг-стратегиями подростков, показателями семейной сплоченности, семейной адаптации, неудовлетворенностью семейной сплоченностью и семейной адаптацией показал следующее: для обеих групп характерно увеличение удовлетворенности семейной сплоченностью при высоком уровне семейной сплоченности. Однако, для семей наркозависимых подростков характерно усиление эмоциональной вовлеченности членов семьи в жизнь друг друга, сопровождающееся дальнейшим нарастанием хаотичности семейной адаптации. Данный механизм является проявлением своеобразной семейной защиты в ситуации стресса - «чтобы справиться с хаосом, будем ближе друг к другу». Это положение подтверждается повышением удовлетворенности семейным функционированием при нарастании значений уровня сплоченности и адаптации, несмотря на экстремальные значения последнего, что согласуется с положением D. Olson (1986) о собственной нормативной базе делинквентных семей. Описываемый паттерн отсутствует в условно здоровых семьях.

В контрольной группе семьи подростков для совладания с неудовлетворенностью семейным функционированием (семейной адаптацией) прибегают к использованию активных копинг-стратегий: разрешения проблем и поиск социальной поддержки. Кроме этого, мы отметили, что неудовлетворенность семейной адаптацией выше в тех семьях контрольной группы, где подростки имеют высокие значения активных механизмов совладания. Данный факт может отражать нормальную реакцию этого возраста на препятствие семьи в выборе форм самостоятельного поведения и демонстрировать этап постепенного отделения молодых людей от семьи родителей (прохождение нормального жизненного цикла семьи).

Т. о., неудовлетворенность семейным функционированием в семьях наркозависимых подростков запускает дисфункциональный механизм семейной защиты, препятствующий нормальному формированию копинг-поведения у подростков и

поддерживающий семейный дисбаланс. Обозначенные психотерапевтические мишени позволят наиболее эффективно выстраивать семейную психотерапию подростков с героиновой наркоманией.

С.П. Елшанский

ПРИЗНАКИ И КВАЛИФИКАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЗАРТНОЙ ИГРЫ (ГЭМБЛИНГА)

Московский государственный гуманитарный университет им. М.А. Шолохова (Москва, РФ).

При исследованиях патологической зависимости от азартных игр (гэмблинга) возникает потребность в выделении признаков зависимости, в диагностических методиках, ее квалифицирующих.

Первоначально были выделены 15 факторов (показателей) нехимической зависимости. На их основе разработана анкета, позволяющая оценить наличие и степень выраженности зависимости от гэмблинга. Факторами (показателями) зависимости рассматривались: виртуализация, подмена или упрощение реальности; положительный аффект, сопровождающий осуществление деятельности зависимости; чувство психического и/или физического дискомфорта, переживание негативных эмоций при невозможности их реализации (синдром отмены или лишения); неадекватно большое значение (личностный смысл) деятельности зависимости; регулирование (подчинение) других видов деятельности так, чтобы они способствовали осуществлению зависимого поведения (неадекватно высокому положению мотивов данного поведения в иерархии мотивов индивида); «охваченность» деятельностью зависимости, потеря контроля в отношении деятельности зависимости; утрата чувства времени при осуществлении деятельности зависимости; потеря чувства меры в отношении агента зависимости; готовность к неадекватным материальным затратам на деятельность зависимости; готовность к правонарушениям или преступлениям для реализации деятельности зависимости; значительное количество времени, затрачиваемого на осуществление зависимого поведения; ригидность связанного с реализацией зависимого поведения аффекта; желание общаться только с теми людьми, у которых есть похожие связанные с деятельностью зависимости интересы; доминирование идей, связанных с зависимостью, в сознании; неадекватность связанного с зависимостью поведения.

Для определения наличия перечисленных показателей зависимости была предложена анкета, содержащая 15 вопросов, с которыми испытуемый должен согласиться или не согласиться (при этом каждый вопрос отражает наличие/отсутствие одного из признаков зависимости). В целом, анкета позволяет на основе самоотчета испытуемого предположить у него зависимость от азартных игр или ее отсутствие, оценить степень выраженности этой зависимости, делать выводы о присутствии различных проявлений зависимого поведения. При анализе ответов испытуемого на вопросы анкеты число ответов «согласен» показывает степень зависимости, а наличие ответов «согласен» на вопросы, связанные с определенными факторами (признаками) зависимости, позволяет говорить об «активности», значимости этих квалифицирующих зависимость факторов в конкретном случае.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ, СТРАДАЮЩИХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

РНПЦ психического здоровья Минздрава Республики Беларусь, Гродненский государственный медицинский университет (Минск, Гродно, республика Беларусь).

В рамках «Государственной программы комплексных мер противодействия наркомании, незаконному обороту наркотиков и связанным с ними правонарушениями в Республике Беларусь на 2009-2013 годы» на клинических базах УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», Гродненского государственного медицинского университета и ГУ «РНПЦ психического здоровья» Минздрава Республики Беларусь осуществляется комплексное исследование клиничко-социального функционирования потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), страдающих ВИЧ.

Объект исследования – потребители инъекционных наркотиков с сопутствующей патологией (ВИЧ-инфекция), а также ВИЧ-негативные пациенты с синдромом опиоидной зависимости (лица контрольной группы) из подростково-молодежной когорты (в возрасте 15-24 лет).

Предметом исследования являются социально-демографические, социально-психологические, клиничко-психопатологические характеристики лиц – потребителей инъекционных наркотиков с ВИЧ-инфекцией, а также лиц контрольной группы.

Методология и методы проведенного исследования. В настоящей работе используется традиционный комплексный метод научно-практического исследования, основанный на изучении причинных факторов, анализе полученных результатов, статистической обработке, обосновании и логическом заключении.

Общий исследовательский подход включает обсервационный метод, который, в свою очередь, будет включать кросс-секционный (метод поперечного среза) и лонгитудинальный типы исследования. Кросс-секционное и лонгитудинальное исследования проводятся с целью выявления демографических, социальных, клиничко-психопатологических и психологических особенностей, в том числе особенностей терапевтического динамики в зависимости от показателей клиничко-социального функционирования и качества жизни обследуемых. Материалы социально-демографического, социально-психологического и клиничко-психопатологического профилей включают данные сравнительного анализа по основным изучаемым параметрам у пациентов как основной исследуемой группы (n=120), так и соответствующей группы сравнения (n=120).

В ходе исследования проводится комплексная оценка социально-средовых, психологических и клиничческих факторов, влияющих на дизадаптацию ПИН, страдающих ВИЧ-инфекцией, характера и степени их противоправной активности. Изучается корреляция между уровнем дизадаптации пациентов с ВИЧ и характером течения заболевания, эффективность амбулаторного и стационарного режимов оказания специализированной медицинской помощи, а также влияние медико-социальной реабилитации, особенностей межличностных взаимоотношений и субъективных оценок больных на характер течения заболевания. На основании полученных результатов будет разработан протокол ведения больных «Медико-социальная реабилитация ПИН, страдающих ВИЧ-инфекцией», предусматривающий комплексный дифференцированный подход к оказанию медико-

социальной реабилитационной помощи, основанной на совокупности данных о соматическом, психическом, социальном статусе и уровне дизадаптации пациента.

С.Н. Исламова

САМООЦЕНКА УЧАЩИХСЯ ПРОФУЧИЛИЩ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова (Москва, РФ).

В связи с высокой распространенностью употребления психоактивных веществ (ПАВ) в подростково-юношеском возрасте актуально изучение факторов риска приобщения к ПАВ. Самооценка (СО) может являться одним из таких факторов. Отклонения СО связываются с изменениями в эмоциональной сфере, различными личностными проблемами, что может способствовать развитию девиантных форм поведения.

С целью выявления связи СО с употреблением ПАВ были исследованы учащиеся профучилищ Подмоскovie в возрасте от 15 до 18 лет (230 юношей и 100 девушек). Учащиеся анонимно отвечали на вопросы анкеты, касающиеся частоты употребления ПАВ – табака, алкоголя, наркотически действующих (наркотических и токсикоманических) веществ (НДВ). Для уточнения данных об употреблении наркотиков проводился тест мочи на амфетамины, каннабиониды, опиониды. Определялись группы риска (ГР) по каждому виду ПАВ: к ГР по курению были отнесены курящие каждый день, по алкоголю – употребляющие алкогольные напитки от 2 раз в месяц, по наркотикам – употребляющие НДВ.

СО учащихся исследовалась по методике Дембо-Рубинштейн. На каждой линии длиной 12 см испытуемые делали по три отметки, обозначающие три уровня СО: реальную СО – уровень, который они имеют в настоящее время, идеальную СО – уровень, который хотели бы иметь, достижимую СО – уровень, который могут достигнуть. Был введен показатель дифференцированности самооценки по шкалам, измеряющий степень отклонения от среднего шкальных значений СО для каждого испытуемого, будем называть его индекс дифференцированности СО – S . Он вычисляется по формуле выборочного стандартного отклонения

$$S = \sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 / (n-1)}, \text{ где } x_i - \text{значение СО по } i\text{-ой шкале, } i - \text{порядковый}$$

номер шкалы, n – количество шкал, $\bar{x}$ – среднее арифметическое значение СО по всем шкалам (Е.В. Сидоренко, 2000 г.). Это есть показатель различия высот шкальных отметок, или неравномерности СО. При больших отклонениях шкальных значений можно говорить о неустойчивости СО по шкалам как показателе эмоциональной неустойчивости (П.В. Яньшин, 2004).

Возможность объединения в одной выборке учащихся разных возрастов была доказана однофакторным дисперсионным анализом выборок юношей и девушек, который не выявил значимых различий в СО между возрастными подгруппами 15, 16, 17 и 18 лет ($p > 0.05$). По результатам предварительной проверки нормальности распределения данных СО с применением критерия Колмогорова-Смирнова все исследуемые параметры СО распределены нормально.

Корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена показал, что при повышении уровня приобщения к ПАВ (от ГР по курению табака до ГР по употреблению табака, алкоголя и НДВ) в выборке юношей статистически значимо растет индекс дифференцированности S всех уровней

СО – реального ($r=0.170$, $p=0.016$), достижимого ($r=0.285$; $p=0.000$), идеального ($r=0.204$, $p=0.004$). Наиболее высокий S (2.5 см для реальной, 2.1 см для достижимой, 1.75 см для идеальной СО) показала ГР по употреблению табака, алкоголя и НДВ, наиболее низкий (2 см для реальной, 1.4 см для достижимой, 1.3 см для идеальной СО) – ГР по употреблению табака и не употребляющие ПАВ. Это обусловлено тем, что профили, к примеру, реальной СО юношей, употребляющих ПАВ, имеют отклонения большинства шкальных значений 4–6 см (что определяется как эмоциональная неустойчивость) либо резкое отклонение вниз по 1–3 шкалам (в целом 80% профилей), снижаясь в некоторых случаях до 0–1 см. В 60% профилей встречается хотя бы одна низкая или пониженная СО (значения от 0 до 5 см на линии СО). Достижимая СО употребляющих ПАВ юношей во многих случаях была ниже реальной.

Кроме того, с повышением уровня приобщения к ПАВ повышается разрыв между реальным и идеальным уровнями средней СО по шкалам «Здоровье», «Ум», «Характер», «Счастье» ($r=0.188$, $p=0.008$). Такой разрыв наиболее выражен у категории курящих, употребляющих алкоголь и НДВ юношей, что демонстрирует снижение удовлетворенности собой. Выявленные изменения СО следует рассматривать как деструктивные, снижающие оптимизм и способствующие дальнейшей наркотизации.

В выборке девушек дифференцированность СО не обнаружила значимой связи с уровнем приобщения к ПАВ.

При сравнении СО употребляющих ПАВ юношей и девушек с применением критерия Стьюдента выявлено, что у употребляющих ПАВ юношей значимо выше индекс S достижимой ($p=0.017$) и идеальной ($p=0.002$) СО, S реальной СО у юношей выше на уровне $p=0.05$.

Вероятно, чрезмерно дифференцированная, т. е. неравномерная СО, обусловленная прежде всего снижением отдельных шкальных значений, является и причиной, и следствием приобщения к ПАВ.

Результаты исследования позволили сделать следующие выводы.

1. При увеличении числа видов употребляемых ПАВ у юношей происходит чрезмерное повышение индекса дифференцированности СО на всех уровнях – реальном, достижимом, идеальном, а также увеличение расхождения между реальным и идеальным уровнями СО.
2. Среди употребляющих ПАВ у девушек, по сравнению с юношами, ниже дифференцированность СО на идеальном и достижимом уровнях.
3. Дифференцированность реальной, достижимой и идеальной СО у юношей и девушек 15–18 лет не изменяются с возрастом.
4. Диагностика неравномерности СО с помощью индекса дифференцированности позволяет выявлять учащиеся группы риска приобщения к ПАВ.

Н.А. Катаева, В.В. Сампетова
ИЗ АПТЕК – В ПРИТОНЫ, ИЗ ПРИТОНОВ – В ЗОНУ
Общественный совет при УФСКН РФ по Кировской области (Киров, РФ).

В 2004 г. при Управлении Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков по Кировской области одним из первых в России был создан Общественный совет. Он состоит из представителей депутатского корпуса, общественных организаций, руководителей высших учебных заведений, деятелей науки

и культуры Кировской области и занимается вопросами рассмотрения предложений по совершенствованию государственной политики в области контроля за оборотом наркотических средств и психотропных веществ. Возглавляет Общественный совет начальник Управления, генерал-майор С.П. Рашиев.

С 2007 г. члены Общественного совета, обеспокоенные тревожной ситуацией распространения на территории Кировской области кустарно изготавливаемого наркотического средства «дезоморфин», на заседаниях Общественного совета ищут пути преодоления данной негативной тенденции. Итогом работы стали несколько Обращений, направленных в Минздравсоцразвития РФ и в Общественную палату РФ. К сожалению, до сих пор меры по контролю в отношении кодеинсодержащих препаратов в РФ не усилены.

Данная статья призвана в очередной раз привлечь внимание к проблеме распространения страшного наркотика «дезоморфин» в нашей стране.

В последнее время наркоситуация значительно осложнилась негативной тенденцией к росту случаев организации и содержания наркозависимыми лицами притонов, создаваемых для изготовления и потребления наркотических средств. Попытаемся проанализировать условия и причины возникновения наркопритонов, их организации и содержания, в частности, на территории Кировской области.

Как показывают статистические данные, в 2006 г. на территории оперативно-го обслуживания Управления наркотик «дезоморфин» изымался 134 раза, вес которого при этом составил 37,05 гр. Однако, уже в 2007 г. количество изъятий данного наркотического средства возросло до 203 раз, а вес изъятого наркотика увеличился до 422,24 гр. Данная тенденция сохранялась и в 2008 году: за 4 мес. 2007 г. изъято «дезоморфина» 16,3 гр., за 4 мес. 2008 г. - 210,7 гр. Все меры профилактической работы, используемые Управлением для устранения причин и условий, способствующих организации притонов, разъяснительные беседы в различных социальных группах и слоях населения, организациях и воинских частях, охраняемых структурах учебных заведений и общежитий имеют свой положительный результат, но не достаточны для того, чтобы в корне искоренить зло под названием «наркопритон».

В подавляющем большинстве случаев наркопритоны создаются наркозависимыми лицами для изготовления и потребления наркотического средства «дезоморфин». Как известно, данный наркотик включен в Список I Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ, оборот которого в России запрещен. Одной из первопричин столь широкого распространения синтетического наркотика «дезоморфин», изготавливаемого в домашних условиях, а следовательно и организации притонов для его изготовления и дальнейшего потребления, является свободный отпуск в аптечных учреждениях лекарственных препаратов, содержащих некоторое количество наркотического средства кодеин («Седал-М», «Седалгин-Нео» и др.), являющегося составляющим ингредиентом «дезоморфина».

Приказом МЗСР РФ от 12 февраля 2007 г. № 109 «О внесении изменений в порядок отпуска лекарственных средств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14.12.2005г. № 785» введены отдельные меры контроля в отношении данных препаратов, согласно которому указанные лекарственные средства подлежат отпуску аптечными учреждениями в количестве не более 2 упаковок потребителю. Однако данные меры контроля явно недостаточны.

Также среди ряда причин, способствующих сложившейся ситуации, можно назвать незначительную стоимость кодеинсодержащих лекарственных препара-

тов, что позволяет заинтересованным лицам на наркорынке приобретать или сбывать дезоморфин, изготовленный собственноручно, по цене значительно ниже его «рыночной» стоимости. Его цена на порядок ниже и других наиболее опасных наркотиков – героина, гашиша, марихуаны, что, естественно, позволяет «дезоморфину» занять более выгодное место на наркорынке.

Обратимся к правовым основам сложившегося положения. Статьей 2 Федерального закона РФ от 8 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» закреплено положение о возможности исключения некоторых мер контроля в отношении лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, внесенные в списки II, III или IV Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ. Законодатель, закрепляя данное положение, несомненно, руководствовался гуманными целями, допуская возможность приобретения населением лекарственных препаратов, содержащих небольшое количество наркотического средства, минуя кабинет врача и долгую процедуру получения рецепта на данный препарат. Но вместе с тем, разрешив некоторые послабления в контроле за данной категорией препаратов, законодатель невольно предоставил возможность лицам, страдающим наркоманией, свободно приобретать лекарственные препараты, содержащие кодеин, включенный в Список II Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 30.06.1998г. № 681. Список II указанного Перечня характеризуется тем, что в отношении наркотических средств, включенных в него, в РФ устанавливаются **меры контроля** в соответствии с законодательством РФ и международными договорами РФ. Однако для того, чтобы препараты были отнесены к данной категории, необходимо наличие определенных условий, установленных данной статьей закона, а именно:

- препарат должен содержать **малые** количества наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, внесенных в списки II, III или IV Перечня и поэтому не представлять опасности в случае злоупотребления ими или представлять незначительную опасность;

- наркотические средства или вещества **не должны извлекаться легкодоступными способами.**

Лекарственные препараты, содержащие малое количество кодеина по первому условию, а именно по количеству наркотического средства, приемлемы для исключения в отношении них некоторых мер контроля. Однако нельзя согласиться с допустимостью исключения мер контроля в отношении данного рода препаратов по второму условию, то есть по условию о том, что наркотические средства или вещества не должны извлекаться из них легкодоступными способами.

В организованных притонах наркозависимые лица изыскивают способы извлечь кодеин из указанных препаратов без особых усилий путем выпаривания. По времени такая процедура занимает примерно 20-30 минут и по трудоемкости сложной ее назвать нельзя. Т. о., можно сделать вывод о том, что указанные лекарственные препараты не соответствуют категории препаратов, о которых идет речь в части 5 статьи 2 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Поскольку из перечисленных лекарственных препаратов не составляет особого труда извлечь наркотическое средство кодеин, а на его основе изготовить дезоморфин, в целях предотвращения распространения среди населения наркотического средства дезоморфин представляется необходимым МЗСР РФ принять ме-

ры по ограничению свободной реализации кодеинсодержащих препаратов, ввести в отношении данных препаратов меры контроля в соответствии с законодательством РФ, а именно, отнести кодеинсодержащие препараты к категории лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту врача. Закономерно напрашивается вопрос о соответствии Перечня лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, утвержденный Приказом МЗСР РФ от 13 сентября 2005 г. N 578, в части включения в него комбинированных кодеинсодержащих препаратов Федеральному закону РФ № 3-ФЗ, который допускает исключение мер контроля только в отношении препаратов, которые содержат малые количества наркотических средств, и из которых указанные средства или вещества не извлекаются легкодоступными способами.

Основным контингентом, создающим и содержащим наркопритоны, являются наркозависимые лица, люди больные и в силу этого вынужденные предпринимать и изыскивать различные пути для потакания своей болезни. Уголовным законом предусмотрена возможность наложения на осужденного обязанности пройти курс лечения от наркомании, однако такая возможность допускается только при условном осуждении. При осуждении, связанном с реальным лишением свободы, такой возможности, к сожалению, не предусмотрено.

Обществу необходимо задуматься о том, что наркотизации молодежи необходимо ставить серьезные преграды и ставить их там, где наркозависимые лица находят и изыскивают различные способы изготовлять и потреблять опаснейшие наркотики и организовывать в связи с этим наркопритоны. Считаем, что данные меры контроля позволят пресечь попытки наркотизировать население, а особенно молодежь России. Также хочется надеяться, что руководство МЗСР РФ примет во внимание сложившуюся тревожную ситуацию и будут установлены соответствующие меры контроля, что позволит пресечь относительно свободное распространение опаснейшего наркотика дезоморфин, по силе воздействия не уступающего героину.

В.Г. Кирилловых, М.В. Злоказова

МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ, ДОПУСКАЮЩИМ УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Кировский областной наркологический диспансер, Кировская государственная медицинская академия (Киров, РФ).

В последние годы в РФ отмечается неуклонный рост числа подростков, употребляющих психоактивные вещества (ПАВ). В г. Кирове и области также наблюдается увеличение числа несовершеннолетних взятых впервые в жизни под наблюдение нарколога. В 2008 г. данный показатель увеличился до 249,2 на 100 тыс. детско-подросткового населения (600 чел. – абсолютные цифры) в сравнении с 2007 г. - 227,3 (534 чел.). Растет число несовершеннолетних, состоящих под наблюдением нарколога: в 2006 г. были зарегистрированы 843 чел. (356,1 на 100 тыс. детско-подросткового населения), в 2007 г. - 882 чел. (375,5), в 2008 г. - 910 чел. (377,9). При этом доля диспансерных пациентов (несовершеннолетних, у которых сформировалась зависимость от алкоголя, наркотиков, токсических веществ) снижается: 2006 г. – 2,73%, 2007 г. - 2,04%, 2008 г. – 1,1%.

В 2008 г. в Кировской области учтенная распространенность наркологических расстройств среди детей составила 52,3 на 100 тыс. детей, что в 4,6 раз ниже, чем в среднем по РФ (238,51). Однако учтенная распространенность наркологических расстройств среди подростков составила 2457,9 пациентов на 100 тыс. подростков, что в 1,2 раз выше, чем в среднем по РФ (2007 г. – 1992). Т. е. для нашего региона характерно более позднее, чем в среднем по России, вовлечение несовершеннолетних в употребление ПАВ, но потом подростки очень быстро вовлекаются в процесс злоупотребления ПАВ, что свидетельствует о недостаточной профилактической работе с данным контингентом.

Для улучшения качества оказания наркологической помощи несовершеннолетним в Кировской области в 2008 г. были введены и укомплектованы должности подростковых наркологов в 8 наиболее крупных районах области. В г. Кирове (Кировский областной наркологический диспансер - КОНД) подростковая служба укомплектована полностью и представлена 4 подростковыми наркологами, 2 психологами, 1 специалистом по социальной работе и заместителем главного врача по детской наркологии.

В связи с отсутствием детско-подростковой наркологической службы в большинстве районов области работа по оказанию наркологической помощи детям и подросткам возложена на наркологов, ведущих прием взрослого населения. В составе муниципальных учреждений здравоохранения районов области действуют 35 наркологических кабинетов (в области 39 районов).

В области создана и функционирует система активного выявления несовершеннолетних, злоупотребляющих спиртными напитками, наркотическими средствами, психотропными и одурманивающими веществами (реализуется при соблюдении положений Закона РФ от 02.07.1992г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). Подростки, употребляющие и злоупотребляющие ПАВ, выявляются:

- в Комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав районов г. Кирова и районных центров области;
- в подразделениях по делам несовершеннолетних отделов внутренних дел РОВД г. Кирова и районных центров области;
- в центре временного содержания несовершеннолетних правонарушителей, приютах, школах-интернатах, Талицком детском туберкулезном санатории.

С 2005 г. в районах области специалистами (наркологами, психологами, социальными работниками) диспансерного отделения для детей и подростков КОНД проводятся выездные кустовые семинары для педиатров, средних мед. работников районов Кировской области с целью повышения их компетентности по проблеме предупреждения алкоголизма, токсикомании и наркомании среди несовершеннолетних.

Специалисты детско-подростковой службы принимают участие в ежегодных областных совещаниях психиатров, наркологов, педиатров, совещаниях для медработников, выезжающих в лагеря летнего отдыха, выступая с докладами по профилактике употребления ПАВ.

В сфере профилактики специалисты КОНД, районные наркологи активно сотрудничают с Управлением Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ по Кировской области, специалистами Комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, подразделениями по делам несовершеннолетних, с участковыми уполномоченными милиции.

В подразделениях по делам несовершеннолетних районных отделов внутренних дел и Комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав проводятся

приемы наркологов для несовершеннолетних и их родственников, тренинги и лекции для несовершеннолетних.

Со специалистами системы образования наркологи проводят семинары по повышению противонаркотической компетентности, проводят тренинги и лекции для несовершеннолетних, участвуют в проведении родительских собраний.

Т. о., наряду со значительным объемом мероприятий, направленных на дальнейшее улучшение психопрофилактики, раннее выявление зависимостей и оказание квалифицированной помощи несовершеннолетним, употребляющим ПАВ, в г. Кирове и области необходимо дальнейшее развитие наркологической помощи подросткам и улучшение межведомственного взаимодействия различных служб при ее оказании. В частности, важным является открытие подросткового наркологического стационарного отделения, укомплектование кадрами подростковых наркологов районов области. Требуется создание реабилитационного социально-психологического центра для детей и подростков с аддиктивным поведением, а также активизация работы по формированию здорового образа жизни, направленной на первичную профилактику зависимостей усилиями специалистов различного профиля с обязательным привлечением СМИ.

В.Л. Малыгин, А.В. Бабин, А.С. Искандирова, И.А. Козлов
ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ КАК ФАКТОРЫ РИСКА
ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЗАРТНЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ
ИГР

Московский государственный медико-стоматологический университет
(Москва, РФ).

Целью исследования было изучение психологических особенностей лиц, склонных к зависимости от компьютерных игр, при помощи специально подобранного комплекса психодиагностических методик¹.

Материал и методы исследования. В основную группу вошли 45 испытуемых, признавших наличие у себя более 5 симптомов наличия зависимости от азартных компьютерных игр согласно диагностическим критериям F63.0 по МКБ-10. В контрольную группу вошли 45 испытуемых без признаков зависимого поведения. Средний возраст обследованных - $19,47 \pm 1,56$ года. В основной группе 24 испытуемых (53,33% группы) отдавали предпочтение играм-«шуттерам» (средний возраст – $18,97 \pm 1,66$ года), 21 испытуемый (46,67% группы) отдавал предпочтение «ролевым» играм (средний возраст – $20,89 \pm 1,63$ года).

Анализируемые группы обследованы следующими методиками: 1). «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» (SCL-90-R, L.R. Derogatis, адаптация Н.В. Тарабриной). 2). «Опросник Шмишека» (SF, Н. Schmieschek, адаптация В.М. Блейхера, Н.Б. Фельдмана). 3). Методика «Рисуночной фрустрации» (PFS, S. Rosenzweig, взрослый вариант, модификация В.Л. Малыгина, И.В. Ежова). 4). Методика «Диагностика уровня субъективного контроля» (LCS, J.B. Rotter, адаптация Е.Ф. Бажина, С.А. Голынкиной, А.М. Эткинда). 5). «Опросник путей совладания» (WCQ, R.S. Lasarus, S. Folkman, адаптация Т.Л. Крюковой).

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ «Психологические и социальные факторы риска формирования и развития патологической зависимости от азартных игр», проект № 08-06-00733-а.

Результаты исследования. Лица, склонные к зависимости от компьютерных азартных игр, неоднородны по выбору жанра. Около 53% из них предпочитают игры-«шуттеры» («стрелялки» типа Counter Strike), а около 47% - «ролевые» игры (типа Line Age). Причем для лиц, предпочитающих «Логические» и «Стратегические» компьютерные игры не характерны симптомы зависимости от них.

Лица, склонные к зависимости от компьютерных игр, характеризуются следующими психопатологическими особенностями: выраженные обсессивно-компульсивные, тревожные и депрессивные симптомы, преобладание возбудимых, гипертимных и тревожных черт характера, высокая экстрапунитивность реакций на фрустрирующие стимулы окружающей среды с фиксацией на удовлетворении потребностей, низкая степень социальной адаптации, выраженный экстернальный локус контроля, преобладание стратегий совладающего поведения конфронтации и дистанцирования.

Лицам, склонным к зависимости от компьютерных игр, предпочитающим игры-«шуттеры», особенно характерны такие психопатологические особенности, как враждебность и преобладание стратегии совладающего поведения «конфронтативный копинг».

Лицам, склонным к зависимости от компьютерных игр, предпочитающим «ролевые» игры, особенно характерно преобладание стратегии совладающего поведения «дистанцирование».

Исследование корреляционных взаимосвязей характерологических свойств, копинг-стратегий и психопатологических проявлений зависимого поведения выявило следующее. Среди игроков-шуттеров ведущим параметром является их повышенная враждебность, которая, входя в характерологические особенности «шуттеров» (возбудимая и гипертимная акцентуация $r=0,401$; $p\leq 0,01$), значимо связана отрицательными корреляциями с депрессией ($r=-0,309$; $p\leq 0,05$), степенью социальной адаптации ($r=-0,311$; $p\leq 0,05$) и копинг-стратегией дистанцирования ($r=-0,361$; $p\leq 0,05$).

Т. о., враждебность игроков-«шуттеров» сочетается с их низкой депрессивностью, при этом психопатологический феномен враждебности снижает их адаптивные возможности, т. к. игроки-«шуттеры» вовсе не дистанцируются при стрессовой ситуации, а выливают свою враждебность в виде конфронтации, направленной вовне. Это подтверждают значимые положительные корреляции данного показателя с конфронтативным копингом ($r=0,477$; $p\leq 0,01$) и экстрапунитивностью ($r=0,334$; $p\leq 0,01$).

Для «ролевигов» определены несколько иные корреляционные связи. Ведущим параметром является их тревога, которая неизгладимо вплетена в характерологические особенности ($r=0,614$; $p\leq 0,001$ с тревожностью и $r=0,410$; $p\leq 0,01$ с возбудимостью), тесно связана, в первую очередь, с ведущей копинг-стратегией дистанцирования ($r=0,411$; $p\leq 0,01$). Эти две характеристики становятся основными психопатологическими особенностями личности «ролевигов». Так, их тревога значимо связана положительными корреляционными связями с экстрапунитивностью ($r=0,344$; $p\leq 0,05$). Можно говорить, что их особенностью является то, что, будучи довольно тревожными, они «сливают» свои агрессивные паттерны в компьютерной игре и уклоняются (дистанцируются) от решения своих жизненных проблем.

В процессе дальнейших исследований было выявлено, что именно игроки-«шуттеры» наиболее часто в последующем становятся зависимыми от азартных электронных игр на деньги.

В.Л. Малыгин, Н.С. Хомерики, Е.А. Смирнова
**ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ И СЕМЕЙНЫХ
КОММУНИКАЦИЙ КАК ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ
ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ**

**Московский государственный медико-стоматологический университет,
Кафедра психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии (Москва, РФ).**

Эмпирическое исследование личностных факторов риска формирования Интернет-зависимости². Проведенное нами в 2008-2009 гг. исследование 47 подростков, учащихся 10-11 классов гимназии № 9 в г. Железнодорожном Московской обл. (18 девушек и 29 юношей, средний возраст 16 лет), выявило ряд личностных свойств, которые могут считаться вероятными факторами риска формирования Интернет-зависимости. Критерием участия в исследовании являлся факт наличия доступа к Интернету в домашних условиях.

Методические материалы. 1. Тест на Интернет-зависимость Кимберли Янг (адаптация В.А. Буровой), 2. Опросник 14 PF Кеттелла; 3. Опросник SACS – «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» (С. Хобфолл); 4. Шкала поиска ощущений Цукерман; 5. Тест коммуникативных умений Михельсона.

Результаты. В ходе исследования с помощью теста на Интернет-зависимость была выявлена группа подростков (25 человек), набравших более 50 баллов и по данному показателю склонных к Интернет-зависимости. Группой сравнения являлись подростки с отсутствием склонности к Интернет-зависимости (22 человека), набравшие менее 50 баллов. Основываясь на сравнении двух групп, был составлен психологический портрет подростка, склонного к развитию Интернет-аддикции. Статистически значимые отличия между двумя группами ($p < 0,05$ и $p = 0,009$) наблюдаются по фактору поиска новых ощущений. Показатели у группы склонных к развитию зависимости существенно выше, чем у представителей контрольной группы.

Как и при любых других формах химических и нехимических аддикций, данный фактор является одним из первичных, лежащих в основе формирования зависимости. Подобный результат позволяет предположить определенную схожесть механизмов формирования Интернет-аддикции с другими видами аддиктивного поведения. Существенные отличия ($p < 0,05$) между двумя группами наблюдались по показателям уровня коммуникативной компетентности и качества сформированности основных коммуникативных навыков и умений (тест Михельсона). Так, подростки контрольной группы в сравнении с группой зависимых демонстрируют более компетентный стиль общения ($p < 0,05$ и $p = 0,032$), характеризующийся адекватным реагированием в ситуациях межличностного взаимодействия, удачным сочетанием допустимой агрессии и эмпатии, понимания другого человека.

В группе склонных к Интернет-зависимости преобладает агрессивный стиль ($p < 0,05$ и $p = 0,021$), характеризующийся повышенной тревожностью, уязвимостью и, как следствие, оборонительно-нападающей позицией, часто исключаящей близость в общении. С этой точки зрения, общение, опосредованное Интернетом, представляется им безопасным, т. к. участник беседы может в любой момент решить, продолжать ли ему общение или прекратить его. С данными показателями

² Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ «Психологические и социальные факторы риска формирования и развития патологической зависимости от азартных игр», проект № 08-06-00733-а.

соотносимы результаты по методике Хобфолла, диагностирующей основные стратегии преодоления стрессовых ситуаций. Так, для группы склонных к Интернет-зависимости, в отличие от группы не проявляющих такой склонности, характерна асоциальная стратегия преодолевающего поведения, включающая асоциальные и агрессивные действия ($p < 0,05$ и $p = 0,005$). Для подростков, склонных к Интернет-зависимости, характерны следующие показатели (по данным опросника Кеттелла): эмоциональная отчужденность (фактор А, $p < 0,05$ и $p = 0,001$); неустойчивость эмоциональных проявлений, снижение способности управлять эмоциями и настроениями, находить им адекватное объяснение (фактор С, $p < 0,05$ и $p = 0,001$); конформность поведения (фактор Е, $p < 0,05$ и $p = 0,009$); зависимость от группы (фактор Q2, $p < 0,05$ и $p = 0,006$); робость в межличностном общении, низкая стрессоустойчивость (фактор Н, $p < 0,05$ и $p = 0,003$); повышенная степень озабоченности (фактор F, $p < 0,05$ и $p = 0,001$); склонность к чувству вины (фактор О, $p = 0,001$). В контрольной группе обнаружена тенденция к проявлению противоположных свойств.

Эмпирическое исследование особенностей воспитания в семьях Интернет-зависимых. Исследование было проведено в 2008-2009 гг. и ставило своей задачей изучение стиля воспитания подростков с Интернет-зависимостью и особенностей их коммуникации с матерями. Всего в исследовании приняли участие 27 подростков в возрасте от 13 до 16 лет (среди них 17 мальчиков и 10 девочек) и 8 матерей (у шестерых в исследовании участвовали сыновья, у двоих – дочери). Критерий выделения лиц, принявших участие в исследовании: склонность к Интернет-зависимости по тесту Кимберли Янг (сильная или средняя степень зависимости).

Методические материалы. 1) Тест на Интернет-зависимость Кимберли Янг (адаптация В.А. Буровой), 2) опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис), 3) цветовой тест отношений Эткинда, 4) методика «Подростки о родителях» ([Вассерман Л.И.](#), [Горьковая И.А.](#), [Ромицына Е.Е.](#)), 5) методика «Социальный атом» (Морено Я.Л.), 6) совместный тест Роршаха (Солова Е.Т.)

Результаты. В семьях подростков со склонностью к Интернет-зависимости воспитание характеризуется дефицитом требований, запретов и наказаний. Стремление одного или обоих членов диады к психологической близости в 75% случаев не приводит к преодолению значительной эмоциональной дистанции между матерью и подростком. В остальных 25% случаев наблюдаются, наоборот, симбиотические связи между детьми и родителями. Контакт между подростками и отцами гораздо слабее, чем между подростками и матерями. Девочки в 90% случаев чувствуют большую дистанцию между собой и отцом. Мальчики обычно общаются с отцом и матерью одинаково близко, но при этом в их представлении отцы лишены традиционного мужского авторитета. Матери говорят о большей близости между собой и детьми, чем между собой и мужьями. 26% женщин испытывают недоверие к мужчинам. У 64% подростков с компьютерной зависимостью ведущей потребностью является вовлечение в процесс насыщенного эмоционального взаимодействия. В семьях подростков с компьютерной зависимостью преобладали следующие варианты воспитания с чертами гиперпротекции/гипопротекции: 1) придерживающиеся стиля воспитания с чертами гипопротекции (75%) семьи делятся на два подтипа: эмоционально отвергающие детей или воспринимающие их как равных партнеров; 2) придерживающиеся стиля воспитания с чертами гиперпротекции (25%) семьи также разделяются на доминирующих и потворствующих подростку.

Т. о., особенности личностных свойств, типы воспитания и семейных коммуникаций являются важными факторами риска формирования Интернет-зависимости среди подростков.

С.А. Минаков

ПСИХОЛОГИЯ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва, РФ).

Л. Вермсер (2000) описывает пути формирования аддиктивных защит. Вместо того чтобы стремиться к достижению своего идеала, аддикт ищет состояние абсолютного удовлетворения, грандиозности и умиротворения, здесь и теперь. Вместо того чтобы обладать внутренней самокритичностью и при необходимости наказывать себя изнутри, аддикт провоцирует получение наказания извне. Вместо тонко настроенной, функционирующей способности к самонаблюдению у аддикта присутствует постоянная готовность чувствовать стыд и унижение перед людьми, которые эти чувства провоцируют. Вместо того чтобы принять ограничения, которые требуют реальность и принятые ранее обязательства, аддикт ищет их, и бежит от них. Он не переносит ограничений и в то же время парадоксальным образом стремится к ним. Не заботясь о себе и пренебрегая самозащитой, которую способна дать внутренняя власть Суперэго, аддикт демонстрирует неожиданные колебания и абсолютное стремление к человеку, заслуживающему доверия, с ожиданием, что партнер никогда не разочаруется в аддикте, даже если последний злоупотребит доверием. Автор выделяет 4 типа семей, формирующих будущего аддикта:

1) травмирующая семья, в которой ребенок может идентифицироваться либо с агрессором, либо с жертвой, испытывая чувства стыда и беспомощности, и в последствие избавляется от них с помощью ПАВ;

2) навязчивая семья, возлагающая собственные грандиозные ожидания на ребенка, который впоследствии компенсирует свою фальшивую идентификацию с помощью ПАВ;

3) лживая семья, в которой ребенок утрачивает чувство реальности и собственной личности, испытывает стыд, отчуждение и деперсонализацию, компенсируя эти чувства с помощью ПАВ;

4) непоследовательная семья, когда правила родителей различаются и к тому же меняются на ходу, из-за чего нарушается стабильность Суперэго и социализация, вследствие чего создается мотив для употребления ПАВ.

Д.В. Винникот (2000) указывает на значение *переходных объектов* (предметов или деятельности), символизирующих для ребенка отсутствующую мать, пока он еще не способен интроецировать материнскую фигуру как функцию внутренней хорошей матери. Если процессу интроекции препятствует поведение родителей, ребенку приходится расщепить образ для себя на две части: одна часть – ложная – соглашаться с требованиями внешнего мира, а другая – тайная – составляет субъективный мир ребенка. Затем человек живет так, как будто он «не вполне настоящий», и всю жизнь заполняет переходными объектами, которые приносят лишь временное облегчение: наркотиками, сексуальными ритуалами, другими людьми и компульсивной деятельностью («чем бы дитя ни тешилось...»).

Аддиктивные личности, не получив в раннем детстве доступа к эмпатичной матери, помещают свое материнский идеал вовне и отгораживают его, чтобы иде-

альная мать была внешней, но легко доступной, как пища. В результате идолопоклоннического переноса все доброе только приписывается идеализированной матери, поэтому ее любовь необходимо получать любой ценой. Однако пользоваться любовью – значит нарушить материнские границы, а это переживается как преступление Прометея, заслуживающего мучительного наказания, которое хуже смерти (на плечах наших алкоголиков выколото: «Не забуду мать родную» и «Нет в жизни счастья»). Выходом становится поворот от матери к вещам, т. к. они заслуживают большего доверия и в результате становятся аддиктивными объектами. Они приносят удовлетворение и наказание, временное забвение в смертельных облаках и возрождение.

В формировании наркотической зависимости отмечают роль бессознательных страхов и желаний матери, которые тормозят способности младенца быть одному. В результате у него вырабатывается наркотическая зависимость от ее присутствия и ее функций по уходу за ним, формируются *созависимые* отношения. Со временем ПАВ замещают переходные объекты детства, однако они не могут обеспечить формирования механизмов независимости, поэтому автор называет объекты аддикции патологическими переходящими объектами. Роль таких объектов могут играть и другие люди, тогда речь идет об эротической зависимости или созависимости ((У. МакДугалл, 1999).

С. Карпман (1968) описал «драматический треугольник», который лег в частности в основу игры «Алкоголик». Каждый игрок попеременно занимает одну из 3 позиций: Преследователь, Жертва, Спаситель. В день получения муж приходит пьяный, без зарплаты и устраивает дома дебош, играя роль Преследователя (а жена – Жертвы). Наутро он мучается с похмелья и исполняет роль Жертвы, вымаливая прощение жены, которая играет в начале роль Преследователя, а простив и дав похмелиться, – роль Спасителя. Очевидно, что Преследователь и Жертва нуждаются в друг друге для садомазохистских созависимых отношений, поэтому Жертва-алкоголик использует готовность Спасительницы-жены самоутверждаться за его счет. Со временем алкоголик подрывает свою самооценку и впадает в зависимость от жены. Когда ей, наконец, удастся привести мужа лечиться, для нее это передача роли Спасителя профессионалу, а для мужа – ее предательство и появление совсем уже безжалостного Преследователя.

П.Н. Москвитин

МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГРУППОВОГО ТРЕНИНГА «ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПСИХОДРАМА»

Новокузнецкий институт усовершенствования врачей (Новокузнецк, РФ).

Метод и обсуждение: Личностно-ориентированная модель первичной профилактики методически наполняется нами методом «профилактическая психодрама», который является одной из новых профилактических технологий групповой формы психотерапии и психопрофилактики. Данный эксклюзивный метод как психопрофилактическая технология развивается в рамках базового психодраматического метода, имеющего свою теорию и методологию. Профилактическую психодраму поэтому также можно назвать специальным методом групповой профилактической работы, призванным восполнить когнитивную, эмоциональную и поведенческую дефицитарность навыков эгоцентрической личности подростка и молодого человека, еще не впитавшего опыт антинаркотической устойчивости в

своей жизни. Такой личностно незрелый человек еще не обладает важной способностью устанавливать истинные связи и отношения с другими людьми, которые не дают возможности развития спонтанности и креативности, что ведет к утрате свободы выбора и зрелой ответственности.

В тренинге «профилактической психодрамы» эти возможности личности конструируются благодаря лечебно-профилактическим факторам метода, и тогда участник психодраматической группы включается в «социальный атом», где задаются новые нормы общения, складываются новые межличностные связи, а затем эти изменения входят в его жизнь за пределами психодрамы. К человеку приходит способность устанавливать с людьми истинные открытые и искренние связи, развивающимися на соматическом, психологическом, социальном и трансцендентном уровнях.

Личностно-ориентированный подход реализует наиболее адекватную психосоциальную стратегию сдерживания. Это позволяет реализовать рекомендованную ВОЗ концепцию «умения сдерживать спрос на ПАВ», поскольку ставить сегодня вопрос о полном и абсолютном прекращении употребления наркотиков и ПАВ лишь применением стратегии запрета нереально.

Стратегия сдерживания спроса на ПАВ подразумевает формирование в тренинге личностно-негативного, как минимум личностно-нейтрального отношения к ПАВ у потенциальных потребителей. На современном этапе следует ограничить привычные формы негативно-ориентированной профилактики употребления ПАВ, например, проблемно-ориентированный подход, где в лекционно-просветительской работе осуществляется акцентирование на отрицательных последствиях приема ПАВ, что часто не обеспечивает достижения поставленных целей. Специфические приемы негативно-ориентированного воздействия особенно часто используются в лекционно-просветительской работе медицинских работников, что, безусловно, явно недостаточно. Проблема предупреждения зависимости от ПАВ только на основе перечисленных подходов принципиально не может быть решена, поскольку не устраняются причины, порождающие личностную дизадаптацию, побуждающие молодежь обращаться к ПАВ.

Именно поэтому современным стратегическим приоритетом первичной профилактики следует рассматривать создание метода позитивной личностно-ориентированной профилактики, который ориентируется не на патологию, не на проблему и ее последствия, а на защищающий от возникновения проблем потенциал психического здоровья – освоение и раскрытие ресурсов психики, системную психологическую помощь в осознании свободы выбора и перспективу самореализации собственного жизненного предназначения. Очевидная цель метода позитивной, направленной, личностно-ориентированной первичной профилактики состоит в формировании у подростков копинг-стратегий и навыков психически здорового, личностно развитого человека, способного самостоятельно справляться с неизбежными психологическими затруднениями или жизненными проблемами на том или ином этапе личностного развития, не нуждающегося при этом в приеме ПАВ.

Помимо личностно-ориентированной психолого-психотерапевтической работы к позитивному подходу в тренинге можно также отнести грамотную пропаганду здорового образа жизни и реализацию различных программ укрепления здоровья. При этом в ситуации «групповой позитивной консультации» поощряется развитие здоровых привычек (занятия спортом, активный творческий досуг, здоровый режим труда и питания), которые также могут стать барьером, препятствующим

щим поведению, наносящему вред здоровью, и могут служить альтернативой употреблению ПАВ.

Выводы: метод «профилактическая психодрама» – это первый систематизированный профилактический метод групповой личностно-ориентированной профилактики аддикции к ПАВ, инсценирующий жизненный проблемный опыт через его множественное позитивное разрешение. Метод ориентирован на личность несовершеннолетнего и три основные сферы, в которых реализуется его жизнедеятельность, что в полной мере соответствует современной концепции первичной позитивной личностно-ориентированной модели профилактики употребления ПАВ среди детей и подростков. Экспериментальное многолетнее изучение позволило сделать вывод, что предложенный способ является эффективным современным методом и отвечает актуальной задаче первичной профилактики аддикции, понижая спрос на ПАВ среди школьников. В развитие научно-практических усилий и мер вторичной и третичной профилактики, нами предлагается новое направление первичной личностно-ориентированной профилактики ПАВ и учебная программа его обучению.

П.Н. Москвитин

О ПРЕВЕНЦИИ ПСИХОАКТИВНОЙ ЗАВИСИМОСТИ МЕТОДОМ «ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПСИХОДРАМЫ»

Новокузнецкий институт усовершенствования врачей (Новокузнецк, РФ).

Актуальность: К сожалению, пока в приоритеты медицинских дисциплин «психотерапия» и «наркология» направление первичной профилактики психоактивной аддикции не входит, а интересы традиционно ограничиваются вопросами изучения клиники и ко-морбидной патологии, эпидемиологии и разработки методов терапии и реабилитации аддиктов. Поэтому гипотезой нашего исследования является предположение, что разработка группового метода первичной профилактики и соответствующей интегративной программы его применения может способствовать формированию позитивных изменений в поведении у подростков группы риска.

Еще одна актуальная задача нашего исследования связана с тем, что с 2000 г. Министерство образования и науки РФ признано ведущим ведомством, отвечающим за профилактику наркомании несовершеннолетних. Педагогам как профессионалами в области воспитания предоставлено право создания ценностно-консолидирующего пространства, антинаркотической образовательной среды, без которого невозможно успешное решение проблемы профилактики психоактивной аддикции у школьников. Вместе с тем большинство педагогов-практиков, по нашему мнению до 90%, не относят в настоящее время к сфере своей компетенции профилактику употребления ПАВ среди учащихся, поскольку это требует определенной компетентности педагога. Однако, почти ни одна образовательная структура страны не занимается подготовкой педагогов и психологов к деятельности по профилактике психоактивной аддикции. Парадокс, но также отсутствуют программы подготовки по методологии и методам профилактики аддикции к ПАВ даже в образовательном стандарте послевузовского обучения у врачей-интернов и ординаторов по психиатрии-наркологии и психотерапии, да и в целом во всей профессиональной переподготовке врачей-специалистов. Поэтому, в настоящее время в превентивной науке и практике существует объективная необходимость в преодолении следующих противоречий:

А) между ожиданиями общества и требованием государства к сотрудникам образовательных учреждений в осуществлении планируемой и прогнозируемой эффективной антинаркотической профилактической работы среди учащихся и неподготовленностью к такой деятельности большинства специалистов;

Б) между объективной необходимостью специальной подготовки в системе повышения квалификации по вопросам профилактики психоактивной аддикции среди учащихся для педагогов, психологов, врачей-специалистов и низкой разработанностью организационно-педагогических условий в послевузовском образовании, обеспечивающих эффективность этой подготовки.

Указанные противоречия определили проблематику нашего исследования, связанную с формированием организационно-педагогических условий и разработкой новой технологии в системе повышения квалификации, которые могут способствовать эффективной подготовке не только врача-специалиста, но психолога и педагога к профилактике употребления ПАВ среди учащихся. Нами разработан цикл и проводится обучение новому методу личностно-ориентированной первичной профилактики психоактивной аддикции – «профилактическая психодрама».

Эта форма обучения предназначена как для медицинских работников - психотерапевтов, наркологов, так и для клинических и школьных психологов, педагогов и специалистов, участвующих в профилактике психоактивной аддикции. Наш метод демонстрировался на семинарах в Республике Чехия, Республике Бразилия и в 2008 г. на V Всемирном Конгрессе по психотерапии в КНР.

Разрабатываемая личностно-ориентированная модель основывается на гуманистическом базисе и методологии психолого-психотерапевтического тренинга, подразумевает, что в центр ее ставится личность несовершеннолетнего и три основные сферы, в которых реализуется его жизнедеятельность – семья, образовательное учреждение и досуг, включая связанное с ними ближайшее микросоциальное окружение и неформальные референтные группы.

Стратегия личностно-ориентированной модели первичной профилактики употребления ПАВ предусматривает регулярное и не менее трех лет длящееся проведение программы групповых профилактических тренингов, направленных на: формирование личностных ресурсов, обеспечивающих развитие у детей и молодежи социально-нормативного жизненного стиля и доминирование ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема ПАВ; активизацию ресурсов семьи, помогающих воспитанию у детей и подростков законопослушного, компетентного и ответственного поведения. Реализация данной модели подразумевает внедрение в образовательную среду инновационных психологических технологий, обеспечивающих развитие ценностей здорового образа жизни и мотивов отказа от "пробы" и приема наркотиков и раннего обнаружения случаев употребления наркотиков учащимися; развитие социально-поддерживающей инфраструктуры, включающей семью в микросоциальное окружение ребенка «группы риска аддиктивного поведения».

СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ «ГРУППЫ РИСКА»

Армавирский государственный педагогический университет (Армавир, Краснодарский край, РФ).

Каждое государство предпринимает меры по предупреждению злоупотребления наркотиками среди населения, исключением не является и Россия. По оценкам специалистов, в Краснодарском крае не менее 20 тысяч молодых людей регулярно употребляют наркотики. На официальном учете состоит более 1800 несовершеннолетних. Из их числа 45,4% - школьники, 22,4% - учащиеся специальных учебных заведений, 22,4% - нигде не работают и не учатся, 5,1% - работающие несовершеннолетние и 2,4% - студенты вузов.

Употребление наркотических веществ ребенком нередко начинается в условиях, который создаем мы сами. Если ребенок комфортно чувствует себя в семье, то он либо не станет пробовать наркотики, либо это будет досадной случайностью. Но если ребенок испытывает чувство одиночества, если в трудную минуту ему не у кого найти поддержку и защиту, то наркотик может стать для него тем, чего ему не хватает в жизни. В отдельных случаях даже однократное употребление наркотика может привести к зависимости от него.

Однако необходимо учитывать, что некоторые дети, даже когда они подвергаются многим факторам риска, не употребляют наркотики и алкоголь. Исследования показывают, что от этого их удерживает, по-видимому, целый ряд защитных факторов: чувство юмора, внутренний самоконтроль, целеустремленность, важность взаимоотношений, по крайней мере, с одним взрослым человеком помимо родителей (это может быть и более взрослый трезвый подросток, и учитель), привязанность к законам и нормам общества, школы, общины, семейным стандартам, исключающим употребление алкоголя и наркотиков:

Усложняет в целом ситуацию то, что первые шаги ребенка к вредным веществам скрыты и не диагностируются. Когда же признаки употребления наркотиков налицо, то изменить ситуацию уже очень сложно: организм быстро привыкает и перестраивается физиологически для искусственного стимулирования отдельных центров головного мозга. Поэтому основные направления деятельности учебно-воспитательных учреждений — предупредительная, профилактическая работа с учениками всех возрастных групп. Антинаркотическая профилактика - это целостная, организуемая в рамках единой государственной программы система мер, которая имеет свое содержание, свою этапность и динамику развития, свой определенный конечный результат и реализуется государственными и общественными структурами.

Возможности работы по профилактике девиантного поведения, различны. Существует много психологических программ, в разных странах мира приняты различные законы и законодательные программы, направленные на приобщение подрастающего поколения к здоровому образу жизни. Разработаны специальные программы формирования у подростков необходимых жизненных навыков, пригодные для распространения в нашей стране. Имеются интересные, заслуживающие внимания отечественные разработки профилактических программ - «Перекресток», «Ступеньки», разработанные и распространяемые специалистами при российском благотворительном фонде «Нет алкоголизму и наркомании», а также программа «Наркокон», адаптированная и распространяемая Фондом спасения детей и подростков от наркотиков.

На наш взгляд, проблема заключается не столько в недостатке тех или иных программ, сколько в катастрофической нехватке специалистов, способных эти программы реализовывать. Специалист такого рода должен: хорошо представлять и понимать психологические особенности подросткового возраста, реальную специфику и интересы подростковой среды; глубоко знать субкультурные особенности, мифы и «ловушки» наркоманской реальности; владеть психокоррекционными технологиями и, самое главное, уметь терпеливо завоевывать доверие подростков.

Положительный результат может быть достигнут только в том случае, если программы профилактики будут соответствовать актуальным потребностям и интересам сегодняшних подростков, в противном случае средства, выделенные на профилактику, будут растрочены впустую.

В нашем городе на протяжении многих лет под патронажем отдела молодежи, отдела образования г. Армавира функционирует волонтерское движение «Молодежь против наркотиков». Такое движение активно функционирует на социально-педагогическом факультете Армавирского государственного педагогического университета. Целью работы студентов-волонтеров является проведение разнообразных форм диагностических и профилактических мероприятий аддиктивных форм поведения среди детей и подростков в образовательных учреждениях города. Так, на этапе диагностики, проводимой под руководством школьного психолога и преподавателя вуза в рамках прохождения непрерывной педагогической практики, нами отрабатывается и анализируется диагностический материал по разным классам, составляется общий анализ предрасположенности к аддиктивным формам поведения по школе в целом. В качестве используемых методик выступают: анкеты, опросник СОП (мужской и женский вариант), опросник К. Леонгарда, Фрейбуржская методика.

Далее, на классных часах, родительских собраниях, педагогических советах школы студенты выступают не только с полученными в ходе диагностики результатами, но и проводят различные формы профилактической работы: беседы (групповые и индивидуальные), диспуты и дискуссии, конкурсы и выставки стенгазет, выставки печатных изданий и многие другие. Нами разрабатываются различные формы проведения уроков по профилактике наркотической зависимости для различных классов с учетом возраста детей. Причем данной работой мы охватываем не только средние и старшие классы школы, но и младших школьников. Главное внимание обращается на то, чтобы уже в раннем возрасте убедить детей относиться к наркотикам как наибольшему злу, воспитать у них ответственное отношение к своему будущему, сформировать личностное неприятие асоциальных форм удовлетворения потребностей.

Э. А. Попова

ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ РАБОТЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ПОДРОСТКОВОЙ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

Кировский филиал Московского университета государственного управления (Киров).

За последние годы наблюдается тенденция «омолаживания» наркотизации. С учетом возрастной принадлежности большинства наркоманов под угрозой оказывается до 1/3 молодого поколения страны. Проблема потребления наркотических средств детьми и подростками вышла на государственный уровень в связи с повсеместным и неуклонным ростом количества больных, употребляющих психоак-

тивные вещества. Масштабы и темпы ее роста таковы, что ставят под вопрос социальную стабильность российского общества уже в ближайшей перспективе. За прошедшее десятилетие количество подростков, нуждающихся в специализированном лечении, возросло в десять раз [3]. Т. о., в условиях глобализации современного общества злоупотребление наркотиками, особенно в подростковой среде, относится к разряду высоко значимых и острых социальных и психологических проблем.

Одним из решений настоящей проблемы можно отметить консультативную работу с подростковой наркотической зависимостью. Особенностью консультативной работы с данным видом подростковой зависимости на начальных этапах аддикции состоит в том, что психолог-консультант и клиент могут находиться в более тесном и индивидуальном контакте. Следует заметить, что существуют определенные особенности работы с клиентами, страдающими зависимостями. Например, работая с наркоманом, консультант должен учитывать некоторые принципы:

- во-первых, консультирование может происходить только тогда, когда клиент не употребляет наркотик;
- во-вторых, контакт с клиентом-наркоманом довольно амбивалентен, поскольку зависимость от консультанта смешивается с враждебным, манипулятивным отношением к нему. Консультанту приходится усиливать зависимость клиента от себя, заменяя ею зависимость от наркотика, которую наркоман склонен отрицать.

Первоначально также необходим комплекс медицинских мероприятий с последующей работой психолога, длительным отрывом от окружения (иногда практически полной сменой окружения) и последующим патронажем социальных служб. Все, что требуется от человека, так это желание вылечиться. Необходима высокая мотивация на избавление от зависимости. Просвещение, ранняя диагностика и содействие общества - все направлено на то, чтобы контролировать и уменьшать употребление наркотиков. В консультативной работе не обойтись и без применения различных психотерапевтических методов и приемов. Например, может быть использована суггестивная психотерапия и методики нейролингвистического программирования [1].

Предлагается следующая схема суггестивной работы с наркоманом:

1. Выявление ключевых (пусковых) моментов принятия наркоманом решения «употребить наркотик».
2. Осознание наркоманом этих моментов.
3. Обучение наркомана самостоятельно входить в трансовое состояние при возникновении ощущений физической или психологической зависимости.
4. Встраивание в подсознание наркомана генератора «любви к себе» и «ответственности».

В работе с наркоманами также используется групповая психотерапия. Возможны некоторые формы как принимающего, так и отвергающего поведения, выделенные участниками группы в ходе групповых занятий:

1. Жесткое «нет» при продолжающихся предложениях уколаться, отказ облачается в экзальтированную форму (повышенный тон голоса, крик и т. д.).
2. Обвинение предлагающему наркотик: «Ты что мне предлагаешь? Я же сказал «нет».
3. Полное молчание, которое может сопровождаться мимикой и жестами. (при подобной тактике поведения всякая коммуникация быстро заходит в тупик и предложения прекращаются.)

4. «Нет» и взгляд прямо в глаза тому, кто предлагает наркотик.
5. Твердое и короткое «нет». Когда отвечающий говорит: «Да нет. Я же сказал, что не хочу...» - его «да нет» воспринимается как «да».
6. Принятие замаскированного приглашения типа «Пойдем, есть дело», «Давай поднимемся ко мне» и т. п.
7. Принятие приглашения «просто посидеть», пока другие будут готовить и употреблять наркотики, предоставление наркоманам своей квартиры для приготовления наркотиков.
8. Намерение «уколоться в последний раз, а потом больше никогда» после выхода из физической зависимости. (по сути, это самообман.)
9. Четкое и однозначное публичное заявление о своей позиции по отношению к наркотикам.
10. Оплата (сначала маленькая, а потом еще меньше) за услуги, предлагаемые «от души» (предлагающий начинает рассматривать свои действия как управляемые извне, а не внутренне мотивированные, и у него пропадает желание «помочь» [2].

Итак, специалисту справиться с зависимостью (аддикцией) подростка нелегко, для этого требуется комплексный, многоуровневый подход.

ЛИТЕРАТУРА

1. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными ситуациями. - М.: СМЫСЛ, 2002. - 182 с.
2. Шнейдер Л.Б. Восстановление утраченной идентичности в случаях наркозависимости. - М., 2000. - 284 с.
3. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. - М.: Академический проект, 2007. - 336 с.

Л.Н. Рыбакова

МОДЕЛЬ ПОМОЩИ СЕМЬЕ ПОДРОСТКА, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩЕГО АЛКОГОЛЕМ ИЛИ НАРКОТИКАМИ Национальный научный центр наркологии (Москва, РФ).

В неблагополучных семьях алкоголизация и табакокурение транслируются в качестве модели повседневного поведения. Так называемые «благополучные» семьи обращаются в учреждения здравоохранения и образования за помощью по поводу злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) подростков. Однако проблема защиты несовершеннолетних от ПАВ не может быть решена силами специалистов одного ведомства в силу ее комплексного характера.

Наши предыдущие исследования, подкрепляемые данными других авторов, выявили, что приобщение подростка к злоупотреблению ПАВ является особым семейным кризисом, который проявляет и обостряет латентные конфликты в семье. Подростковый этап развития человека, как известно, обусловлен изменениями в физиологии и психологии ребенка, он затрагивает также особенности его взаимодействия со средой, которая предъявляет ему определенные требования и обеспечивает необходимые условия для полноценного и гармоничного развития. Мы установили, что злоупотребление ПАВ подростком в «нормальной» семье, с одной стороны, является реакцией на дисфункцию семейного окружения, с другой, - усугубляет нарушенное взаимодействие подростка с ближайшим окружением. В случае приобщения подростка к злоупотреблению ПАВ компоненты семейного кризиса имеют разную природу, и технологии преодоления возникающих

конфликтов разрабатываются в рамках различных научных дисциплин. Мы выделяем несколько составляющих семейного кризиса, обуславливающего приобщение подростка к злоупотреблению ПАВ:

1. неготовность семьи к смене привычной модальности родительской заботы о подростке, в силу возрастных особенностей стремящемся к автономности;
2. уязвимость подростка, лишенного опоры на четкие родительские директивы и поддержку в разрешении проблем взросления и ценностного ориентирования;
3. расширение зоны социальной активности подростка (при одновременной его незрелости), исключенной из поля родительского контроля, в том числе путем использования Интернет-ресурсов;
4. незащищенность подростка от деструктивных влияний социума, в частности, вызывающих зависимость: доступность алкоголя, табака, наркотиков, лекарственных средств, игровых автоматов, компьютерных игр и т. п., провокационное влияние СМИ и др.;
5. возрастание требований («вызовов») общества к молодежи без обеспечения средств их достижения; подстегивание материальных и физиологических потребностей несовершеннолетних при одновременной необеспеченности духовного развития и навыков саморегуляции.

Изложенное показывает, что помощь семье, обратившейся за помощью по поводу злоупотребления ПАВ подростком, должна оказываться по нескольким направлениям.

Наша модель основана на признании факта, что поддержка подростка в трудной жизненной ситуации должна осуществляться, в первую очередь, силами его родителей, направляемых и обучаемых специалистами разного профиля. Отлучение подростка от злоупотребления ПАВ не является чисто медицинской проблемой, не сводится к психологическим воздействиям на личность ребенка, но требует комплексной работы с семейной системой. Именно последняя является основным ресурсом для гармоничного и полноценного развития подростка. Она же должна служить фильтром, преобразующим деструктивные влияния извне на подростка.

Создание реальной сети поддержки семьи подростка, злоупотребляющего ПАВ, выходит за рамки услуг, предоставляемых системой учреждений социальной защиты населения или отделений наркологической помощи. Необходима такая модель помощи семье с подростком, злоупотребляющим ПАВ, которая направлена на разрешение специфической кризисной ситуации путем взаимодействия семьи с бригадой специалистов. Бригада специалистов, согласованно помогающих семье в преодолении кризиса, должна включать:

- психолога-диагноста (выявление предпосылок семейного кризиса);
- педагога (просветительская работа с семьей по факторам аддиктивного поведения);
- нарколога (вторичная профилактика зависимости);
- социального педагога (практические занятия по усилению защитной функции семьи);
- организатора взаимодействия специалистов и эксперта по оценке эффективности работы с семьей.

См. подробнее (в соавт. с Пелипасом В.Е.): Семейная профилактика наркозависимости у несовершеннолетних (медико-психологическая и социальная профилактика наркозависимости на основе исследования семейных и родительских антинаркотических стратегий). Пособие для врачей. - М., 2007.

Т.Т. Свиридова, Н.В. Тропина, М.В. Злоказова
СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С
АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В СВЯЗИ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ
НАПРАВЛЕННОСТИ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ
Кировский областной наркологический диспансер, Кировская государ-
ственная медицинская академия (Киров, РФ).

В России в последние годы отмечается значительный рост числа несовершеннолетних, употребляющих психоактивные вещества (ПАВ), что во многом связано с социальными причинами. В связи с этим необходимо определить приоритеты в проведении психопрофилактической работы с учетом особенностей социального статуса детей и подростков, склонных к употреблению ПАВ,

Целью исследования являлся анализ социального статуса 308 несовершеннолетних пациентов в возрасте от 14 до 18 лет, проживавших в условиях промышленного города, состоявших на диспансерном и профилактическом наблюдении по поводу употребления ПАВ, на основании анкетирования и изучения амбулаторных медицинских карт. Среди них юношей было 233 чел. (75,6%), девушек - 74 (24,4%), что отражает негативную тенденцию к увеличению зависимых от ПАВ женщин.

Большинство несовершеннолетних предпочитало употреблять алкоголь (преимущественно пиво) - 210 чел. (68,2%), токсические вещества использовал 51 чел. (16,5%), алкоголь и токсические вещества одновременно - 47 (15,3%). Подростков, употреблявших наркотические вещества, в 2008 г. не было выявлено.

В группе несовершеннолетних - наркологических пациентов - преобладали подростки в возрасте от 14 до 18 лет - 95,1%, детей младше 14 лет было 4,9%.

Большая часть пациентов обучалась в учебных заведениях г. Кирова - 86,7%, работали - 5,5%, были ничем не заняты (не учились и не работали) - 7,8%.

Воспитывались в неполных семьях с одним родителем - 41,4% детей и подростков, проживали с отчимом или мачехой - 10,6%. Значительное число несовершеннолетних воспитывалось опекуном - 11,1%, что, вероятно, отражает общероссийскую тенденцию взятия детей под опеку или помещения их в приемные семьи, однако при этом многие опекуны не справляются со своими обязанностями. В интернатах проживали 5,1% обследованных. В полных семьях воспитывалось всего лишь 31,8% несовершеннолетних, но и в этих семьях родители нередко злоупотребляли алкоголем. Т. е. одним из значимых социальных факторов, приводящим к формированию зависимостей в детско-подростковом возрасте, является неблагополучие семьи.

В неблагоустроенном жилье проживали 21,2% человек, что свидетельствовало о низком социальном статусе семей, в которых они воспитывались. Тенденция к росту употребления ПАВ среди иногородних учащихся была подтверждена тем, что в общежитиях проживало 17,5% несовершеннолетних, чем можно объяснить отсутствие контроля со стороны родителей.

Т. о., с учетом того, что основная группа потребителей ПАВ в г. Кирове - это мальчики-подростки в возрасте от 14 до 18 лет, учащиеся, проживавшие, в основном, в неполных семьях или иногородние, то работу по профилактике употребления ПАВ среди несовершеннолетних необходимо сосредоточить в учебных заведениях города (в форме выездных приемов и тренингов), организовав ее отдельно с группой мальчиков-подростков.

Учитывая значительную распространенность употребления ПАВ среди девушек надо активизировать пропаганду здорового образа жизни среди девушек

(будущих матерей) с акцентом на последствиях влияния ПАВ на организм женщины и здоровье будущих детей.

Большое внимание следует уделять профилактическому наблюдению детей и подростков, воспитывающихся в неполных и неблагополучных семьях (в том числе, при первом задержании в нетрезвом виде).

При составлении тематики профилактических тренингов для несовершеннолетних в уделять больше внимания влиянию употребления алкоголя на организм, в особенности пива.

Кроме того, в государственном масштабе необходима методичная работа по укреплению семьи – как основного института воспитания здорового поколения, а также формированию моды в подростковой среде на здоровый образ жизни.

А.В. Семенов, Н.С. Семенов

ФЕНОМЕН НАРКОМАНИИ В ВОСПРИЯТИИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кировская государственная медицинская академия (Киров, РФ).

Проблема наркотизации молодежи является актуальной для большинства регионов России. Количество наркозависимых в Кировской области стабильно увеличивается. Опасность распространения наркоманий обусловлена тем, что данное явление наносит вред и личности, и обществу: высокая смертность среди наркозависимых, медицинские последствия злоупотребления наркотиками, быстрое распространение в социуме, высокая криминогенность. Опасность употребления наркотиков для конкретного индивида связана с формированием комплексной зависимости, которая приводит к разрушению личности наркозависимого.

Результаты социологических исследований показывают, что отношение к наркоманам в молодежной среде становится менее жестким. Потребление наркотиков уже не рассматривается как опасность. У значительной части молодежи наркотики вызывают интерес, переходящий границы бытовой любознательности. Информация о наркотиках, получаемая из разных источников, преломляется в сознании молодежи в виде определенных установок и стереотипов, которые оказывают весомое влияние на поведение индивидов.

В связи с вышесказанным актуальным является анализ представлений подростков и молодежи о наркомании и ее атрибутах с целью планирования адекватных профилактических мероприятий. На базе Кировской ГМА был проведен социологический опрос среди подростков и молодежи, проживающих в г. Кирове и четырех районах области. Всего в опросе приняли участие 657 респондентов в возрасте от 13 до 30 лет (57,7% - девушки, 43,3% - юноши). Анализ полученных результатов позволил выделить основные тенденции в формировании представлений подростков и молодежи о феномене наркомании.

Для 52% опрошенных молодых людей наркотики ассоциируются с негативными последствиями их употребления. Второе место по ассоциациям делят: ВИЧ/СПИД и конкретные наркотические вещества - кокаин, травка. На третьем месте - атрибуты наркомании (игла, шприц, доза) и удовольствие, получаемое от употребления наркотиков (эйфория, кайф). Подобное соотношение взглядов на наркотики во многом объясняется каналами получения молодежью информации о наркосодержащих веществах. О вреде наркомании подростки узнают из СМИ, а также в семье, от учителей и медицинских работников.

Восприятие наркомании как удовольствия, игры характерно для молодых людей в возрасте от 7 до 17 лет. В возрастных группах от 18 до 22 лет и от 23 до 30 лет наблюдается устойчивая тенденция снижения позитивной оценки употребления наркотиков, наркомания представляется как тяжелое заболевание, ведущее к негативным последствиям.

Несколько иначе дети, подростки и молодежь относятся к людям, употребляющим наркотики, наркотизации общества в целом. Более трети респондентов отчасти согласны с тем, что употребление наркотиков – это часть современного образа жизни, 6% полностью согласны с этой оценкой. Почти половина респондентов (42,2%) полагает, что употребление наркотиков – это личное дело каждого, а 79,6% респондентов считают, что опасно употребление даже легких наркотиков.

Расстановка оценок, полученных в результате опроса, свидетельствует о наличии, с одной стороны, негативного отношения к наркотикам и отрицании даже легких наркотических средств, а с другой – о дистанцировании молодежи от решения данной проблемы, допущении употребления наркотиков другими людьми. Принимая наркотики как данность, стиль современной жизни, молодые люди стремятся уйти от ответственности по решению проблемы наркотизации общества. Следствием этого является пассивность молодежи при организации и проведении антинаркотических мероприятий. Толерантные оценки наркомании в большей степени присущи подросткам. В возрастной группе от 13 до 17 лет более половины респондентов либо полностью согласны с тем, что наркотики – это личное дело каждого, либо отчасти разделяют это утверждение.

Люди, употребляющие наркотики, оцениваются респондентами в негативном ключе. В частности, 34% опрошенных считают наркоманов больными людьми, 27% – эмоционально неустойчивыми личностями, 15% респондентов не видят у наркоманов будущего. В целом, в сознании молодежи наркоман – это больной человек, имеющий психологические проблемы, склонный к девиантному поведению, не имеющий будущего. 5% опрошенных назвали наркоманов обычными людьми, 2% – современными личностями. Подобные оценки характерны для подростков в возрасте 13-17 лет.

Аналогичным образом респонденты оценивают и наркодилеров. Среди данных оценок преобладают негативные: преступники (52%), убийцы (20%), умственно неполноценные, психически ненормальные люди. Вместе с тем, четверть молодых людей, принявших участие в опросе, называет распространителей наркотических препаратов обычными людьми, которые зарабатывают деньги. В данном случае мы, скорее всего, имеем дело с определенным цинизмом современной молодежи, которая рассматривает даже криминальные каналы получения денег как средство улучшить свое материальное положение.

Т. о., в сознании молодежи Кировской области стереотип наркомании, наркомана, людей, распространяющих наркотики, обладает ярко выраженными негативными чертами. Однако определенная категория респондентов, главным образом в возрастной группе от 13 до 17 лет, считает наркоманию современным образом жизни, личным делом каждого человека, а людей, торгующих наркотиками, – обычными людьми, зарабатывающими деньги.

Несмотря на негативный ассоциативный образ наркомании, молодежь фактически допускает употребление наркотиков «другими людьми», не имеющими отношения к ним. Более 40% опрошенных считают, что наркомания – это личное дело каждого. В результате пассивная позиция молодежи в вопросах борьбы с наркоманией создает благоприятные условия для продолжения наркотизации общества. Поэтому необходима целенаправленная работа по разрушению самоизо-

ляции молодых людей от проблемы наркомании, по созданию у молодежи активной жизненной позиции через привлечение подростков к участию социальных акциях и проектах.

К.А. Фиофанова

ИГРОВАЯ АДДИКЦИЯ И СОЦИАЛЬНОЕ ВЗРОСЛЕНИЕ ПОДРОСТКОВ

Гуманитарный лицей (Ижевск, Удмуртия, РФ).

Многие родители, педагоги, ученые ругают компьютерные игры, но все равно покупают их своим детям. Этого добиваются всемогущие производители программного обеспечения. В современный период около 70% российских школьников в числе своих главных увлечений называют компьютеры. Компьютерные игры (киберспорт, виртуальные браки) – часть все той же транснациональной массовой культуры. Рынок компьютерных игр в России вполне созрел. Российские игры завоевывают признание в мире — «Ил-2: Штурмовик» и «Фланкер» - лучшие авиасимуляторы современности, а «Демидурги» уверенно лидируют в чартах продаж Америки и Европы. Ежегодно в России покупается видеоигр на 150-200 млн. долларов. Производители компьютерных игр – сильные игроки на виртуальном поле, и ограничить экспансию индустрии виртуальных игр в ближайшее время маловероятно. Важно поразмыслить: почему?

На основе анализа игровой продукции, исследования 126 аннотаций к играм типа «3DAction» EverQuest, RPG, представленных на сайтах интернет-магазинов, сопоставления этих данных с рейтинговыми выборами значимости сюжетов игр подростками, результатами изучения их мотивов взросления, мы предположили, что популярность компьютерных игр в подростковой среде обусловлена эксплуатацией игровыми продюсерами чувства взрослости.

Существуют разные жанры и сюжеты игр: RPG, стратегии, экшны от 1-го лица, экшны от 3-го лица, флешки, авиасимуляторы, экономические стратегии, квесты и т. д. Флешки — очень маленькие и разнообразные игры, пользующиеся большой популярностью. Квесты — это сюжет логической игры. Экшны от 1-го лица (они же дум-игры) — сюжет стрелялки, где предстоит все увидеть глазами главного героя. Экшны от 3-го лица — то же самое, только камера постоянно держится за спиной главного героя. Авиасимуляторы — игры, в которых можно летать на самолетах. В RPG-играх можно создавать и улучшать своего персонажа и жить в выдуманном мире: «Doom», «Red Storm».

Стратегии — это игры, где становишься генералом и управляешь целой армией — ведешь войны и т. д.. Сюжет с экономической стратегией — игры, в которых предстоит влезть в шкуру бизнесмена. Стратегические игры — не просто деятельность: это деятельность конструирования миров. Конструирование миров — процесс создания образа мира в человеческой психике. Стратегические игры неоднородны: одни предлагают только мир, другие — войну, третьи — и то, и другое одновременно. В мирном жанре: «SimCity -2000», «SimTower», «Sim-City-3000». Для военного жанра наиболее типична игра «Warhammer: Dark Omen». Стратегическая игра состоит из ряда уровней. В мирных играх основной показатель качества игры — численность населения. Когда он превышает заранее заданное для данного уровня число, у игрока появляется возможность использовать дополнительные виды фигур. В военных играх главный показатель — разгром врага. Если игроку удастся этого достичь, он получает новую доску с другим рельефом

местности и более мощные фигуры. Игры, объединяющие войну и мир, требуют сначала построить инфраструктуру для армии, а уже потом уничтожать врага. Стратегические игры обладают значимостью для подростков с нереализованной потребностью в антиципации.

Характерной чертой взросления является мотивация к антиципации (предвосхищению), прогнозированию последствий возможных действий. Формирование временной перспективы используется продюсерами виртуальных игр как нереализованная в реальном мире потребность подростков. Общество с его «финансовым кризисом», типичные школы с режимом повелительного наклонения в пространстве «здесь и сейчас» не удовлетворяют данной потребности подростков.

Игры типа «gole game» применяют уже не одно десятилетие — так называются игры, моделирующие разнообразные бытовые и производственные ситуации. Каждый персонаж имеет определенное количество жизненных ресурсов, умений, свойств и, самое главное, обладает уникальным характером, исходя из которого и должен действовать. На базе многих таких RPG уже созданы популярные компьютерные «геймы».

Как сконструированный мир, любая популярная компьютерная игра имеет собственную физику пространства, искусственную историю, оригинальную философию, этику и мораль. Игры дают возможность игроку активно действовать в сконструированном мире. Чем-то это похоже на карнавал, но только степень свободы «смены масок» выше. В реальном мире этим мотивам взросления подростков удовлетворяет только социальное проектирование. Но в тех образовательных пространствах, где оно не освоено или не практикуется педагогически, этот мотив подростков не реализован, поэтому эксплуатируется компьютерной индустрией.

Иной вид RPG — LARP, это «полигонными» игры в средневековых одеяниях, при мечах, топорах, луках. Компания Sony создала особый портал Everquest, где можно играть в сложную ролевую игру по героическому сюжету. В Everquest играют более 350 тыс. человек (они платят 20 долларов в месяц за право участия в этой игре).

Очевидно, героики недостаточно в обыденной жизни подростков: эталоны героев ушли со школьных стен, клятвы не звучат на торжественных линейках. Мотивация героизма — это стремление к идеализированной форме, которую ищет подросток со свойственным ему максимализмом.

Квесты получили свое название от компьютерной игры «King's Quest», которая переводится на русский язык — «Королевское поручение». В таких играх король отправляет героя в путешествие, в ходе которого ему предстоит преодолеть все препятствия и вернуть похищенное злодеем сокровище. Путешествие складывается из собирания различных предметов, с помощью которых решаются всевозможные трудные задачи. Квест основан на одном из любимых занятий подростков — разгадывании загадок. Человеческую потребность раскрывать тайны давно используют театр, кинематограф и литература, создав на ее основе детективный жанр. И искусство, и литература могли предложить только пассивное участие в этих играх. Компьютер поднял их на новый уровень. Игрок, в отличие от читателя или зрителя, разгадывает загадку сам, без помощи патера Брауна или Шерлока Холмса. На каждый свой шаг игрок получает реакцию. Квест дает обратную связь.

Т. о., реализуется важная подростковая задача — освоение жизненных моделей поведения. Эта модель соотносится с жизненным циклом подростка: призыв к путешествию — родительское желание о выборе профессии; путешествие по «древу мира» — поиски смысла жизни; драконоборство — борьба со злом.

Квесты предоставляют основные, жизненно важные социальные роли, которые отрабатываются при встрече с так называемыми помощниками или дарителями волшебных предметов. Получение волшебного предмета состоится, если подросток нашел верные слова при встрече. При знакомстве с разными персонажами отрабатываются и собственные роли героя.

Эксплуатация мотива заключается в том, что «привязка» к удачному сценарию в игре не всегда достойна в реальности. Тогда, чувствуя свою успешность в виртуальном мире, подросток позволяет продюсерам игры использовать свои не реализованные возможности.

У компьютерных игр есть замечательная продюсерская «приманка» - достичь победы можно простейшим повторением действия *ad infinitum*. Сколько таких «*ad infinitum*» будет совершено подростком и каковы особенности эксплуатации мотивов взросления виртуальными играми, предстоит изучить более подробно.

И.А. Хрущ, Н.Н. Костеневич

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ

Белорусский государственный медицинский университет (Минск, Республика Беларусь).

Среди причин возникновения и развития наркомании чаще всего называют особенности характера, психические и физические расстройства, влияние различных социальных факторов. В Европе и Америке наркомания получила широкое распространение во время молодежной культурной революции 1960-х. Именно с этого времени данное явление становится серьезной социальной проблемой. Несмотря на все усилия, предпринимаемые международным сообществом, наркомания остается серьезной медицинской и социальной проблемой для большинства стран мира.

Сегодня Беларусь находится на перекрестке резко возросших параллельных потоков наркотиков. Героин, марихуана, гашиш поступают транзитом через Республику из Афганистана, Юго-восточной и Средней Азии в страны Западной Европы. В обратном направлении наблюдается поток синтетических наркотических и психотропных веществ. В связи с этим в настоящее время в Республике Беларусь отмечается прогрессивный рост немедицинского потребления психоактивных веществ.

По данным наркологической службы Министерства здравоохранения, количество зарегистрированных наркопотребителей за последние 5 лет увеличилось на 52,5%. Эпидемиологические исследования наркологической ситуации в Беларуси указывают на снижение среднего возраста потребителей, а также увеличение доли «тяжелых» наркотиков и повышение их доступности. На наркологическом учете в республике состоят 11,5 тыс. человек, более 7 тыс. из них страдают от зависимости. Около 80-90% наркозависимых употребляют опиоиды.

Целью этой работы являлось выявление некоторых социальных и психологических аспектов опиоидной наркомании в Республике Беларусь.

Задачи:

- 1) выявить наличие акцентуации личности у больных наркоманией;
- 2) определить гендерные различия акцентуаций личности у пациентов с наркоманией;

3) определить типы акцентуации личности у лиц с различным стажем наркопотребления;

4) установить средний возраст начала наркопотребления;

5) выявить особенности влияния семейного положения и наличия детей на характер течения заболевания;

Материалы и методы: Были проанализированы 70 медицинских карт стационарных больных, находящихся на лечении в 37 наркологическом отделении Республиканского научно-практического центра «Психического здоровья» с клиническим диагнозом: состояние отмены опиоидов, синдром зависимости от опиоидов, активная зависимость.

Для определения типа акцентуации применялся тест Леонгарда-Шмишека, который был проведен среди 50 пациентов того же отделения.

В зависимости от стажа наркопотребления были выделены 3 группы:

от 1 до 5 лет – 19 человек;

5-10 лет – 16 человек;

более 10 лет – 15 человек.

Наиболее заметные различия в этих группах наблюдались по демонстративному и возбудимому типам акцентуаций.

Выводы:

1) Акцентуация характера была выявлена в 100% случаев. Чаще всего выявлялись эмотивный и экзальтированный тип акцентуации, что свидетельствует о чрезмерной важности эмоционального компонента жизни для таких людей. Стремление же получить эмоциональный комфорт и потребность постоянного поддержания достаточно высокого эмоционального уровня могло стать одним из факторов развития наркомании.

2) С увеличением стажа наркопотребления происходит усиление акцентуации характера по возбудимому типу, что свидетельствует о возрастающей социальной дезадаптации этих лиц.

Наркопотребление при максимальной выраженности демонстративной акцентуации на ранних этапах заболевания, по-видимому, может служить серьезным триггером для развития психопатии истерического круга.

3) При анализе стажа заболевания, было установлено, что практически все респонденты начали употреблять наркотики в возрасте от 17 до 20 лет, т. е. в период начала обучения в учебных заведениях.

4) Наличие семьи не является сдерживающим фактором в употреблении наркотиков, т. к. в большинстве случаев закономерны либо разрыв семейных отношений, либо наркотизация второго из супругов. Однако важно отметить, что наличие у пациентов детей, по-видимому, является мощным мотивационным аспектом прекращения употребления наркотиков, о чем свидетельствуют длительные периоды ремиссий в анамнезе, хотя и недостаточным для полного прекращения наркопотребления.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОГО ИГРОВОГО
ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
И ИХ НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ³**

Ивановская государственная медицинская академия (Иваново, РФ).

Данное сообщение является фрагментом исследования, посвященного изучению игрового поведения молодежи. По специально разработанной анкете мы опросили 1054 учащихся различных учебных заведений (в возрасте от 8 до 18 лет), в том числе студентов ВУЗов – 248 человек, учащихся училищ и техникумов – 253 человека, учащихся школ с 1 по 5 класс – 295 человек, учащихся с 6 по 11 класс – 258 человек. Для подтверждения достоверности полученных результатов проводилось повторное выборочное анкетирование (100 человек) и анкетирование в г. Ярославле (100 человек). Повторное исследование проводилось спустя 1 месяц по сокращенной анкете и показало, что данные идентичны полученным ранее, что свидетельствует об их достоверности. Ярославль был выбран для сравнительного анализа с целью выяснения влияния закрытия игровых азартных заведений на распространенность и особенности игрового поведения молодежи. В Иванове игровые клубы были закрыты более года назад, тогда как в Ярославле они на момент анкетирования еще функционировали. Полученные данные показали идентичность данных Ярославля и Иванова. В частности, вовлеченность несовершеннолетних в азартные игры не различалась, что можно объяснить тем, что в последние годы игровые автоматы сосредоточились в игорных клубах, куда несовершеннолетним доступ запрещен.

Игровая деятельность на компьютере достаточно распространена среди обследованного контингента (68,3%). Среди младших школьников играющих больше (81,7%) по сравнению со студентами ВУЗов (57,3%) и учащимися училищ (64,2%). К группе риска по развитию компьютерной игровой зависимости (критерии: занятие игрой ежедневно или практически каждый день в среднем 3 и более часов и способность непрерывно играть 6 и более часов) были отнесены 7,1% учащихся мужского пола и 0,6% учащихся женского пола. Из числа лиц, включенных в данную группу, 22,2 % одновременно характеризовались злоупотреблением алкоголем (аддитивное поведение), а 21,3% имели опыт употребления наркотиков. Доля лиц без признаков аддитивного поведения (игрового или связанного с употреблением ПАВ) – контрольная группа – составила 31,5% от общего числа респондентов, при этом среди учащихся женского пола этот показатель составил 73,7%.

Из общего числа респондентов более трети (36,9%) когда-либо играли в азартные игры на деньги. С возрастом не игравших в азартные игры становится все меньше: так, если среди младших школьников играла почти треть опрошенных (27,5%), то в училище уже каждый второй (47,8%) имеет такой опыт. Играющих в азартные игры больше среди лиц мужского пола (43,0%) по сравнению с женским (31,7%).

Самой популярной азартной игрой была игра в карты (16,3%), на втором месте приобретение лотерейных билетов (11,6%), на третьем – пари на деньги (9,0%) и на четвертом – игровые автоматы (6,0%).

³ При написании статьи использовались средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента РФ от 14 апреля 2008 г. № 192-рп.

Треть опрошенных посещала раньше (23,9%) или посещает сейчас (8,8%) игровые клубы, при этом основной мотивацией посещения была игра в компьютерные игры (77,9%), особенно это характерно для младших школьников (89,4%). Игра на деньги в клубах является редкостью и в основном характерна для учащихся училищ. В среднем в клубе дети проводят 2-3 часа. Чаше посещают компьютерные клубы младшие школьники (14,2%), а относительно реже других – учащиеся ВУЗов (4,4%).

Треть опрошенных иногда (30,7%) или постоянно (6,0%) испытывает назойливое желание поиграть. Данное желание относительно чаще испытывают младшие школьники (51,2%), в особенности лица мужского пола. Можно предположить, что у тех, кто испытывает его постоянно, происходит формирование психологической зависимости.

Большинство респондентов считает, что игры снижают учебную успеваемость (46,6%), с возрастом увеличивается количество придерживающихся этого мнения. Показательно, что мнение о положительном влиянии игр на учебную успеваемость высказывают в основном младшие школьники (8,8%). Среди них также относительно много тех, кто затруднился с ответом (29,2%). Наиболее критично к играм относятся студенты ВУЗов, что, видимо, отражает их более высокий интеллект и более богатый жизненный опыт.

Респондентам было предложено определить три наиболее важные жизненные ценности из перечисленных 12 (интересная работа; счастливая семейная жизнь; познание; любовь; здоровье; материально обеспеченная жизнь; наличие хороших друзей; активная и деятельная жизнь; уверенность в себе; красота природы и искусства; творчество; свобода, независимость в поступках). Для контрольной группы наиболее важными оказались следующие: здоровье, счастливая семейная жизнь и стремление к познанию, а для группы риска: материально обеспеченная жизнь, свобода и независимость в поступках, уверенность в себе.

Наш опыт показал, что проблемные игроки очень редко обращаются за помощью к специалистам. При этом развитие игровой зависимости еще больше снижает мотивацию обращения. Причинами этого являются недостаточная осведомленность населения о негативных последствиях игрового поведения и использование родителями компьютерных игр как способа манипулирования поведением ребенка (попытка добиться желаемого поведения, лимитируя время игр). Кроме того, занятия за компьютером избавляют родителей от необходимости принимать участие в структурировании времени их детей. Отсутствие диагноза компьютерной игровой зависимости в МКБ препятствует своевременной диагностике и оказанию необходимой помощи больным.

Т. о., важнейшей задачей противодействия распространению компьютерной игровой зависимости является своевременное информирование населения о ее последствиях, а также включение этого вида патологии в международную классификацию болезней в качестве самостоятельной нозологической единицы.

**ПОЗНАВАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ
С МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ
КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЗАВИСИМОСТИ**
**Санкт-Петербургская Академия постдипломного педагогического обра-
зования (Санкт-Петербург, РФ).**

Обучение и воспитание детей с минимальной мозговой дисфункцией (ММД) является одной из актуальных задач современного общества. Согласно проведенным в школах Санкт-Петербурга исследованиям, в начальных классах выявляется около 13-30% детей с ММД, которые испытывают специфические трудности в обучении и поведении, социальном функционировании, обусловленные их неврологическим статусом. В настоящее время предупреждение нарушений социально-психологического развития ребенка в образовательной среде направлено в первую очередь на воспитание гармоничной, успешно социализированной личности. При этом личность рассматривается как динамическое единство трех ее взаимодополняющих компонентов: эмоционального, когнитивного, поведенческого. Развитие личности детей с ММД характеризуется неравномерностью в формировании каждого из трех компонентов личности. Особенности личностного реагирования проявляются в проблемах общения со взрослыми и сверстниками, неудачах в учебе. Ведущим мотивом деятельности является стремление к избеганию неудач, нарушается самооценка, возникают эмоциональное напряжение, повышенная тревожность, появляется неуверенность в себе – эти негативные последствия не только могут затруднить социализацию ребенка, но и в неблагоприятных условиях выступить в качестве факторов риска приобщения к наркотическим и другим психоактивным веществам (ПАВ).

Групповая психологическая работа с младшими школьниками с ММД и их матерями по программе «Профилактика психосоматических расстройств и девиантного поведения» младших школьников с ММД», проводимая в Центре психолого-педагогического медико-социального сопровождения Невского района Санкт-Петербурга с 2000 г. (более 200 детей и их матерей), доказала свою эффективность. Данная форма работы является частью комплексного психолого-педагогического медико-социального сопровождения наряду с индивидуальным психологическим консультированием и медицинской помощью.

Как показывает опыт работы, полностью оправдана стратегия, направленная на всестороннее развитие эмоционального, когнитивного, поведенческого аспектов личности в процессе специально выстраиваемого межличностного взаимодействия со сверстниками и взрослыми, ведущими занятия. Групповая работа способствует развитию социальных навыков и приобретению опыта разрешения специфических возрастных проблем с учетом особенностей нервно-психического реагирования. При этом наибольшее значение уделяется развитию и модификации когнитивного компонента как эмоциональной, так и поведенческой сфер личности младших школьников. Акцент на работе с эмоциональной составляющей личности направлен на формирование способности распознавать собственные эмоции, управлять ими, понимать эмоциональные состояния окружающих сверстников и взрослых. Благодаря распознаванию и анализу своих эмоциональных свойств и способов реагирования развиваются самосознание, способность к пониманию себя и других, происходит овладение навыками самопомощи и восприятия социальной поддержки. Развитие способности младших школьников анализировать свои поступки, оценивать свое поведение и эмоциональное состояние является значимым

фактором защиты к возможному некритичному отношению к наркотизации. Интеллектуальная рефлексия методов, способов и приемов собственной интеллектуальной и игровой деятельности позволяет увидеть свое мышление и действия «со стороны» за счет расширения поля осознаваемых элементов мышления и деятельности, а так же помех и затруднений в конкретной ситуации, найти способы их преодоления. Формируя способность к рефлексии с опорой на интеллектуальную сферу, особое внимание следует уделить развитию критического мышления. Наряду с уверенностью в себе, навык критически и концептуально мыслить является основой способности противостоять наркогенному социальному давлению.

В данной программе когнитивное развитие младших школьников с ММД фокусируется на изменениях Я-концепции и формировании зрелого стиля мышления, влияет на развитие навыков преодоления проблем и межличностной эффективности. Негибкость и ограниченность поведенческих стратегий в большинстве случаев сменяется более адекватными творческими и эмпатическими навыками в последующем. Формирующиеся в результате развития когнитивных процессов самоуважение и личностная эффективность создают возможность адекватно реагировать на стрессовые ситуации и справляться с ними, ведут к формированию высоко функционального поведения. Способность формировать альтернативные объяснения и рассматривать различные перспективы приводит к социальной адаптации и способности разрешать проблемы взросления.

Согласно R. Lazarus (1984, 1987) и A. Bandura (1997), в транзакционной теории копинга и в теории социального научения, копинг и адаптация являются продуктом множества взаимодействий между личностью и средой, их когнитивных и поведенческих последствий. Вследствие этого процесса происходит постоянное социальное научение и вырабатывается когнитивный и поведенческий стиль личности, который впоследствии формируется как жизненный стиль. Эти основания позволяют доказательно утверждать, что развитие когнитивного компонента процесса адаптации личности младших школьников с ММД в социальной среде является одной из важнейших целей построения профилактических программ анти-наркотической направленности.

Т. о., для профилактики психосоматических расстройств, подростковой преступности, табакокурения, алкоголизма и наркомании необходимо уже в младшем школьном возрасте целенаправленно активизировать познавательную деятельность детей с ММД, опираться на когнитивный компонент в процессе формирования навыков здорового образа жизни, духовно-нравственных ценностей, в решении эмоциональных проблем и преодолении трудностей в обучении и поведении.

Х.М. Азимова

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГИПОКСИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МАТЕРЕЙ ГРУППЫ РИСКА

Наманганский областной психоневрологический диспансер (Наманган, Узбекистан).

Гипоксические состояния новорожденных чаще возникают у тех детей, матери которых относятся к группе повышенного или высокого риска: «старые первородящие» с нарушениями репродукции, женщины с патологически протекающей беременностью, фетоплацентарной недостаточностью. Внутриутробная и интранатальная гипоксия, нарушая развитие плода, обуславливает наряду с перинатальной смертностью до 70% детской инвалидности, ведущее место в структуре

которой занимают психические расстройства, в 56% случаев носящих врожденный характер Психическая отсталость и неблагоприятное постнатальное развитие ребенка, перенесшего гипоксию, возможно, связана с более серьезной пренатальной патологией, воздействием вредоносных факторов в антенатальном периоде, во время родов и в первые дни после рождения.

Цель исследования: исследовать частоту и степень развития гипоксических состояний у новорожденных детей от женщин групп риска в зависимости от степени отягощенности соматического, гинекологического анамнеза и течения родов обследованных женщин.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной задачи в г. Намангане было проведено исследование частоты развития гипоксических состояний у новорожденных детей от женщин группы риска, выявленных при массовом скрининге с отклонениями уровня АФП ниже 0,5 МОМ (1 группа - 476 новорожденных) и выше 2,5 МОМ (2 группа - 471 новорожденный) в сыворотке крови при отсутствии видимых пороков развития у плода. В контрольную группу вошел 471 новорожденный, родившийся от матерей с нормальным содержанием АФП в циркуляции, родивших в том же временном интервале, что и женщины основных групп. Уровень гипоксии у детей оценивался по шкале Апгар.

Результаты и обсуждение. Изучение соматического статуса исследуемых женщин выявило большое число различных сочетаний соматической и гинекологической патологии. В зависимости от степени отягощенности соматического, гинекологического анамнеза и течения родов, исследуемые женщины основной и контрольной групп условно были разделены на 4 подгруппы:

1 подгруппа – 314 (66,1%) женщин основной и 352 (75%) контрольной групп - здоровые молодые женщины с соматическими и гинекологическими заболеваниями в анамнезе, но благоприятно протекавшей беременностью и родами - подгруппа здоровых матерей;

2 подгруппа- 128 (26,8%) женщин основной и 104 (22%) женщины контрольной групп с соматическими и гинекологическими заболеваниями в период беременности и родов, но с относительно благоприятным их течением - подгруппа низкого риска;

3 подгруппа - 22 (4,6%) женщины основной и 14 (3%) женщин контрольной групп с выраженной соматической и гинекологической патологией, с патологически протекавшей беременностью и родами - подгруппа повышенного риска;

4 подгруппа – 13 (2,5%) женщин основной группы с патологически протекавшей беременностью, неоднократными угрозами прерывания - подгруппа высокого риска.

Клинические проявления гипоксии у детей матерей группы риска прямо коррелировали со степенью отягощенности соматического, гинекологического и акушерского анамнеза матерей.

У 314 (66,1%) детей матерей основной группы и 352(75%) детей контрольной группы в подгруппе здоровых матерей оценка по шкале Апгар превышала 7 баллов.

У 128 (26,1%) детей матерей основной группы и 104 (22%) детей матерей контрольной группы в подгруппе низкого риска отмечалась легкая степень гипоксии. Состояние ребенка было тяжелым лишь в первые часы жизни, оценка ребенка по шкале Апгар составляла 7 баллов. Состояние новорожденных быстро улучшалось и на 3-4 день становилось удовлетворительным.

У 22 (4,6%) детей матерей основной группы и 14 (3%) сравниваемой группы в подгруппе повышенного риска отмечалась гипоксия средней тяжести. Оценка по шкале Апгар после рождения не превышала 5-6 баллов.

У 13 (2,5%) детей матерей основной группы в подгруппе высокого риска отмечались тяжелые поражения ЦНС, оценка по шкале Апгар после рождения 1-4 балла. У 65% детей этой группы отмечался высокий порог стигматизации, свидетельствующий о нарушении внутриутробного развития. Обращал на себя внимание факт явного преобладания асфиксий средней и тяжелой степени среди детей матерей группы риска.

ВЫВОДЫ. Клинико-статистический анализ показал, что дети с гипоксическими состояниями чаще рождаются у матерей с отягощенным соматическим, гинекологическим и акушерским анамнезом, что, возможно, предопределяет исход родов и состояние новорожденного и в определенной степени служит факторами риска нарушения психического развития.

И.А. Аринцина

О ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ МАТЕРЕЙ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ОПЕРИРОВАННЫХ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ

Санкт-Петербургский государственный университет, факультет психологии, кафедра социальной адаптации и психологической коррекции личности; ГУЗ «Детская городская больница № 1» (Санкт-Петербург, РФ).

Несмотря на совершенствование методов внутриутробной диагностики пороков развития, частота патологии новорожденных, требующей хирургического вмешательства, не имеет тенденции к уменьшению. При этом результаты лечения улучшаются, о чем свидетельствует снижение летальности в данной группе пациентов. К настоящему времени накоплен значительный опыт лечения и реабилитации пациентов после оперативного вмешательства и интенсивной терапии в период новорожденности, проведены исследования последствий для развития у детей разного возраста и взрослых. Выявлены нарушения соматического, психологического, психосоциального функционирования детей, особенности семейных отношений.

Устойчивый интерес к изучению развития детей раннего возраста связан с чрезвычайно важным влиянием раннего периода (и возникающих в нем нарушений) на все последующее развитие человека. Исследования в области психологии младенческого и раннего возраста позволяют понимать раннее развитие не только как процесс развертывания врожденных программ развития психических функций, но и с позиции системных представлений о развитии ребенка в процессе психологического взаимодействия с близким взрослым. Достижения психологической науки последних лет позволяют проводить изучение раннего развития в непосредственном наблюдении за взаимодействием ребенка и близкого взрослого с использованием видеозаписи и последующим ее анализом.

В 2005 г. факультетом психологии СПбГУ и СПбГУЗ «Детская городская больница №1» был осуществлен совместный проект изучения психического развития детей раннего возраста (средний возраст $13,8 \pm 0,3$ мес.), оперированных в период новорожденности преимущественно по поводу врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта и брюшной стенки. Также исследовались различия взаимодействия этих матерей и детей (группа 1) и взаимодействий матерей

и здоровых детей раннего возраста (средний возраст $14,2 \pm 0,4$ мес., группа 2). Были использованы методика оценки психического развития детей Баттелл (Newborg et al., 1984), видеометодики оценки психологического взаимодействия родителя и ребенка (Clark, 1985) и оценки эмоций на лицах ребенка и матери (Osofsky et al., 1998), методы статистического анализа данных.

Результаты исследования показали снижение среднегрупповых значений уровня развития оперированных детей по сравнению со здоровыми детьми по всем разделам методики Баттелл: личностно-социальному ($p=0,001$), адаптивному ($p=0,010$), двигательному ($p<0,001$), коммуникативному ($p=0,004$), познавательному ($p=0,006$) развитию, а также по общему баллу ($p<0,001$). При анализе темпа развития детей было выявлено, что в группе 1 с возрастом происходит изменение показателей развития в моторной и познавательной областях (в них развитие в большей степени обусловлено развертыванием врожденных программ и последовательным созреванием структур ЦНС). При этом возрастные изменения в личностно-социальной, адаптивной и коммуникативной областях (в которых развитие в большей степени связано с характеристиками первичного социального окружения, в том числе, качеством взаимодействия ребенка и матери) отсутствуют. В группе 2 наблюдалось изменение показателей развития с возрастом по всем разделам методики.

Результаты сравнения характеристик родительско-детского взаимодействия показали, что существует снижение характеристик взаимодействия в группе 1, причем различия обусловлены снижением детских характеристик взаимодействия ($p=0,026$): у оперированных детей ниже интенсивность эмоционального состояния, они меньше проявляют адаптивное поведение, имеют меньший уровень активности и меньше коммуникативных проявлений, чем их здоровые сверстники. Результаты сравнения эмоций и поведения матерей и детей в различных ситуациях взаимодействия между группами свидетельствуют, что дети, перенесшие операцию в период новорожденности, по сравнению со здоровыми сверстниками проявляют больший уровень дистресса уже в ситуации свободной игры ($p=0,027$). Они реагируют на фрустрацию (при первом разлучении) меньшим снижением позитивного эмоционального тона (демонстрируют феномен ложно-позитивного аффекта, $0,007 < p < 0,02$), а в ситуации второго воссоединения (после максимальной фрустрации, связанной со вторым разлучением с матерью) проявляют больший уровень агрессии, направленной на человека и объекты, и в целом больший уровень дизадаптивного поведения ($p=0,006$). Матери детей, перенесших операцию, отличаются нарушением поведения и тенденцией к проявлению более негативного эмоционального тона в свободной игре, а также меньшим проявлением радости и позитивного эмоционального тона при встрече с детьми после второго разлучения. Т. е. дети и матери экспериментальной группы находятся в менее благополучном эмоциональном состоянии в ситуациях взаимодействия.

Полученные результаты могут служить эмпирическим основанием для создания научно обоснованных программ раннего семейно-центрированного сопровождения ребенка и матери как при нахождении в отделении патологии новорожденных, так и после выписки из больницы, для снижения риска нарушения развития у детей.

Ссылки на методики:

1. Clark R. The parent-child early relational assessment. Madison, 1985. - 36 p.
2. Newborg J. et al. Battell Developmental Inventory with Recalibrated Data and Norms. The Riverside Publishing Company. 1984. - 160 p.

3. Osofsky J., Muhamedrahimov R., Hammer B. Dyadic Affect Manual. 1998, unpublished manuscript.

В.Б. Гафарова, Л.М. Колпакова

**ОСОБЕННОСТИ НАПРАВЛЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БЕРЕМЕННОЙ
ЖЕНЩИНЫ В АСПЕКТЕ ИЗУЧЕНИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ**
**Академия социального образования, Казанский социально-
юридический институт, кафедра общей психологии (Казань, Татарстан, РФ).**

Актуальность изучения проблемы женской идентичности обусловлена тем, что в наши дни материнство, занимая незначительное место в иерархии ценностей женщины, оттесняется иными ценностями: профессиональными, поиском материального благополучия и пр. (Почиталина И.В., 2003). Важная роль в процессе готовности к материнству принадлежит мотивационно-ценностному единству личности будущей матери, ее личностной направленности, обусловленной рождением и воспитанием ребенка (Васина А.Н., 2005). Обзор литературы показывает, что на сегодняшний день изучение феномена идентичности, при всем многообразии исследовательских подходов, остается одним из самых спорных и актуальных (Малахов В.С., 1998). В психологии беременность рассматривается как критический период жизни женщины, стадия полоролевой идентификации, особая ситуация ее социально-психологической адаптации (Ирецкий А.Н., 2007; Хорни К., 2002). По мнению Г.Г. Филипповой (1999), беременность является «критической точкой в развитии женской идентичности». Если исходить из определения, согласно которому самоидентичность (личная идентичность) – это единство и преемственность целей, мотивов и смысловых установок, то можно предложить исследовать особенности прохождения перинатального этапа с позиции изучения направленности личности женщины и формирования ее идентичности. Нами было предпринято исследование с целью проверить предположение о том, что ценностно-смысловая направленность личности беременных женщин детерминирована некоторыми социально-демографическими условиями жизнедеятельности, в том числе уровнем образования женщин. В исследовании приняли участие 100 беременных женщин, опрошенных в различных медицинских учреждениях г. Казани. В число выборки входили женщины разного социального статуса: студентки, работающие, домохозяйки; имеющие высшее, среднее техническое и среднее специальное образование; замужние и незамужние женщины.

В ходе анализа полученных данных о социально-демографических условиях жизнедеятельности женщин выявлено: 1) *образование*: высшее образование имеют 58% женщин, среднее и среднее специальное – 42%; 2) *жилищно-бытовые условия*: 55% женщин имеют хорошие условия, 32% - удовлетворительные, 13% считают свои жилищные условия не удовлетворительными; 3) *материальную обеспеченность* 42% испытуемых расценивают как хорошую, 43% считают удовлетворительной, 15% - не удовлетворительной; 4) *родительская семья*: 15% опрошенных в детстве жили в неполной семье, 85% жили в полной семье.

Согласно анкетным данным: 1) *отношение к беременности*: 70% женщин считают свою беременность желанной и запланированной, 30% женщин – случайной; 87% женщин при обнаружении факта беременности обрадовались, 12% не ожидали, 6% узнав о своей беременности испугались; 12% женщин считают, что поспешили с решением стать матерью, 88% утверждают, что решение стать матерью является для них своевременным и осознанным; 2) *готовность к изменениям*:

10% испытуемых не готовы изменить свою жизнь в связи с рождением ребенка, 90% готовы пойти на любые перемены в своей жизни, вплоть до кардинальных; 3) *удовлетворенность своим положением*: удовлетворены 83% женщин, «не совсем» 17%.

Исходя из анализа можно сделать следующие выводы: 1) к вопросу иметь ребенка 70% женщин подходят рационально, беременность запланирована и желанна у 87%; 2) 85% женщин жили в полной семье с обоими родителями, что свидетельствует о положительном опыте родительской семьи.

Анализ особенностей идентификации беременных женщин показал, что женщин можно классифицировать по двум группам: 1 – те, кто надеется благодаря ребенку стать счастливее и ответственнее (88%); 2 – те, кто еще не готов иметь ребенка (12%). Сравнение социально-демографических характеристик у женщин в группах показало, что во второй группе женщины имеют не удовлетворительные жилищные и материальные условия жизни, по возрасту это более молодые респондентки, чаще студентки, по статусу – незамужние. Обобщая данные, можно констатировать, что современные женщины сознательно подходят к данному этапу своей жизни при условии удовлетворенности своей жизнью, на что указывают данные опроса (83%).

Согласно второй поставленной задаче выборка испытуемых была разбита на две подгруппы по уровню образования. В 1 вошли женщины, имеющие высшее либо незаконченное высшее образование (58%), во 2 – имеющие среднее или среднее специальное образование (42%). Обеим группам женщин был предложен перечень из 30 различных ценностей, которые необходимо было оценить по степени их значимости в жизни (по 5-балльной шкале). Полученные данные выявили, что в структуре направленности личностных предпочтений в обеих группах на *1-м месте* оказалась ценность *ребенка*. К данному блоку ценности относится здоровье будущего ребенка, его воспитание детей, общение с ним. Причем в группе женщин со средним образованием данная ценность оказалась выше (14,9%). На *2-м месте* в группе женщин с высшим образованием оказалась ценность *женского счастья* (14,5%). Потребность и желание женщины быть любимой своим мужем, нужной своим близким и родным является значимым параметром счастливой жизни. Если женщина чувствует себя значимой для своей семьи, то она также желает дарить любовь своим близким и будущему ребенку. Следует отметить, что в группе женщин со средним образованием эта ценность находится на *5-м месте* (12,9%), а *2-е место* занимает *здоровье* (13,8%). К этому блоку ценности относится собственное здоровье женщины, здоровье близких, здоровый образ жизни. В группе женщин с высшим образованием ценность здоровья оказалась на *3-м месте* (14,1%). На *3-м месте* в группе женщин со средним образованием расположилась ценность *семьи* (14%).

Всесторонняя *помощь в развитии ребенка*, создание таких условий, при которых его физиологические, эмоциональные и интеллектуальные потребности будут удовлетворяться в достаточной мере и на необходимом качественном уровне. Данная ценность в группе женщин с высшим образованием находится на *4-м месте* (13,3%). На *4-м месте* в группе женщин со средним образованием находится ценность *материальной обеспеченности* (13,1%). Для беременной женщины материальная обеспеченность семьи дает стабильность и уверенность в завтрашнем дне. В группе женщин с высшим образованием эта ценность расположилась на *5-м месте* (13,6%). На *6-м месте* в группе женщин с высшим образованием оказалась ценность *саморазвития* (12,4%), которая предполагает получение образования, расширение кругозора, желание совершенствоваться. Тогда как в группе

женщин со средним образованием эта ценность спустилась на 9-е место (10%). На 7-м месте в обеих группах оказалась ценность *работы*. Работа, по признанию самих женщин, в период ожидания ребенка теряет свою значимость, даже если до этого она занимала одно из ведущих мест в жизни женщин. Также на 7-м месте в группе женщин с высшим образованием находится ценность *отношений с людьми* (12,1%). Для беременной женщины особенно важно чувствовать свою причастность к другим людям, помощь со стороны людей, их доброжелательное отношение. В группе женщин со средним образованием данная ценность занимает 6-е место (11,3%). На самых низких позициях в обеих группах оказались ценности *дружбы, хобби*. Сами женщины объясняют это тем, что в данный момент жизни эти ценности являются для них не столь важными и поэтому они отодвигают их на второй план.

Т. о., очевидно, что социально-демографические условия жизнедеятельности женщин занимают важное место в готовности к материнству. У женщин, независимо от образования, наиболее важные ценности связаны с ребенком, семьей, здоровьем, женским счастьем, материальной обеспеченностью. Отличия ценностно-смысловой направленности касаются ценности саморазвития: у женщин со средним образованием по сравнению с женщинами с высшим образованием данная ценность находится на более низких позициях.

О.Ю. Гроголева, Л.И. Волошиненко ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ ОПЫТОМ ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА

Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского (Омск, РФ).

Настоящее эмпирическое исследование самосознания женщин, кормивших грудью и производивших искусственное вскармливание, основывается на предположении, что изменение в содержании деятельности женщины-матери может отражаться на перестройке процесса осмысления себя и понимания своей роли женщиной-матерью. В качестве теоретических подходов для проведения исследования самосознания женщин-матерей мы опирались на идеи о структурной организации самосознания, разрабатываемые В.В. Столиным, С.Р. Пантелеевым (1983), а также культурно-деятельностное, социально-историческое и психологическое понимание грудного вскармливания, разрабатываемое Ф. Дайкс (Dykes F., 2006).

Нами было предпринято исследование с целью определить особенности самосознания женщин, кормивших грудью и производивших искусственное вскармливание. Достижение цели предполагало решение следующих задач:

1. Сравнить количественные и качественные характеристики самосознания женщин, кормивших грудью и производивших искусственное вскармливание.
2. Выявить взаимосвязи между компонентами самоотношения и самооценкой женщин с разным опытом вскармливания ребенка.

Выборочную совокупность составили две группы женщин (общее количество 30 человек), 15 из которых производили грудное вскармливание и 15 – искусственное вскармливание ребенка.

В качестве методик исследования выступили: опросник самоотношения (Столин В.В., Пантелеев С.Р.), методика изучения самооценки личности (Будасси

С.А.), авторская анкета для отбора испытуемых и их последующего разделения их на две группы.

Необходимо отметить ряд ценных, на наш взгляд, результатов, полученных в ходе анализа данных анкетирования. Так, все женщины, имевшие опыт грудного вскармливания, проявили заинтересованность в исследовании материнского самосознания. В частности, они давали развернутые ответы на открытые вопросы анкеты. Например, они говорили о том, как готовились к грудному вскармливанию, как ощущали себя во время кормления. Кроме того, важно отметить, что женщины, кормившие грудью, указывали на удовлетворение от процесса грудного вскармливания. Однако женщины критически оценивали себя, что отражалось в обозначении не только того, что они дали ребенку, но и в указании на то, что они не смогли дать или «недали» ребенку в первые месяцы взаимоотношений с ним. Женщины, производившие искусственное вскармливание, проявили себя мало заинтересованными в исследовании, и в целом плохо шли на контакт. Многие женщины, применявшие искусственное вскармливание, критически относились к самому факту проведения исследования.

В ходе исследования были получены следующие результаты. Группу женщин, кормивших детей грудью, характеризуют значительно более высокие показатели по шкалам: «глобальное самоотношение», «аутосимпатия», «самопринятие» и «самопонимание». Группу женщин, применявших искусственное вскармливание, характеризуют значительно более высокие показатели по шкалам «самоуверенности» и «саморуководства».

Неадекватно завышенная (в том числе невротически) самооценка представлена в группе женщин, применявших искусственное вскармливание. В группе женщин, применяющих грудное вскармливание, показатели самооценки оказались более низкими и реалистичными ($U=64$ при $p=0,044$). По шкалам опросника самоотношения не было получено значимых различий между группами женщин, кормивших грудью и применявших искусственное вскармливание.

В ходе исследования комплексов взаимосвязанных показателей самосознания у групп женщин, кормивших грудью и применявших искусственное вскармливание, были получены следующие результаты.

Общими структурными элементами самосознания для обеих групп являются шкалы «глобальное самоотношение», «самоуважение», «аутосимпатия», «самоуверенность», «самопринятие», «самоинтерес», «самопонимание». Данные результаты позволяют говорить о наличии принципиально общих основ в организации самосознания обеих групп женщин, что свидетельствует о неразрывности материнского аспекта самосознания и общего самосознания женщины, которые развиваются и функционируют как одно целое.

Для системы самосознания женщин, кормивших грудью, характерно наличие узла обратных взаимосвязей со шкалой «самообвинение». В то время как в системе самосознания женщин, применявших искусственное вскармливание, данный узел не имеет принципиального значения. Выявленная система взаимосвязей может быть объяснена опытом ответственности кормящих женщин за особые отношения с ребенком, а также за процесс кормления грудью, что подтверждается и результатами проведения анкеты, описанными выше.

В заключение необходимо отметить, что проведенное исследование в силу недостаточной разработанности рассматриваемой проблематики, а также небольшого числа выборки, должно рассматриваться скорее как пилотажное. Необходимо дальнейшее, более обширное и углубленное изучение особенностей самосознания женщин, осуществляющих грудное вскармливание.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

РГПУ им. А.И. Герцена, кафедра клинической психологии (Санкт-Петербург, РФ).

В связи с существенным ухудшением здоровья беременных и рожениц в последнее десятилетие в России более чем в два раза увеличилась частота осложнений при родах. Лишь 30% родов протекают нормально. Состояние многих беременных характеризуется неустойчивым гомеостазом, напряженными процессами адаптации, балансированием на грани между здоровьем и болезнью. У 70% первородящих женщин выявляются нарушения психического состояния.

С позиций анализа беременности как условия развития ребенка исследуются особенности психического состояния женщин в беременности, влияющие на развитие ребенка. В первую очередь это наличие стрессов, депрессивных состояний, психопатологических особенностей, их возникновение и обострение в различные периоды беременности. Показано, что наиболее опасны для развития ребенка стрессы, депрессивные эпизоды и т. п. во втором и третьем триместрах беременности. Усиление к концу беременности депрессивных состояний прогностично для возникновения как послеродовых депрессий у матери, так и психических нарушений у ребенка. Анализ литературы по указанной проблеме свидетельствует о доминировании патогенетического подхода, который выявляет больше отклонения от нормы как в психической, так и в соматической сферах беременных. И совершенно отсутствуют исследования, в которых используется саногенетический подход, опирающийся на ресурсные стороны психической деятельности беременных. Наиболее оптимальным в разработке программ психологического сопровождения беременных (психопрофилактики), как показали современные исследования (Ананьев В.А., 2006), является интегративный подход. В связи с этим была поставлена следующая цель нашего исследования: изучить социально-психологическую компетентность беременных женщин, которая выступает в качестве ресурса подготовки к родам, осуществления физиологических родов и оптимизации адаптивных процессов в послеродовом периоде. Был подобран специальный психодиагностический инструментарий, включающий в себя:

- мультимодальный интегративный опросник (МИО-1),
- тест отношений беременной Добрякова (ТОБ),
- опросник Бека,
- исследование уровня социальной фрустрации (УСФ),
- опросник потерь и приобретений (оценка уровня ресурсов),
- проективный рисуночный тест.

Результаты пилотажного исследования свидетельствуют о наличии «фрагментарного здоровья», которое характеризуется гипертрофированным подъемом уровня социально-психологических компетенций в одной сфере и значимо сниженным уровнем в иных сферах. При разработке психопрофилактических программ необходим индивидуальный подход, учитывающий неравномерность развития социально-психологических компетенций (ресурсов) беременных.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДИАДЫ «МАТЬ-ДИТЯ» В ОРЕНБУРГСКОМ РЕГИОНЕ

**Оренбургский государственный педагогический университет, кафедра
специальной психологии (Оренбург, РФ).**

В связи с повышением уровня нервно-психических заболеваний, особенно среди детского населения в возрасте до 3-4 лет, особую актуальность приобретает задача сохранения и укрепления здоровья будущих и родившихся детей. Внимание многих психотерапевтов, психоаналитиков, психологов и педагогов привлекают проблемы взаимодействия в диаде «мать-дитя», особенности детско-родительских отношений на разных этапах онтогенеза (включая самые ранние) как здорового ребенка, так и с нарушениями ЦНС. При этом многие подчеркивают значимость поддержки семьи (в первую очередь матери) в периоды до и после рождения.

В г. Оренбурге среди детей, рожденных в период 2002-2008 гг., имеют врожденные аномалии 21,2%; нарушения ЦНС, возникшие в перинатальном периоде 60,8%. Впоследствии у 22%-26,4% детей в первые месяцы жизни наблюдаются перинатальные энцефалопатии (ПЭП), гипертензии, постгипоксические симптомы общего угнетения ЦНС. В детских поликлиниках нашего города состоят на учете с различными нарушениями ЦНС 24,4% детей в возрасте до 1 года и 7,1% - 1-3 лет. В значительной мере такие новорожденные и формируют в дальнейшем группу детей с отклонениями психомоторного, интеллектуального развития, детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы, поведения. Во многом это является следствием дисфункций семейной системы, особенно в период ожидания рождения ребенка, психосоциальными проблемами семьи.

В связи с этим в г. Оренбурге возникла необходимость создания городской службы раннего комплексного медико-социального и психолого-педагогического сопровождения семей, ожидающих рождения ребенка, а также имеющих ребенка с риском отставания в развитии или перинатальными нарушениями ЦНС (ПЭП, ДЦП, ММД и т.д.). Предварительно на базе отделения неврологии муниципального медицинского учреждения здравоохранения «Муниципальная детская городская клиническая больница» (МДГКБ) было проведено исследование 194 диад «мать-дитя». В исследуемую группу вошли женщины, возраст которых колебался от 18 до 47 лет, дети в возрасте от 1,5 мес. до 2 лет. Также были обследованы 218 женщин, участвующих в занятиях педагога-психолога в школе материнства при муниципальном перинатальном центре (МПЦ).

В ходе исследования педагогом-психологом было выявлено, что матери детей, имеющих врожденные и рано приобретенные нарушения ЦНС, как правило, во время беременности находились в неблагоприятных психосоциальных условиях.

Социальное положение женщин во время беременности было следующим: 71,9% – работающие; 25,6% – домохозяйки; 2,5% – студентки (не оформившие академический отпуск). 46,2% обследованных были представительницами социально-экономических профессий (12,2% врачи, 11,3% продавцы, 10,2% специалисты сферы обслуживания населения, 9,3% педагоги и психологи и др.), остальные имели технико-экономические и синеэкономические профессии (две примерно одинаковые группы).

Возраст большинства обследованных матерей соответствовал периоду «ранней зрелости», в течение которого женщины «энергичны, сильны и выносливы,

как никогда» (Craig G.J., 2000), репродуктивный потенциал у них относительно высок. Только 11,3% матерей находились в периоде второй половины взрослости. Риск получения ослабленного потомства у таких женщин выше (Захаров А.И., 1989). Однако данные нашего исследования показали, что 73,7% женщин родили детей, входящих в группу риска по нервно-психическим нарушениям.

У 71,7% обследованных женщин отмечались проблемы вынашивания ребенка (ранний токсикоз, гестоз, патология плаценты и т. д.; у 28,3% – угроза прерывания беременности). Каждая вторая женщина лежала на сохранении беременности в разные сроки. 98,5% обследованных женщин во время беременности нерегулярно посещали школы материнства, объясняя это различными причинами: отсутствием свободного времени, отсутствием информации о проведении занятий, уверенностью в том, что знают все необходимое, что занятия им не нужны и т. д.

В настоящее время в МПЦ уже более 5 лет реализуется проект психолого-педагогической программы «Здоровый малыш – счастливые родители» (рецензированной И.В. Добряковым, Л.Н. Лященко). Цель программы: формирование умений и навыков позитивного взаимодействия родителей с плодом, а в дальнейшем и с ребенком с учетом возрастных и индивидуальных особенностей его развития. Согласно программе проводятся занятия на следующие темы: позитивное общение и взаимодействие родителей с ребенком в перинатальном и раннем постнатальном периодах; преодоление беременными состояний тревоги или стрессовой ситуации, умение защищать как свое эмоциональное здоровье, так и будущего ребенка; формирование ответственности и позитивного отношения женщины к гестационному периоду, влияющему на все последующее развитие ребенка. Одним из доказательств эффективности психопрофилактической программы, реализуемой в МПЦ, является то, что только у 4,5% посещавших занятия женщин родились дети с нарушениями ЦНС.

Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что психосоциальное положение матерей в период беременности во многом определяет вариант будущего развития ребенка. Несомненно важным является активное использование программы психолого-педагогического сопровождения в школах материнства в женских консультациях города.

Т.И. Комисаренко, Л.В. Толчинская

ВЛИЯНИЕ НЕГАТИВНОГО ОПЫТА ПЕРИНАТАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ НА СОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ ПОДРОСТКОВ

**Московский педагогический государственный университет (Москва,
РФ).**

Проблема качества биологического рождения человека давно привлекает к себе внимание исследователей. Такие выдающиеся ученые, как О. Ранк (1924), Н. Фодор (1949), Л. Рон (1950), А. Янов (1970), С. Гроф (1975), С. Рэй (1985), работали с памятью и травмой рождения. Своими исследованиями они доказали, что у человека сохраняется бессознательная память о биологическом рождении, которая в дальнейшем определяет его физическое и психическое здоровье, стиль поведения. Многочисленные исследования в области пренатальной психологии указывают на огромное значение внутриутробного периода жизни в становлении человеческой психики. При этом особое внимание отводится отношению матери к своему еще не родившемуся ребенку (А.С. Батуев, А.И. Брусиловский, И.В. Доб-

ряков, А.И. Захаров, Т.И. Комиссаренко, Н.В. Малютина, Ж.В. Цареградская, Д. Чемберлен и др.).

Проблема рождения нежеланных детей, которая является не достаточно изученной в настоящий момент, является, на наш взгляд, очень актуальной. Если мать сознательно вынашивает дитя, чувствует симбиотическую связь с ним, посылает ему позитивные эмоции, то ребенок воспринимает такое поведение матери, как поток любви, идущий из окружающего пространства. При этом в блоках памяти бессознательной сферы, на уровне чувственного опыта ребенок приобретает интуитивное доверие к миру и начинает жить позитивно. Если же мать во время беременности сама находится в стрессовом состоянии, с ужасом думает о рождении ребенка и даже допускает в мыслях варианты его смерти, то ребенок ощущает агрессию окружающего его мира, испытывает интуитивное недоверие к миру. А.И. Захаров в своей книге «Ребенок до рождения» отмечает, что понятие нежеланность ребенка имеет тонкие градации, к которым он относит: случайного, вынужденного, преждевременного, несоответствующего по полу, лишнего и промежуточного ребенка. Исследования многих ученых показали, что нежеланные дети повышено обидчивы и беспокойны. Они более завистливы, в их поведении часто проявляются недоброжелательность, неуверенность в себе, заостренная потребность в признании окружающих, затрудняющие процесс социальной адаптации.

Модель отношений человека с социальным окружением и с самим собой, с нашей точки зрения, исходит из концепции личности как субъекта собственного развития, способного отвечать за свое поведение.

В ходе нашего исследования, проведенного в Центре психолого-медико-социального сопровождения «Юго-Запад», приняли участие 70 матерей нежеланных детей. Анкетирование выявило наиболее распространенные мотивы нежеланности рождения ребенка: 1) преждевременный ребенок, помешавший реализовать запланированное (закончить обучение, построить карьеру); 2) неразрешенные финансовые или жилищные проблемы; 3) лишний ребенок и 4) случайный ребенок.

В результате диагностики их детей, учащихся старшей школы, мы выявили старшеклассников: с повышенной тревожностью (85%), фрустрированностью (77%), причем большинство девушек и юношей проявляло экстрапунитивные реакции. Состояние агрессии испытывают 79% учащихся, юношам свойственно проявление «физической» агрессии, а девушки чаще проявляют «вербальную» и «косвенную» агрессию. Исследование социально-психологической адаптации: как у юношей, так и у девушек наблюдается повышенный уровень эскапизма, который характеризуется желанием избежать проблем (61%).

Т. о., становится очевидным влияние негативного опыта внутриутробной жизни на формирование тревожности, агрессивности, низкой фрустрационной толерантности, затрудняющих социальную адаптацию. Отношение матери к ребенку может измениться в процессе дальнейшего общения, но изначальная мотивация беременной женщины оказывает значительное влияние на его психическое развитие.

Результаты исследования влияния нежеланности рождения ребенка на эмоциональное состояние и социальную адаптацию в ранней юности привели нас к необходимости создания профилактической программы, направленной на развитие социально-психологической компетенции девочек-подростков. До недавнего времени не было программ, учитывающих гендерные различия, в то время как девочки в подростковом возрасте значительно опережают мальчиков в своем развитии. Программа «Расширение ролевого репертуара девочек-подростков» восполняет имеющийся пробел. Основными задачами программы является развитие пси-

хологических навыков взаимодействия, рефлексии своих эмоциональных состояний и создание участниками своих жизненных сценариев, включающих принятие на себя ответственности за свой выбор. Программа социально-психологической адаптации может быть использована школьными психологами, имеющими опыт применения активных методов групповой работы.

Е.М. Костерина, Т.В. Карпенко, И.В. Добряков
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПСИХОТЕРАПИИ
В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Родильный дом № 1 (Курган, РФ), Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования (Санкт-Петербург, РФ).

Мы считаем, что только сочетание мер, направленных на улучшение экономического благосостояния россиян и повышение уровня жизни, с мероприятиями, направленными на мотивацию граждан к ведению здорового образа жизни и принятие ответственности за свое здоровье и здоровье будущих детей, а также решение психологических проблем, препятствующих деторождению, сможет улучшить демографические показатели. Т. о., является актуальным включение в структуру женских консультаций кабинета психопрофилактической подготовки беременных к родам и кабинета психотерапевта (медицинского психолога).

Целью организации службы психопрофилактической подготовки к родам является охрана психического здоровья женщины, ребенка и членов семьи, ожидающей ребенка, посредством психопрофилактики, своевременной диагностики и коррекции психических нарушений, возникающих на фоне гестации и в послеродовом периоде.

Это может быть достигнуто выполнением следующих задач:

- организация психолого-просветительских и психопрофилактических мероприятий с беременными женщинами и членами их семей с целью улучшения психологической готовности к родам и повышения родительской компетентности будущих родителей и членов их семей;
- организация психологического скрининга по типу психологического компонента гестационной доминанты всего контингента женщин, становящихся на диспансерный учет по беременности в женских консультациях, с целью выявления группы риска, формирования мотивации на получение психологической и психокоррекционной помощи;
- организация психокоррекционных мероприятий и, при необходимости, психотерапевтическая помощь беременным женщинам и членам их семей с целью оптимизации психологического состояния женщин и психологического климата в семье в период ожидания ребенка;
- интеграция указанных мероприятий в стандарты оказания акушерской помощи в амбулаторных условиях посредством повышения знаний персонала женской консультации в области психопрофилактики, деонтологии, психосоматики, перинатальной психологии, психопатологии и психотерапии.

В кабинете психотерапевта (медицинского психолога) женской консультации могут работать клинический (медицинский) психолог и/или врач-психотерапевт, прошедшие в учреждении последипломного образования цикл тематического усовершенствования «Перинатальная психология, психопатология и психотерапия».

Психолог (психотерапевт) должен проводить беседы и занятия с персоналом женской консультации по основам перинатальной психологии, особенностям об-

щения с беременными женщинами и их родственниками, деонтологии, консультировать их по конкретным случаям. Психолог участвует в работе курсов дородовой подготовки беременных, занятиях школы молодой матери.

Важным аспектом является организация скринингового обследования беременных женщин с целью выявления группы риска по возникновению нервно-психических расстройств. Для этого целесообразно использовать хорошо зарекомендовавший себя тест отношений беременной (ТОБ).

Психолог должен консультировать пациенток, направляемых акушером-гинекологом в связи с выявленными у них нарушениями течения беременности для выработки у пациенток адекватного к этому отношения, а также осуществлять консультативную работу по оценке и купированию неотложных нервно-психических расстройств. Обязательно должно быть выделено время для проведения индивидуальных сеансов с пациентками, включающих углубленную психодиагностику, психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию. Необходимо организовывать работу так, чтобы была возможность проводить психокоррекцию не только с пациентками, но и с членами их семей.

Следуя принципам междисциплинарного подхода, совместно с акушером-гинекологом психолог разрабатывает план психокоррекционной работы с пациенткой, учитывающий ее индивидуальные особенности, и оценивает эффективность проводимых психопрофилактических, психокоррекционных и лечебных мероприятий. Необходимо учесть, что работа медицинского персонала является очень напряженной и находится в группе высокого риска формирования синдрома профессионального выгорания. Поэтому с целью его профилактики и коррекции следует создать систему оказания помощи сотрудникам женской консультации в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем.

В МУ «Родильный дом № 1» г. Кургана должность психолога существует с 1999 г. В 2001 г. создана психологическая служба. На данный момент в учреждении работают 2 клинических психолога и акушерка-преподаватель. С 2007 г. работа психологов в амбулаторном отделении Женской консультации № 1 определена как приоритетная.

А.Я. Крумпане

ВЫЯВЛЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ПСИХИЧЕСКОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ Латгальский центр здоровья семьи (Даугавпилс, Латвия).

Одним из наиболее часто встречающихся в современных программах дородовой подготовки серьезных недостатков является отсутствие дифференцированного подхода при формировании групп. При этом информация и рекомендации, являющиеся полезными для одних беременных женщин, могут деструктивно влиять на других. Нередко это приводит к чрезмерному повышению тревоги у одних женщин, к необоснованному эйфорическому отношению к предстоящим родам у других.

С целью осуществления дифференцированного подхода к формированию групп беременных женщин для дородовой подготовки мы используем скрининговый тест И.В. Добрякова «Тест отношений беременных» (ТОБ). Наш выбор этого теста связан с тем, что тест при вполне достаточной информативности прост в использовании, не требует больших затрат времени, не вызывает у испытуемых беременных отрицательных эмоций. Ни разу мы не сталкивались с отказом женщин

от обследования с помощью ТОБ. Полученные с его помощью результаты позволяют дифференцированно формировать группы дородовой подготовки с учетом личностных особенностей беременных женщин, их самооценки, уровня тревоги, взаимоотношений с окружающими. Основной теоретической базой создания такого теста послужила теория психологии отношений В.Н. Мясищева (1960), позволяющая рассматривать беременность через призму единства организма и личности. Поскольку личность, по В.Н. Мясищеву, есть динамическая система отношений, тест содержит три блока утверждений, отражающих:

- А. Отношение женщины к себе беременной;
- Б. Отношение женщины в формирующейся системе «мать-дитя»;
- В. Отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих.

В каждом блоке есть 3 разряда, в которых шкалируются различные понятия. Они представлены пятью утверждениями, отражающими 5 различных типов психологического компонента гестационной доминанты. Испытуемой предлагается выбрать один из них, наиболее соответствующий ее состоянию.

Блок А (отношение женщины к себе беременной) представлен следующими разделами: отношение к беременности; отношение к образу жизни во время беременности; отношение во время беременности к предстоящим родам.

Блок Б (отношения женщины в формирующейся в течение 9 месяцев беременности системе «мать-дитя») представлен следующими разделами: отношение к себе как к матери; отношение к своему ребенку; отношение к вскармливанию ребенка грудью.

Блок В (отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих) представлен следующими разделами: отношение ко мне беременной мужа; отношение ко мне беременной родственников и близких; отношение ко мне беременной посторонних людей.

Все утверждения и инструкция умещаются на одном стандартном листе. Инструкция предлагает испытуемой из пяти утверждений, представленных в блоках, выбрать одно, наиболее полно отражающее ее состояние». После заполнения бланка подсчитывается количество отмеченных испытуемыми цифр (баллов). Это позволяет выявить женщин с преобладанием признаков оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты, как правило, адекватно реагирующих на сведения, полученные в процессе дородовой подготовки, и беременных с проявлениями тревожного, гипогестогнозического, эйфорического или депрессивного типов психологического компонента гестационной доминанты, составляющих группу повышенного риска психологической дизадаптации.

Результаты теста позволяют не только определить тип психологического компонента гестационной доминанты по преобладанию выбранных утверждений, но и выявить те отношения беременной женщины, которые нуждаются в коррекции.

Полученные результаты учитываются как при проведении дородовой подготовки в группе, так и при индивидуальных психокоррекционных и психотерапевтических сессиях. Часто выявленные нарушения отношений беременной женщины становятся темами психотерапевтической беседы. Т. о., скрининговое обследование с помощью ТОБ позволяет своевременно выявлять женщин с риском психической дизадаптации, дифференцированно формировать группы дородовой подготовки, своевременно обнаруживать нуждающихся в индивидуальных психокоррекционных и психотерапевтических занятиях и целенаправленно их осуществлять.

PAAUGSTINĀTAS PSIHISKAS DEZADAPTĀCIJAS RISKĀ GRUPU ATRAŠANA GRŪTNIEČU VIDĪ

Ārsta prakse dzemdniecībā un ģinekoloģijā (Daugavpils, Latvia).

Kā viena no biežāk saprotamām nopietnām nepietiekamībām pirmsdzemdību programmās ir tas, ka nav diferencētas pieejas grūtnieču grupu formēšanas “mātes skolā”. Nodarbību laikā nereti tas rada vienai daļai grūtnieču paaugstinātu trauksmi par gaidāmajām dzemdībām, citām atkal ir eiforiska attieksme.

Tādā veidā rekomendācijas, kas tiek sniegtas vienai grūtnieču grupai ir konstruktīvas, bet citām tās var būt destruktīvas. Sakarā ar to ir aktuāli izstrādāt skrīninga testu, kas ļautu diferencēti vadīt pirmsdzemdību sagatavošanas nodarbības, ņemot vērā tās personības īpatnības, kas ir raksturīgas grūtniecēm un viņu attieksmei ar apkārtējiem.

Kā teorētiska bāze tam tika izmantota V.Mjasiščeva psiholoģijas attieksmju teorija (1960.g.), kura ļauj skatīt grūtniecību caur organisma un personības prizmu.

Tā kā personība pēc Mjasiščeva ir dinamiska attiecību sistēma. Tests satur trīs blokus apgalvojumu, kuri atspoguļo:

A – sievietes attieksmi pret sevi kā grūtnieci.

B – sievietes attieksmi veidojošā sistēmā “māte-bērns”.

C – grūtnieces attieksmi pret apkārtējo attieksmi pret viņu.

Katrā blokā ir 3 sadaļas, kuras atspoguļo dažādus jēdzienus. Tiek izveidoti pieci apgalvojumi, kuri atspoguļo piecus dažādus ģestācijas dominantes psiholoģiskos tipus. Izmeklējamai grūtniecei tiek piedāvāts izvēlēties kādu no tiem, kurš vairāk atbilst viņas stāvoklim.

Bloks “A” (sievietes attieksme pret sevi kā grūtnieci) ir izveidotas sekojošās sadaļas: attieksme pret grūtniecību; ar attieksme pret dzīves veidu grūtniecības laikā; attieksme grūtniecības laikā pret gaidāmajām dzemdībām.

Bloks “B” (sievietes attieksme pret formējošos 9 mēnešu laikā grūtniecību sistēmā “māte-bērns”) ir izveidotas sekojošās sadaļas: attieksme pret sevi kā pret māti; attieksme pret savu bērnu; attieksme pret bērna barošanu ar krūti.

Bloks “C” (grūtnieces attieksme pret apkārtējo attieksmi pret viņu) ir izveidotas sekojošās sadaļas: grūtnieces vīra attieksme pret viņu; grūtnieces radnieku un tuvinieku attieksme pret viņu; apkārtējo cilvēku attieksme pret viņu.

Testu blankas tiek apstrādātas. Tas dot iespēju noskaidrot sievietes ar attiecīgu ģestācijas dominantes psiholoģisko tipu. Līdz ar to tiek atrastas sievietes ar paaugstinātu trauksmi, eiforiju vai izteiktu depresijas dominanti. Tests var tikt izmantots ne tikai, lai noteiktu psiholoģiskā komponenta ģestācijas dominanti, bet arī ar mērķi, lai atrastu grūtnieces, kurām ir nepieciešama psiholoģiskā korekcija.

Iegūtos rezultātus jāņem vērā pie grūtnieču sagatavošanas dzemdībām, tās varbūt arī tēmas psihoterapeitiskām pārrunām. Tādā veidā pateicoties izmeklējumiem, izmeklēto korekcija var būt izmantota mērķtiecīgāk.

Е.В. Ларечина

ОПЫТ РАБОТЫ ПО ПОГРАММЕ СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ, ИМЕЮЩЕЙ МАЛЕНЬКОГО РЕБЕНКА

(Санкт-Петербург, РФ).

Демографический и экономический кризис привлек внимание специалистов из разных сфер деятельности (социальной, медицинской, педагогической и психо-

логической) к семьям маленьких детей. Поддержка семьям, имеющим детей, оказывалась на различных уровнях: от министерств и ведомств, создающих правовое поле для реализации заявленных государственных задач, до педагогов, психологов и медиков, прямо реализующих программы поддержки семей. Сейчас сопровождение семей ведется от этапа планирования беременности до поступления ребенка в ВУЗ. Однако в данной цепочке в силу дефицита государственных ресурсов недостаточное внимание уделяется важному возрастному этапу, являющемуся основополагающим для развития эмоциональных отношений между родителями и детьми. Это этап раннего возраста – с одного года до трех лет.

В это время семья может переживать естественный кризис перестроения внутрисемейных отношений, связанный с появлением ребенка. Этот период характеризуется сосредоточением эмоциональной жизни семьи на симбиотических отношениях матери и ребенка (Витакер К., Бамберри В.). Роль отца становится значимой в существующей диаде «мать и ребенок» для установления баланса семейных отношений. В возрасте от года до трех лет активно расширяется социальное пространство контактов ребенка, многие начинают посещать группы ранней социализации и раннего развития. Очень важно включать отца в пространство этих занятий.

Кризис семейных отношений может усугубиться возрастным кризисом взрослеющего toddler. У родителей возникает масса вопросов по поводу воспитания и развития малыша, и встает проблема выбора развивающих студий, центров, дошкольных учреждений. Часто семья остается один на один со своими вопросами, сомнениями и тревогами. Несмотря на психологизацию общества (консультации и советы психологов в журнальных статьях, на телевидении, популярная психологическая литература) очень сложно определить, какие моменты особенно важны для гармоничного развития ребенка, как правильно применить полученные знания, не навредив ребенку и не ухудшив психологический климат в семье.

Проведенные нами исследования показали, что притязания родителей ребенка раннего возраста в основном фокусируются на развитии его интеллекта. При этом выявлена тенденция занижать уровень естественной эмоциональности малыша. Эти факты указывают на недостаточное понимание родителями закономерностей развития детей раннего возраста. Стараясь удовлетворить желания родителей, центры раннего развития предлагают программы, направленные на интеллектуализацию малышей. Чаще всего эти программы создаются без учета естественных потребностей детей этого возраста. Ребенок разлучается с матерью на время занятий, вынужден в течение полутора часов приспосабливаться к разным специалистам и переходить из кабинета в кабинет.

Программа сопровождения семьи, имеющей маленького ребенка, «Дитятко» разработана с учетом закономерностей развития и естественных потребностей детей раннего возраста. Ее важными особенностями являются:

- совместное посещение занятий детьми и родителями;
- активное участие родителей в деятельности ребенка, проявление уважения к потребностям и желаниям малыша;
- сопровождение – специалист является консультантом, сопровождающим диadu, при этом он передает знания, необходимые для развития и воспитания, обучает некоторым специальным умениям и приемам взаимодействия с ребенком;
- проведение семейных праздников и тематических занятий (день папы, день мамы, праздник семьи и т. п.) – это позволяет закрепить ценности семьи, отцовства и материнства как важной составляющей гармоничного развития ребенка;

- реализация личностно-ориентированного подхода к ребенку и членам семьи (проведение занятий в малых группах, индивидуальные консультации);
- использование телесно-ориентированных игр, упражнений, массажей во взаимодействии родителей и ребенка – как профилактика и коррекция нарушения эмоциональных отношений в диаде;
- системное и структурированное изложение методического материала программы.

Основными задачами программы являются: развитие эмоциональных отношений между матерью и ребенком раннего возраста, оказание помощи родителям в процессе воспитания и развития малыша.

Результаты анкетирования, проведенного по завершении цикла занятий, показали, что 82,5% матерей отметили: отношения с ребенком стали более позитивными и эмоциональными, снижение агрессивных проявлений по отношению к детям, большая терпимость к индивидуальным особенностям малышей, лучшее понимание желаний и потребностей детей, атмосфера в семье стала более спокойной и теплой.

Активное включение родителей в совместные занятия с ребенком при участии специалиста-психолога и системный подход к сопровождению таких семей оказывается весьма эффективным и работающим на укрепление эмоциональных отношений всей семьи в целом.

Ласая Е.В.

ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

**Белорусская медицинская академия последипломного образования
(Минск, Беларусь).**

Беременность, как правило, - амбивалентное состояние, время существования разнонаправленных потребностей и поиск гармоничного их примирения. Наблюдая за беременными женщинами, мы заметили, что беременность часто переживается ими как болезнь. Симптомы, которые предъявлялись беременными, в большинстве своем носили психовегетативный характер и в литературе получили название «психосоматической реакции на беременность». Вероятно, общий психосоматический синдром, как его трактует В. Бройтигам (1999), при беременности есть всегда.

Мы обследовали 102 беременные женщины на наличие у них проявлений синдрома вегетативной дистонии (ВД). Оказалось, что 77 женщин (75,5%) страдали ВД. Т. к. синдром ВД часто сопровождается эмоциональными расстройствами, всем обследуемым беременным проводилось клиническое интервью на предмет диагностики психического расстройства. У 62 женщин (60,7%) было обнаружено психическое расстройство невротического уровня, причем все женщины с психическим расстройством были выявлены в группе с синдромом ВД.

По данным нашего исследования, обнаружена взаимосвязь психической и акушерской патологии. Угроза невынашивания встречалась достоверно чаще в группе женщин с психическими расстройствами. Этот факт свидетельствует о необходимости тесного сотрудничества акушеров-гинекологов и психиатров.

Принимая во внимание тот факт, что беременность - это особая ситуация для адаптации, мы изучили особенности адаптации беременных с диагнозом невротического расстройства. В исследовании использовался опросник для оценки адап-

тации к беременности (Kumar R., Robson K., 1984). Согласно этому опроснику адаптация изучается по следующим основным сферам, значимым для переживания беременности: отношение к своему телу, соматическое состояние, сексуальные отношения, семейные отношения, отношение к вынашиваемому ребенку.

Было выявлено нарушение адаптации во всех сферах, за исключением сферы отношения к вынашиваемому ребенку. Практически все женщины высказывали однозначно позитивное отношение к вынашиваемому ребенку, но с трудом приспособлялись к беременности. Как будто в психологическом восприятии беременности возникало расщепление: ребенок и беременность существовали отдельно. Женщины были фиксированы на своем соматическом состоянии. Не происходило превращение «болезни» в материнство, симптом замещал ребенка.

Нами были намечены пути психотерапевтического вмешательства – превращение в мать через переживание опыта беременности (Пайнз Д., 1997). Основная задача психотерапии невротических и соматоформных расстройств при беременности – *помощь в адаптации к беременности*. По нашим данным, при улучшении адаптации к беременности купируется психопатологическая симптоматика.

Фокусом психотерапевтического вмешательства являлась выявленная психопатологическая симптоматика: многочисленные жалобы соматического характера, повышенный по сравнению с контрольной группой уровень тревоги и депрессии; вегетативные нарушения со стороны органов сердечно-сосудистой, дыхательной и желудочно-кишечной систем; фиксация на течении беременности и состоянии плода.

В основу примененного нами подхода легла телесно-ориентированная терапия (Кондрашенко В.Т. с соавт., 2001). Выбирая телесно-ориентированную терапию как основу психотерапевтического вмешательства, мы руководствовались тем, что явные изменения происходят именно в теле беременной. Этот тезис подтверждают такие важные особенности беременных, как фиксация на соматических проявлениях беременности и неприятие образа своего тела. Кроме того, методы телесно-ориентированной терапии позволяют не только существенно улучшить состояние во время беременности, но и развивают способность женщины «чувствовать и владеть своим телом», что важно для правильного поведения в родах. Работа с мышечными напряжениями осуществлялась через прикосновение, дыхание и осознание своего привычного способа поведения. Работа с дыханием, направленная на расслабление, сочеталась с обучением правильному дыханию в родах.

Нарушенные сексуальные и семейные отношения определили необходимость применения элементов семейной терапии, в частности нового направления перинатальной семейной психотерапии (Добряков И.В., 2002). Основными подходами в работе являлось обучение супругов приемам общения с плодом (вербального, гаптономического), установление с ним обратной связи.

С целью улучшения адаптации и повышения стрессоустойчивости применялись подходы, разработанные в гештальт-терапии, а именно: осознание своих потребностей на момент беременности, разрешение конфликта потребностей и принятие основной. Использовалась техника «горячего стула», что давало возможность выразить и осознать свои чувства к будущему ребенку.

В рамках семейной терапии и гештальт-терапии применялась работа с рисунком. Работа с рисунком позволяла прорабатывать фантазии и разнообразные страхи, возникающие во время беременности, а также способствовала лучшей адаптации к новому состоянию в жизни женщины. Женщинам предлагалось нарисовать рисунки на темы: «Автопортрет во время беременности», «Я-мать», «Мой ма-

лыш», «Моя семья с новорожденным». Работа с рисунком «Мой самый большой страх во время беременности» предполагала трансформацию в позитивное состояние.

Работа с беременными женщинами осуществлялась в открытой группе на базе 4-й женской консультации г. Минска. На занятия приглашались будущие отцы. Встречи проводились 1 раз в неделю, продолжительность каждого занятия составляла 3 ч. Средняя посещаемость встреч каждой женщиной составила 9 занятий.

По структуре занятия включали несколько блоков:

1 блок – информационный, где женщинам предлагалась информация на медицинские темы (периоды родов, грудное вскармливание, уход за новорожденным и др.).

2 блок – выполнение телесно-ориентированных упражнений, ресурсные техники.

3 блок – обсуждение психологических проблем на момент беременности с использованием элементов семейной терапии, гештальт-терапии, арт-терапии. Заканчивалось занятие применением релаксационных техник.

Эффективность психотерапии оценивалась по результатам родов. Оказалось, что в терапевтической группе количество осложнений в родах было в 1,7 раза меньше, чем в группе женщин, не проходивших психотерапевтического лечения. Вышеописанную структуру занятий с беременными мы рекомендуем использовать и в процессе психопрофилактической подготовки к родам.

Макарова А.А.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕРЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ С НОВОРОЖДЕННЫМИ ДЕТЬМИ В ОТДЕЛЕНИЯХ ПАТОЛОГИИ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Северный государственный медицинский университет, кафедра неонатологии и перинатологии (Архангельск, РФ).

Рождение больного ребенка является стрессовой ситуацией для матери. Известно, что благоприятный эмоциональный фон у новорожденного ребенка, его реакции на боль, а также в некоторой степени течение самого патологического процесса во многом зависят от оптимизации взаимоотношений в системе «мать–дитя». Поэтому медицинскому персоналу необходимо знать характерологические особенности этой группы матерей.

Настоящее исследование было предпринято с целью выявить характерологические особенности матерей детей, получающих лечение в отделении патологии раннего возраста, для разработки эффективных методов взаимодействия между медицинским персоналом и матерью больного ребенка.

Задачи исследования:

1. Описать социальный статус матерей детей раннего возраста, получающих лечение в отделении патологии новорожденных (ОПН), доношенные, в отделении выхаживания недоношенных детей (1-е соматическое отделение) и в отделении патологии детей грудного возраста (2-е соматическое отделение).

2. Выявить особенности восприятия матерью информации о болезни своего ребенка.

3. Выявить особенности развития материнского поведения у женщин, находящихся с новорожденными детьми в отделениях патологии раннего возраста.

Для решения поставленных задач был проведен ретроспективный анализ анкет, которые заполняли женщины, находившиеся с детьми на стационарном лечении в отделениях раннего возраста Архангельской областной детской клинической больницы. Всего в исследовании приняли участие 135 матерей. Средний возраст женщин составил 25,2 $\pm$ 3,1 года.

Выявлено, что примерно половина всех обследованных женщин имеет среднее специальное образование. При этом четверть матерей, дети которых лечатся в ОПН, и пятая часть матерей детей, находящихся во 2-ом соматическом отделении, имеет лишь среднее образование. Наименьшее количество женщин, воспитывающихся в детстве в полной семье, выявлено среди матерей детей, получающих помощь в ОПН (42,0%), тогда как таких матерей детей, находящихся в 1-м соматическом отделении, было большинство (84,0%). Выявлено, что у большинства матерей пациентов отделения патологии новорожденных брак не зарегистрирован (54,5%), тогда как среди матерей детей других отделений этот показатель значительно выше, что подтверждает теорию переноса модели семьи.

Женщинам был задан вопрос о том, какие эмоции преобладали у них при рождении ребенка. Самыми часто встречающимися были «радость» и «счастье». Но обращает на себя внимание то, что значительное количество матерей предпочло не ответить на данный вопрос: 23,0% матерей детей, находящихся в ОПН, и 50,0% матерей недоношенных детей уклонились от ответа. Данный факт может свидетельствовать о несбывшихся ожиданиях женщин, а так же о неприятии ребенка в настоящее время.

Известно, что во время беременности восприятие шевелений ребенка женщиной может прогнозировать ее материнское поведение в дальнейшем. Мы предложили матерям вспомнить, какие ощущения во время беременности они испытывали во время шевелений ребенка. Было выявлено, что треть (!) матерей доношенных детей, лечавшихся в отделении патологии новорожденных, во время беременности испытывали негативные ощущения во время шевелений. Выявленный факт позволяет предположить, что во время беременности отмечалось неприятие женщиной пренейта. Отрицательные эмоции, связанные с этим, могли запустить психосоматические механизмы возникновения патологии.

Среди матерей недоношенных детей количество женщин, негативно относящихся к шевелению пренейта, было меньше (1,6%), но в этой группе дети родились еще до того, как ощущения шевеления стали выраженными. В отделении патологии детей грудного возраста негативно воспринимающих шевеления во время беременности женщин было 13,0%.

Матерям был задан вопрос о том, были ли они информированы о болезни ребенка, говорили ли им о диагнозе, лечении, возможных последствиях. На данный вопрос все матери ответили положительно. Далее было предложено ответить, что явилось причиной госпитализации ребенка, каков диагноз. Выявлено, что лишь половина матерей (причем, независимо от того, в каком отделении лечился ребенок) понимает, по поводу чего они находятся в стационаре. Можно предположить, что причиной непонимания состояния ребенка матерью является то, что информация врачами излагается недоступным для матери языком, слишком много употребляется медицинских терминов. Другой причиной является то, что женщина, у которой болен ребенок, находится в эмоциональном состоянии, препятствующим адекватному восприятию информации.

Матерям было предложено распределить по степени значимости в их жизни следующие страхи: потерять друзей, потерять работу, остаться одной, не выйти замуж, забеременеть, не стать матерью. Выявлено, что ведущим страхом среди

исследуемой группы женщин является беременность, а наименьшим – не стать матерью. Выявленный факт отражает то, что материнство для них не является приоритетной жизненной ценностью.

На основании исследования можно сделать вывод о том, что в отделениях детей раннего возраста необходимо проведение работы по принятию матерью больного ребенка. Этому может способствовать:

1. Оптимизация отношений между медицинским персоналом и матерью больного ребенка:

- установить доброжелательные и доверительные отношения;
- информацию о ребенке излагать доступным языком;
- активно включать маму в процесс ухода за ребенком;
- обучать взаимодействию с ребенком как с личностью, а не с объектом ухода.

2. Оптимизация отношений мать–ребенок:

- называть ребенка по имени;
- тактильно и вербально контактировать;
- общаясь с ребенком, стремиться удовлетворять его как физические, так и эмоциональные потребности.

И.Ю. Малюченко

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОСТАБОРТНОМ СИНДРОМЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЯХ

Региональный центр комплексного социального обслуживания детей и молодежи «Молодежь плюс» (Балашов, Саратовская обл., РФ).

Несмотря на возросший в последнее время интерес к перинатальной психологии, научно-практические исследования и разработки оказания психологической помощи женщинам, пережившим травму, связанную с потерей потомства (аборт, замершая беременность, патологии развития плода, несовместимые с жизнью), остаются крайне мало изученными. К немногим из них следует отнести работы Е.М. Костериной (2004), И.В. Добрякова и И.А. Колесникова (2006). В российской научно-психологической литературе, посвященной психологическому сопровождению перинатальных потерь, практически невозможно найти информацию о психологической помощи женщинам, переживающим травму аборта или так называемый постабортный синдром (ПАС). Западные специалисты исследовали постабортный синдром (ПАС), описали симптоматику ПАС, его течение и последствия, методы излечения, а также выявили группы риска, особенно подверженные развитию ПАС. В. Ру (США) определяет ПАС как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), характеризующееся развитием симптомов, вызванных определенными эмоциональными реакциями на полученную вследствие аборта физическую и эмоциональную травму (Онишук Е.Ю., 2006). С учетом того, что только по официальной статистике в России выполняется около 3 млн. абортов в год, не трудно представить какие масштабы имеет в нашей стране проблема ПАС.

Одним из первых специалистов, исследовавшим и научно обосновавшим психические последствия после совершенного аборта у женщин, является Ф. Ней (Канада). Его исследования сфокусированы на взаимосвязи между жестоким обращением с детьми и абортами, а также на детях, спасшихся от аборта (the abortion survivors). Его исследования показали, что:

- родители, совершившие аборт, намного чаще проявляют насилие по отношению к детям, хуже о них заботятся;
- женщины, которые в детстве росли без внимания и заботы или испытали насилие, чаще делают аборт;
- женщины, не получающие поддержки со стороны партнера-отца ребенка, чаще совершают аборт, у них также чаще происходят выкидыши;
- аборт первого ребенка нарушает связь матери с последующими детьми;
- аборт осложняет формирование зрелой позиции отца и опекуна;
- возможность женщины совершить аборт увеличивает фрустрацию и враждебность мужчины, обостряет борьбу полов.

Фрустрация от несостоявшегося отцовства порождает в мужчине чувство бессилия; результатом аборта может стать депрессия родителей, препятствующая установлению психологического контакта с рожденными детьми; спасенные от аборта дети чувствуют недоверие к своим родителям, наличие скрываемой семейной тайны. Многие из них пессимисты, скептики, испытывают трудности эмоционального характера (Винклер А., 2005). А. Винклер является одним из наиболее последовательных сторонников Ф. Нея. Он считает ПАС нарушением, вызванным тяжелой психической травмой, как правило, связанной со смертью, дает описание симптомов ПАС, его последствий.

Е.Ю. Онищук выделяет 3 типа психических реакций, вызываемых у женщины абортной травмой: 1-й тип – моментальная реакция, которая проявляется непосредственно после травмы или в первый год после аборта; 2-й тип – реакция, в которой болезненные процессы протекают много лет, становятся хроническими, но вытеснены из сознания; 3-й тип (наиболее распространенный) – замедленной реакции может проявиться в течение от 5 до 15 лет после аборта. Основными особенностями психологического состояния женщины после прерывания беременности выступают страх (81,8%), воспоминания о событии (72,7%); чувство вины (72,2%), агрессия (63,6%) (Онищук Е.Ю., 2006).

Можно выделить наиболее часто встречающиеся защитные механизмы: проекция; подавление; рационализация; отрицание; компенсация; формирование ответной реакции; замещение.

Психологическая проработка защитных механизмов предполагает тесное доверительное сотрудничество женщины, переживающей ПАС, и специально обученного терапевта. Эта совместная работа включает два основных этапа: 1. выявление и осознание деструктивных защитных реакций; 2. освоение приемов по их преодолению.

На первом этапе происходит сбор информации, которая не должна подвергаться критике или контролю со стороны психотерапевта. Клиническое интервьюирование является своеобразной прамбулой, позволяющей эффективно и безопасно выстроить основную психотерапевтическую работу. Важно, чтобы были проговорены все чувства, мысли, ассоциации. Если клиент не готов проговорить, можно предложить форму писем, автобиографических эссе, в которых автор может излагать свои истории от третьего лица. Далее это становится объектом обсуждения как отстраненный от клиента материал.

На втором этапе можно предложить 2 варианта работы:

1 - упражнения на осознание и принятие потери («Степень участия», «Генограмма», «Ритуал прощания»);

2 - упражнения на осознание новой модели поведения («Работа по осмыслению детства», «Анализ сновидений», «Визуализация желаемого состояния-поведения»).

В заключение хотелось бы отметить, что давно назрела необходимость введения специальной психологической службы в женских консультациях, включающих как психологов, так и врачей, имеющих возможность повышать квалификацию на циклах тематического усовершенствования по перинатальной психологии и психотерапии. Наличие таких служб создаст условия не только для ускорения разработок новых методов предупреждения аборт и преодоления их последствий, но и для их широкого внедрения в практику. Кроме того, необходимо шире внедрять в практику методы психологической помощи семейным парам, расширенным семьям, поскольку зачастую принятие решения зависит не только от самих женщин, но также от их партнеров, ближайших родственников.

Е.П. Маркова

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДОРОДОВАЯ ПОДГОТОВКА
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ
ДОМИНАНТЫ**

Женская консультация № 9 Красногвардейского района Санкт-Петербурга (Санкт-Петербург, РФ).

Рост интереса к психологическим аспектам беременности и родов, материнства в целом в российской психологической науке, отмечающий в последние годы, неслучаен. Ряд научных исследований позволил по-новому взглянуть на проблемы истоков психического и физического здоровья ребенка. Было доказано, что во многом они обусловлены различными обстоятельствами и факторами пренатального развития. Пренатальная стадия жизни рассматривается как первый этап человеческого существования, в течение которого различные факторы оказывают значительное влияние на развитие организма, его психических функций. Важнейшими факторами, воздействующими на плод, являются влияния со стороны матери. Понимание того, что именно пренатальный период наиболее чувствителен не только для ребенка, но и для его матери, дает возможность значительно корректировать их физическое и психическое здоровье. В связи с этим необходима разработка различных форм дифференцированной помощи и сопровождения беременных женщин, направленная на то, чтобы помочь им в этот сложный период личностного развития активизировать все духовные, психологические и физические ресурсы. Исходя из того, что эмоциональные нарушения у женщин в период беременности приводят к осложнениям протекания родового акта и могут отразиться на здоровье детей (Захаров А.И., 1998; Добряков И.В., 2001), становится очевидной необходимость своевременного оказания некоторым из них психотерапевтической помощи. Для этого нужно учитывать индивидуальные особенности каждой беременной женщины. В связи с чем актуальным является определение типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), что позволяет дифференцированно подойти к вопросу дородовой подготовки. Напомним, что ПКГД представляет собой совокупность механизмов психологической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы (Добряков И.В., 1996, 1998; Филиппова Г.Г., 2002). И.В. Добряковым были выделены пять типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный.

Базой нашего исследования стала женская консультация № 9 Красногвардейского района Санкт-Петербурга. Цель исследования заключалась в изучении психологических особенностей беременных женщин, определении типа и профиля психологического компонента гестационной доминанты и выявлении «группы риска» для дифференцированной дородовой подготовки. Основной рабочей гипотезой исследования является следующая: тип и профиль психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) необходимо учитывать при проведении дородовой подготовки, которая в связи с этим должна носить дифференцированный характер.

Были определены задачи исследования:

- выявить психологические особенности беременных женщин, определить типы и профили ПКГД с последующим выделением «группы риска»;
- разработать комплексные меры по дифференцированной психологической поддержке беременных с различными типами и профилями ПКГД.

Для решения поставленных задач были использованы следующие психологические методики: шкала тревоги Спилбергера-Ханина; тест отношений беременной Добрякова (ТОБ).

Объектом исследования были 85 беременных женщин на сроках от 18 до 38 недель беременности, посещавших кабинет «Психопрофилактической подготовки к родам». Было выявлено, что курсы дородовой подготовки, как правило, посещают женщины с преобладающим оптимальным типом ПКГД. Женщины с гипогестогнозическим и тревожно-депрессивным типом ПКГД часто игнорируют курсы дородовой подготовки.

На основании данных, полученных в процессе настоящего исследования, было выявлено, что у беременных женщин редко определяется преобладающий тип ПКГД (по нашему исследованию, из 85 женщин он определялся лишь у 19 – в 22%), поэтому большего внимания заслуживают профили ПКГД. По ним нетрудно определить, какие подсистемы отношений личности у женщины нуждаются в коррекции. У большинства женщин отмечалось совпадение отношения к пренейту и отношения к родам. У женщин с гипогестогнозическим, тревожным, депрессивным типом и профилем ПКГД определяется высокий уровень личной тревожности и «Суммарного отклонения от аутогенной нормы». Таким образом, проведенные исследования подтвердили гипотезу. Различные типы и профили ПКГД требуют разной тактики проведения дородовой подготовки, а значит, и создания различных программ занятий.

Дифференцированный подход к дородовой подготовке, возможный при выявлении типов и профилей ПКГД, позволяет оптимально сформировать группы дородовой подготовки, строить занятия с учетом индивидуальных проблем и особенностей беременных. Выявляемые при этом нервно-психические нарушения беременных позволяют своевременно оказывать психотерапевтическую помощь, что не только предупреждает возникновение осложнений в течении беременности и родов, но и является профилактикой гипогалактии, послеродовых нервно-психических расстройств.

ВОЗРАСТ КАК СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

**Балашовский институт Саратовского государственного университета
(Балашов, Саратовская обл., РФ).**

В современных условиях очень многие женщины находятся под воздействием стрессогенных факторов, способных оказать негативное воздействие на протекание беременности. Именно в этот период у женщины происходит переоценка ценностей и смысложизненных приоритетов, переориентация в плане выполняемых социальных ролей и взаимоотношений с другими людьми. Беременность рассматривается как критический период жизни женщины, стадия полоролевой идентификации, особая ситуация для адаптации (Филиппова Г.Г., 2002). С момента осознания и внутреннего принятия себя как будущей матери у женщины обнаруживается в различной степени выраженное амбивалентное отношение к беременности. Оно проявляется в наличии противоречивых аффектов, опасений и страхов, связанных с предстоящими родами, иногда доходящих до паники. Может возникать неуверенность в своих способностях родить и стать полноценной матерью. Возможны страхи за здоровье и судьбу будущего ребенка, обеспокоенность возможным ухудшением материального положения своей семьи, ущемлением личной свободы. Беременность также связана с изменением образа телесного «Я» и ощущением собственной сексуальной непривлекательности (Пайнз Д., 1997).

На наш взгляд, в ракурсе социально-психологического подхода наиболее важную роль в процессе переживания беременности играют такие факторы, как: тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) (Добряков И.В., 2005); уровень стрессоустойчивости беременной женщины; механизмы психологических защит; предрасположенность к принятию/отвержению традиционных и обыденных представлений о правилах вынашивания ребенка и перинатальном воспитании.

Особенностью нашего исследования является включение такого фактора, как принятие беременной женщиной представлений и предрассудков, которые во все времена циркулируют на уровне массового сознания. Как известно, из поколения в поколение передается множество поверий о том, как должна вести себя беременная женщина. Некоторые из них содержат рациональное зерно и, по сути, отражают точку зрения современной медицины, а иные можно отнести к «вредным» предрассудкам, способным спровоцировать негативные переживания в период беременности. В исследовании, проводившемся в течение 3 лет на базе женской консультации г. Балашова, приняли участие 272 беременные в возрасте от 17 до 39 лет, из которых 170 женщин – первородящие. Возраст женщины выступил в нашем исследовании в качестве одного из наиболее значимых параметров, определяющих влияние социально-психологических факторов на переживание беременности. Поэтому нами были выделены 3 возрастные группы: 1 группа – женщины в возрасте от 17 до 23 лет, 2 группа – от 24 до 30 лет, 3 группа – от 31 года и старше.

По типу отношения к беременности были выделены 2 группы: 1-я группа с оптимальным типом отношения к беременности, 2-я группа с неоптимальными типами отношения к беременности (гипогестогнозический тип, эйфорический тип, тревожный тип, депрессивный тип).

Для проверки нашей гипотезы была проведена комплексная диагностика, включающая следующий набор методик: 1. Анкета социально-демографических показателей, состоящая из вопросов, направленных на определение основных показателей социального благополучия беременной женщины; 2. Тест отношений беременной И.В. Добрякова (ТОБ-б) использовался для определения типа отношения к беременности; 3. Методика для психологической диагностики копинг-механизмов (тест Хейма) позволяет исследовать 26 ситуационно-специфических вариантов копинга, распределенных в соответствии с тремя основными сферами психической деятельности на когнитивный, эмоциональный и поведенческий копинг-механизмы; 4. Методика для диагностики механизмов психологической защиты – Индекс Жизненного Стиля, основанная на психодиагностической системе Келлермана-Плутчика; 5. Авторский опросник, выявляющий отношение к народным поверьям/представлениям о правилах поведения беременной женщины. После проведения психодиагностического обследования полученные результаты были обработаны с использованием компьютерной версии стандартных статистических пакетов (SPSS 11.5). При обработке данных, наиболее существенные отличия были получены при сравнении показателей в трех возрастных группах. Так, по критерию Н-Крускала-Уоллиса были выявлены значимые отличия в социально-психологических аспектах переживания беременности между всеми тремя возрастными группами.

Полученные данные позволили нам сделать следующие выводы:

Представители старшей возрастной группы более критичны по отношению к вредным поверьям, чем представительницы первой и второй групп. Вероятно, это связано с уже имеющимся жизненным опытом беременной, с более рациональным подходом к возникающим трудностям.

В первой возрастной группе (от 17 до 24 лет) беременные склонны применять в большей степени регрессию в качестве психологической защиты; во второй возрастной группе (от 25 до 30 лет) ни один механизм психологической защиты не преобладает; в третьей возрастной группе (от 31 года и старше) беременные чаще всего используют в качестве психологической защиты замещение.

По всей выборке испытуемых среди неоптимальных типов отношения к беременности значительно чаще встречаются эйфорический и тревожный тип во всех возрастных группах. У женщин с неоптимальным типом отношения к беременности чаще встречается реакция компенсации, чем у женщин с оптимальным типом отношения.

Обобщая полученные данные, можно отметить, что возраст играет ключевую и вместе с тем не однозначную роль в отношении женщины к своей беременности. Женщины, которым «уже за 30», даже при наличии тех или иных медицинских противопоказаний, как правило, имеют более разносторонний социальный опыт и более взвешенное отношение к своим эмоциональным проявлениям. Как следствие, они имеют возможность применять большее количество накопленных личностных ресурсов для преодоления проблем, возникающих в процессе вынашивания плода. Следовательно, так называемый «поздний возраст», вопреки быденным представлениям, в психологическом плане не является существенным препятствием для позитивного протекания беременности, поскольку накопленный социальный опыт может компенсировать возможные физиологические трудности.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Уральская государственная медицинская академия (Екатеринбург, РФ).

Роды являются итогом и целью гестационного процесса. Единственно правильной и эффективной стратегией в родах должен быть клинико-психологический подход, который представляет организм женщины, ее соматическую составляющую, психику и психологию в их системном гармоническом единстве. Для полноценного ведения родов крайне необходимо четко представлять исходное состояние, а также динамику изменений психологического состояния роженицы в процессе родового акта. Очень часто перед родами женщина реально оказывается не подготовленной к ним психологически. Причинами этого являются: 1) недостаточная, обрывочная или искаженная, а иногда и просто неверная информация о клинических и психологических аспектах родов; 2) чувство страха за себя и своего ребенка; 3) искаженная, даже порочная мотивация рождения ребенка. Часто для женщины истинными мотивами появления ребенка являются социальные мотивы или глубокая неудовлетворенность своей жизнью; 4) недостаточная физическая подготовленность к родам (хорошо известна связь соматического и психического в реализации репродуктивной функции).

Основные фазы изменений психического состояния женщины в родах:

1. Фаза первичной (начальной) адаптации. Женщина прислушивается к новым ощущениям (тянущие ощущения или слабые боли внизу живота, изменение поведения плода, появление сукровичных выделений из половых путей) и проявляет выраженный интерес к новой для нее, незнакомой обстановке родового зала. В ее ощущениях сочетаются внутреннее любопытство, опасение и даже страх перед неизвестным.

2. Фаза приспособления. Женщина приспособилась к ситуации и освоилась в родовом зале, достаточно спокойно переносит родовые схватки.

3-а. Фаза адаптивного напряжения. Схватки усилились и носят выраженный, активный характер. Женщина находится в состоянии максимального напряжения. Ее поведение в значительной степени является автоматическим, она отстранилась от внешних раздражителей и полностью сосредоточена на преодолении ощущений, связанных с мощной ритмичной родовой деятельностью. Это требует максимальной сосредоточенности и максимального напряжения физических и психических сил.

3-б. Фаза адаптивного истощения (негативный вариант 3-й фазы). Если период схваток оказался для женщины фактором, который превосходит ее адаптивные возможности, то происходит истощение ее физических и психических сил. Женщина безразлична к внешним раздражителям, с ужасом ждет очередную схватку, совершенно забывает о ребенке или же воспринимает его как источник страданий и только ждет завершения родов как избавления от невыносимых мучений.

4. Фаза потужной прострации. Женщина находится в состоянии определенной отстраненности, ощущения нереальности происходящего.

4-а. В оптимальном варианте женщина адекватна, эффективно тужится, между схватками отдыхает и в итоге благополучно рождает ребенка.

4-б. В негативном варианте она находится в состоянии истощения физических и психических сил, реагирует лишь на сильные раздражители, включая команды медицинского персонала, тужится неэффективно, нуждается в психологической и физической поддержке.

5. Фаза расслабления и эйфории после рождения ребенка. Женщина находится в состоянии физического изнеможения, но психологически спокойна и радостна, нередко испытывает чувство восторга, связанного с благополучным завершением родов и, особенно, – при виде новорожденного ребенка, которого она гладит, прижимает к себе, произносит нежные слова любви. Эта фаза обычно сопровождается амнезией неприятных ощущений.

Определяющее значение для психического состояния женщины и ее поведения в родах имеет дородовая подготовка, которая формирует ее отношение к родам и ребенку, определяет ее внутреннюю силу, устойчивость и адаптационные возможности психической сферы. Негативная информация может формировать чувство страха перед родами. Иногда при подготовке к родам они рассматриваются не как процесс тяжелой изнурительной работы, требующей от женщины максимального напряжения всех физических и духовных сил, самоотверженности и беспредельного желания помочь своему ребенку. При этом формируется восторженное эйфорическое отношение к самой беременности, к ребенку и процессу его рождения. Такой подход ведет к тому, что в родах, столкнувшись непосредственно с серьезными трудностями, женщина оказывается к этому совершенно неготовой. В итоге – психологический срыв, требования снять боли, дать отдохнуть и нередко категорическое желание закончить роды операцией кесарева сечения.

Проведя беременность в условиях гиподинамии, роженица очень быстро истощается физически и психологически. Возникают апатия, ситуационная подавленность, чувство глубокого утомления, раздражительная слабость, доминирующими мыслями является желание немедленно дать отдых или решить вопрос об операции.

Часто в родах женщина ощущает себя одинокой, никому не нужной, с чувством растерянности и высоким уровнем тревоги. Она крайне нуждается в особом внимании, доброжелательной поддержке и эмпатии со стороны медицинского персонала, в понимании ее состояния и получении регулярной и достаточно подробной информации обо всех клинических обстоятельствах течения и ведения родов. Необходимо формировать в женщине настрой на длительную, тяжелую работу, на готовность переносить болевые ощущения, на активное участие в рождении ребенка. Для выполнения всех этих задач требуется участие в ведении беременности и родов перинатального психолога, и необходима специальная подготовка врачей и акушеров по программе «Основы перинатальной психологии».

О.В. Прохорова

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЖЕНЩИН С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА

Уральская государственная медицинская академия (Екатеринбург, РФ).

Аntenатальная гибель плода – это самопроизвольное прекращение его жизнедеятельности во время беременности, возникающее под влиянием экзогенных или эндогенных факторов. Среди основных причин антенатальной смерти плода значительное место занимают экстрагенитальные заболевания беременной инфекционной и неинфекционной природы, серьезные виды гинекологической патологии, а также тяжелые акушерские осложнения (гестоз, предлежание или преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, резус-конфликтная беременность и др.). Особую группу составляют социально-бытовые и профессиональные факторы физической, химической и биологической природы, а также ге-

нетические и ятрогенные причины. Непосредственной причиной смерти плода чаще бывают внутриутробная инфекция, острая и хроническая гипоксия. В ряде случаев причина антенатальной смерти плода остается невыясненной.

При установлении диагноза антенатальной смерти плода беременной показана срочная госпитализация в акушерский стационар, где после комплексного обследования и подготовки производится родоразрешение.

После получения информации о смерти ребенка беременная практически всегда впадает в **состояние оцепенения и психологического шока**. Она не верит в реальность происходящего, категорически отрицает саму мысль об этом и почти всегда считает данную информацию какой-то случайной и чудовищной ошибкой. В некоторых случаях женщина стремится проявить активность, направленную на опровержение этого сообщения (дополнительные и повторные обследования, консультации других врачей).

В последующем женщина осознает, что ребенок погиб. У нее возникают своеобразное душевное онемение, бесчувственность и безразличие по отношению к окружающему миру, событиям, людям.

Далее у женщины возникает **период наибольших страданий, острой душевной боли**. Имеют место ощущения пустоты и бессмысленности, отчаяние, чувство одиночества, страха, вины. Тревога и беспомощность доминируют, становятся постоянными. Характерным является желание уединиться, не вступать в любые межличностные контакты. Исключениями в данном случае могут являться муж и мать пациентки.

Данное состояние сменяется **фазой начальной адаптации**, которая может протекать по оптимальному и патологическому вариантам. В первом случае женщина примиряется с утратой, ее жизнь входит в повседневный ритм. При этом она приходит к мысли о возможности и необходимости последующей беременности и думает об этапах подготовки к ней, что дает ей ресурс для появления позитивных эмоций и определенной душевной стабильности. Во втором случае сохраняется чувство подавленности, острой вины и безысходности, неверие в возможность изменить ситуацию в будущем.

Фаза завершения потери обычно формируется в течение 6-12 месяцев и проявляется постепенным полным возвращением женщины к повседневной жизни. Планирование будущего является на данном этапе важнейшей целью и благоприятным прогностическим фактором. В ряде случаев негативные переживания женщины сохраняются, являясь основой для развития синдрома посттравматических стрессовых нарушений в полном объеме.

Психологическое сопровождение случая антенатальной гибели плода должен осуществлять перинатальный (клинический) психолог. При первом контакте с женщиной необходимо создать атмосферу спокойствия, доброжелательной уверенности и доверия. Женщина должна видеть, что с ней занимается опытный, уверенный в своих силах и заинтересованный профессионал. Начинать разговор следует с темы, не относящейся непосредственно к гибели ребенка с целями войти в неформальный контакт и переключить ее внимание. Постепенно разговор переходит на главную тему. Психолог, предварительно познаколившись с клинической оценкой случая, спокойно, но достаточно уверенно объясняет женщине, что если беременность возникла и была доношена до определенного срока, то пациентка в принципе способна реализовать свою репродуктивную функцию. Следует указать на необходимость тщательного высококвалифицированного медицинского обследования и осуществления мероприятий по бережному родоразрешению. В дальнейшем потребуется проведение планового обследования и, в случае необходимо-

сти, лечебных мероприятий для подготовки организма к последующей беременности. Подобная рациональная психотерапия с элементами суггестии является весьма эффективной и должна применяться в обязательном порядке.

В пациентке необходимо сформировать уверенность в том, что хотя произошедшее является печальным фактом, но рождение ребенка в будущем – это реальность. Важными для женщины являются вопросы общения с близкими и знакомыми. Контакты во время стационарного лечения следует сохранить только с мужем, родителями, близкой подругой (по желанию женщины), информируя родных о медицинских аспектах пребывания в стационаре и используя отвлеченные темы.

В обязательном порядке использовать комплекс психотерапевтических методик (индивидуальная психотерапия, суггестивная терапия, аутогенная тренировка, музыкотерапия и т. д.). Для женщины также следует рекомендовать какие-то занятия в свободное от медицинских процедур время (чтение книг, рисование, рукоделие и т. п.).

Сопровождение психолога необходимо на протяжении всего периода нахождения женщины в стационаре, вплоть до выписки после родоразрешения.

Е.И. Романенко

РАННЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА ИСКАЖЕНИЯ ПОЛОРОЛЕВОГО ВОСПИТАНИЯ

Центр социальной помощи семье и детям (Калининград, РФ).

Актуальность проблемы полоролевого воспитания обусловлена как минимум двумя факторами:

- во-первых, мало кто из родителей задумывается о психологическом благополучии детей, о том, что бы научить их быть хорошими матерями и отцами;
- во-вторых, отсутствием методов психологического исследования детского самосознания, адекватных возрасту.

Важным основанием самосознания личности является представление личности о собственной принадлежности к мужскому или женскому полу. Основу детской Я-концепции составляют ее внешне обусловленные компоненты – пол и возраст ребенка (Белопольская Н.Л., 1998). Семья оказывает существенное воздействие на половозрастную идентификацию ребенка. Условия, которые влияют на полоролевою идентификацию, возникают еще до рождения ребенка, в период его внутриутробного развития. Эти условия зависят от желания будущих родителей или одинокой матери иметь ребенка определенного пола.

Многие годы мужчина/женщина живут в неведении истоков переживаний собственной неполноценности, проблем взаимоотношений с противоположным полом, неприятия своего пола.

Психологическое сопровождение несовершеннолетних матерей включало их участие в работе клуба «Юная мама». Программа клуба разнообразна. Наряду с ознакомлением юных матерей с особенностями раннего развития ребенка использовались проективные рисуночные техники. Исследование эмоционального отношения юной матери к ребенку через рисуночный образ малыша в виде цветка привел к появлению гипотезы об определении риска искажения полоролевого воспитания ребенка.

Анализ рисунков юных матерей показал, что 20% женщин при рисовании образа ребенка дают искажение полоролевых особенностей. Например, молодая одинокая мать, комментирует свой рисунок «маленький Сашуля!»: образ мальчи-

ка – Ромашка. Обсуждение выявило желание женщины в период беременности иметь девочку после рождения сына, она рисует его как ромашку. Воспитание мальчика по женской модели может привести к нарушению полоролевой идентификации.

В настоящее время в России распадается по крайней мере каждая третья семья, в связи с этим у детей замечены эмоциональные и поведенческие последствия разводов. Как правило, после разводов сыновья остаются с матерями. При этом, как правило, нарушается адекватное развитие полоролевой идентификации у мальчиков (соответствующее полу общения). У девочек отмечаются затруднения в общении с противоположным полом. Воспитанные матерями мальчики впоследствии испытывают трудности при реализации себя в мужских формах поведения. Бессознательно страдая от неполноценности, ущербности, бессилия выстроить свою жизнь, преодолеть трудности, очень часто они оказываются среди наркоманов и алкоголиков, «зависают» у компьютера или игровых автоматов.

Т. о., назрела настоятельная потребность создания системы психологического сопровождения несовершеннолетних и одиноких матерей, одной из важных задач которого должна быть профилактика искажений полоролевого воспитания, начиная с перинатального периода, продолжаясь в раннем послеродовом периоде, и далее...

Е.А. Сахаров

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Казанский государственный медицинский университет, кафедра медицинской и общей психологии (Казань, Татарстан, РФ).

В настоящее время общепринятым является мнение о том, что психические расстройства, возникающие во время беременности, пагубно сказываются на здоровье женщин, осложняют течение самой беременности, негативно влияют на развитие плода и родовой процесс. В связи с этим остро встает вопрос о разработке оптимальных вариантов диагностики и коррекции подобных расстройств, а также путей их профилактики. Значимым для практической психиатрии и клинической психологии является выделение психопатологических феноменов, непосредственно обусловленных беременностью, а также определение дифференциально-диагностических критериев этих состояний с целью отграничения их от психопатологических нарушений, проявляющихся в гестационном периоде, но причинно с беременностью не связанных.

В ходе проведенных исследований (Сахаров Е.А., 1990, 1996, 2007), направленных на изучение и описание клинических вариантов и динамики пограничных психических расстройств, возникающих у женщин в период беременности, а также изучения влияния этих расстройств на психическое развитие детей, рожденных нашими пациентками, нами были выделены три группы обследованных. В первую группу вошли беременные женщины с пограничными психическими расстройствами (174 чел.). В зависимости от нозологической принадлежности эта группа была разделена на пять подгрупп: 1) больные с собственно гестационными невротическими реакциями – 42 чел.; 2) больные с невротическими реакциями, возникшими на фоне беременности – 69 чел.; 3) пациентки, с обострившимися в связи с беременностью невротизмами – 117 чел.; 4) больные с невротоподобными расстрой-

ствами, возникшими и обострившимися во время беременности – 41 чел.; 5) лица с декомпенсированными на фоне беременности психопатиями – 5 чел. Вторую группу составили беременные с донозологическими проявлениями невротических нарушений в виде состояния пролонгированного эмоционального напряжения (128 чел.). Третья группа была представлена психически здоровыми беременными.

Клиническое изучение пограничных психических расстройств, наблюдающихся у женщин в период беременности, позволило прийти к заключению о высоком уровне распространенности данных нарушений (29%), причем наиболее распространенным клиническим вариантом явилась невротическая реакция (63,8%). Важным оказался и тот факт, что именно из этой группы расстройств были выделены собственно гестационные психические нарушения, т. е. невротические реакции, имеющие основе своего развития беременность, выступающую в качестве психогении. Выделение собственно гестационных невротических реакций основывалось на следующих критериях: 1) временная связь появления психопатологических нарушений непосредственно вслед за развитием беременности; 2) тесная связь содержания психопатологических проявлений с самой беременностью; 3) невротический уровень психопатологических расстройств, отсутствие проявлений известных эндогенных или органических заболеваний; 4) повышенная значимость психологического аспекта беременности для становления клинической картины заболевания; 5) нестойкость болезненных проявлений, обычно исчезающих после родов; быстрая редукция симптоматики в ответ на психотерапевтическое воздействие.

При синдромологическом анализе выявились два варианта вышеуказанной патологии: астенодепрессивный и тревожно-депрессивный. К основным клиническим проявлениям этих расстройств, помимо типичных астенических и депрессивных симптомов, относились и так называемые страхи беременных, которые после тщательного анализа были обозначены как сверхценные тревожные опасения (в отличие от других авторов, относивших их к нарушениям фобического спектра, - Воловик В.М., 1969; Цирюльников М.В., 1971; Бибилейшвили З.А., 1974). В ходе исследования было выявлено, что беременные в гораздо большей степени испытывают опасения за судьбу ребенка, а не за себя. При этом, в отличие от больных с фобическими нарушениями, их опасения глубоко психологически мотивированы и реальны. Помимо данного различия, женщины, испытывающие опасения, связанные с беременностью, никогда не создают сложных ритуалов психологической защиты. Т. о., тревожные опасения беременных в значительно большей степени соответствуют сверхценным образованиям, которые, как известно, возникают в результате реальных обстоятельств, но занимают в дальнейшем не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании и сопровождаются чрезмерным эмоциональным напряжением. По истечении времени сверхценные образования при благоприятных обстоятельствах могут утрачивать интенсивность и редуцироваться, что также соответствует нашим наблюдениям, касающимся сверхценных опасений у беременных.

Также в ходе исследования было отмечено, что среди больных с невротическими реакциями гестационного генеза оказалось довольно большое количество лиц с акцентуациями характера (59,6%), причем обнаруживалось явное преобладание сенситивного (30,9%) и психастенического (21,5%) типов. Также к факторам риска развития вышеуказанной патологии следует отнести и преморбидную гинекологическую отягощенность, выявленную у 66,6% обследованных. Высокая вероятность развития собственно гестационных невротических нарушений была

отмечена и при сочетании акцентуации характера женщин по психастеническому и сенситивному типу с преморбидной гинекологической отягощенностью и составила 54,8%. При отсутствии характерологических особенностей этот показатель был значительно ниже (25,2%).

Отдельно следует отметить, что именно эта категория больных вместе с беременными, находившимися в состоянии пролонгированного эмоционального напряжения, составила основной контингент матерей, чьи дети демонстрировали дизадаптивные варианты возрастных психологических кризисов.

Т. о., можно констатировать, что собственно гестационные невротические реакции являются достаточно распространенным вариантом пограничной психической патологии при беременности и требуют особого внимания специалистов как в диагностическом, так и в терапевтическом аспектах.

Т.В. Скрицкая

**СПОСОБЫ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ
У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА
СГУПС, кафедра социальной психологии управления (Новосибирск,
РФ).**

Демографическая ситуация в России сделала актуальными задачи по увеличению рождаемости. Национальные проекты, направленные на поддержку семьи и увеличению числа детей в семье приводят к тому, что все больше пар решается на рождение второго и последующих детей. В результате увеличивается нагрузка на персонал женских консультаций и родильных домов. Так, в Новосибирском городском перинатальном центре (НГПЦ) были проведены в 2006 г. 3942 родов, в 2007 г. – 4241, а в 2008 – 4748. Особенности профессиональной деятельности персонала женских консультаций и родильных домов предполагают:

- большую ответственность;
- информационную перегрузку;
- необходимость постоянного общения (с беременными, роженицами и родильницами и их родственниками);
- необходимость быть предметом наблюдения и оценки;
- необходимость постоянно поддерживать высокий уровень своей компетентности;
- необходимость уметь в течение короткого времени разрешать конфликтные ситуации и пр.

В этих условиях есть вероятность возникновения у сотрудников родильных домов профессиональных перегрузок, синдрома выгорания. Эмоциональное состояние медицинских работников влияет на качество оказания медицинской помощи, на особенности взаимодействия с пациентками. В связи с этим актуальным представляется исследование способов, используемых сотрудниками родильных домов, перинатальных центров для совладания со стрессом.

Нами было проведено анкетирование медицинского персонала перинатального центра. В анонимном опросе приняли участие 75 врачей и акушеров (89% женщин и 11% мужчин). Цель опроса – выявление особенностей поведения пациенток, вызывающих негативные эмоции у персонала, приводящих к профессиональному стрессу. Для удобства анализа эмпирического материала все указанные сотрудниками особенности пациенток, вызывающих у них раздражение, были разделены на группы:

1. особенности коммуникации пациенток: раздражительность, агрессия (хамство, проявления неуважения к медицинским работникам) – 78 ответов;
2. внешний вид пациентки: неопрятность, грязная одежда – 41 ответ;
3. игнорирование медицинского наблюдения: отказ выполнять рекомендации, назначения – 12 ответов;
4. отсутствие материнского поведения: равнодушие к беременности, невнимание к ребенку, отказ от ребенка – 6 ответов.

Параллельно с опросом врачей и акушеров проводился опрос 130 пациенток перинатального центра с целью определения их представлений о качествах идеального медицинского работника женской консультации и родильного дома. Беременными и родильницами были указаны следующие качества:

1. особенности коммуникации врача: доброжелательность, внимание, терпение, отзывчивость, уважение к пациентке и др. – 232 ответа;
2. высокая профессиональная квалификация – 68 ответов.

Т. о., было установлено, что больше всего нареканий и негативных эмоций как у медицинских работников, так и у пациенток, вызывает качество коммуникаций. Стала очевидной необходимость проведения мероприятий, направленных на повышение коммуникативной компетенции персонала перинатального центра. В результате опроса специалистов НГПЦ также были выявлены применяемые ими способы совладающего поведения, помогающие снижать уровень профессионального стресса.

В анкете для персонала на вопрос: «Есть ли у Вас собственные способы снятия стресса и напряжения, вызванных работой?», были получены следующие ответы: «есть» – у 67,8%, «нет» – у 32,2% опрошенных. Мы разделили способы совладания со стрессом, используемые медицинскими работниками, на конструктивные и неконструктивные. К конструктивным способам совладания, которые используют 71,8% опрошенных, относятся: саморегуляция, физическая активность, хобби, релаксация, общение, прием успокоительных трав, общение с животными. Конструктивные способы преодоления стресса позволяют снижать напряжение и положительно сказываются на здоровье и самочувствии.

Неконструктивные способы совладания используют 15,9% персонала НГПЦ. К ним были отнесены: еда, алкоголь, шоколад, попытки не обращать внимания на пациентку, игнорировать происходящее.

Т. о., большинство сотрудников перинатального центра продемонстрировало использование конструктивных способов совладания с профессиональным стрессом. Однако 32,2% опрошенных указали, что не могут самостоятельно справиться со стрессом, получаемым на работе.

Результаты нашей работы позволяют утверждать, что для улучшения качества медицинской помощи беременным и роженицам необходимо повышать осведомленность персонала женских консультаций и родильных домов в области психологии личности, дифференциальной, клинической и перинатальной психологии, что возможно при прохождении курсов тематического усовершенствования. Также необходимо разрабатывать и внедрять программы по психогигиене деятельности медицинского персонала родильных домов и женских консультаций. В противном случае будет отмечаться неудовлетворенность женщинами качеством медицинской помощи и сопровождения, которые они получают в женских консультациях, в государственных родильных домах во время беременности и родов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН**С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Санкт-Петербургский государственный университет, лаборатория психофизиологии матери и ребенка биолого-почвенного факультета (Санкт-Петербург, РФ).

Практика оказания перинатальной психологической помощи предполагает проведение диагностических мероприятий для выявления психофизиологических особенностей беременных женщин, связанных с наличием неблагоприятного протекания гестационного процесса. При нормальном протекании беременности возникают мощные перестройки в работе практически всех функциональных систем организма женщины. Такие перестройки неизбежно требуют включения адаптационных механизмов, эффективность которых определяется не только физиологическим, а и психическим состоянием женщины. Несмотря на существование базовых биологических предпосылок для успешного формирования доминанты материнства, существенную роль в этом процессе, все-таки играют психологические и социальные факторы. Соответственно, существование факторов риска неблагоприятного течения беременности определяется не только наличием медико-биологических проблем, а и текущим психологическим и психосоциальным фоном, который создает предпосылки для развития патологических форм гестационного процесса.

Цель данного исследования заключалась в сравнении психологических особенностей женщин, у которых текущая беременность протекала с осложнениями (наличием диагноза «угроза», преждевременные роды), с группой женщин, у которых беременность протекала нормально. Знание этих особенностей предполагает разработку индивидуализированных подходов при проведении психотерапии для женщин с неблагоприятным протеканием беременности.

В обследовании принимали участие 103 женщины. Из них у 60 отмечалось неблагоприятное протекание беременности (1-я группа), у 43 беременность протекала нормально (2-я группа). Все женщины были протестированы с использованием опросника Кеттелла. Кроме того, женщины оценивали сами свое состояние при помощи теста САН, проводилась оценка их личностной и ситуативной тревожности по опроснику Спилбергера-Ханина. Также было проведено тестирование при помощи проективной методики «Дерево».

Результаты исследования показали, что у женщин с неблагоприятным протеканием беременности средний уровень ситуативной и личностной тревожности достоверно выше, чем у группы женщин с нормальным протеканием гестационного процесса (показатель личностной тревожности равен 44.5 ± 1.43 , а ситуативной – 41.1 ± 2.01 , против 39.4 ± 1.19 и 36.9 ± 1.52 во второй группе соответственно). Самооценка своего состояния по тесту САН в первой группе (самочувствие – 5.3 ± 1.28 , активность – 4.6 ± 0.98 и настроение 5.1 ± 1.13) ниже, чем во второй (6.6 ± 1.37 ; 5.6 ± 1.08 и 6.4 ± 1.95 , соответственно).

С целью выделения наиболее значимых показателей, результаты обследования с использованием теста Кеттелла были подвергнуты анализу главных компонент. В результате обработки полученных данных, были выделены 3 фактора. Наличие в первом факторе шкал А, С, Е, F, Н, Fэ/Н, О позволяет предположить, что этот фактор отражает коммуникативную сферу личности. Второй фактор, содержащий шкалы С, Q₃/L, Q₄, Fт, характеризует преимущественно эмоционально-волевые особенности личности. Третий фактор не имеет ведущих характеристик.

Результаты, полученные по шкалам у каждой беременной, для оценки выделенных групп усредняли и сравнивали отношение дисперсий по критерию Фишера. В результате было получено достоверные различия ($p < 0.05$) по первому фактору для шкал С, Е, N, О и Ft. Показано, что женщины с угрозой прерывания беременности отличаются меньшей потребностью в общении, пониженной социальностью и высокой тревожностью. Они эмоционально неустойчивы, склонные к быстрой перемене настроения, легко расстраиваются, часто имеют невротические симптомы. Женщины с угрозой прерывания беременности отличаются большей неуверенностью в себе, фиксированностью на неудачах и мнительностью. Они имеют склонность к чувству вины, чувствительны к порицаниям и замечаниям окружающих, более интровертированы. Они также затрудняются при вербализации своих чувств и состояния и недостаточно коммуникативны.

Второй выделенный фактор показал достоверные различия ($P < 0.05$) для шкал С, L, Q3 и Ft (меньшие значения у женщин группы с «угрозой» только для шкалы С). Описательно можно сказать, что группа с угрозой прерывания беременности характеризуется подозрительностью, высоким уровнем личностной тревожности, импульсивностью и напряженностью. Наиболее существенным является то, что шкалы эмоциональной устойчивости и тревожности выделились дважды, что указывает на их существенную значимость для беременных женщин. Из третьего фактора достоверные различия получены только для шкалы М. Можно предположить, что для женщин из группы с угрозой прерывания беременности характерны практичность и большая замкнутость.

По данным, полученным с помощью методики «Дерево», можно сделать выводы о неадекватной самооценке себя (уменьшение размера рисунка) и уровне притязаний (смещение рисунка вверх) у женщин из неблагоприятной среды, несогласование между которыми также характеризует увеличение уровня тревожности. Также показано, что в 95% случаев эмоциональные травмы, связанные с конфликтами между членами семьи рожениц, провоцируют трудное течение родов, особенно если эмоциональная травма связана с матерью (смещение рисунка по горизонтали).

Т. о., полученные результаты позволяют выявить, как минимум, две группы беременных женщин, которые существенно различаются по уровню тревожности и по самооценке своего состояния. Это дает возможность сделать первичное разделение общей группы беременных женщин. В свою очередь, результаты тестов Кеттелла и «Дерево» (в пределах выделенных двух групп) позволяют более дифференцировано проводить психотерапевтические мероприятия, повышающие психофизиологическую резистентность женщин к развивающемуся стрессу, связанному с беременностью.

Н.В. Старцева

АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ – УГРОЗА ЗДОРОВЬЮ ЖЕНЩИНЫ И РЕБЕНКА (лекция)

Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера (Пермь, РФ).

Меня, представителя одной из самых консервативных отраслей врачевания – акушерства, мучает вопрос: почему в XXI веке развитие нашей науки сделало роды опасными? Акушерство, особенно отечественное, обвиняли в отсталости. Суть его действительно консервативна: все течет, меняется, а женщина все рождает. По-

старинке через родовой канал, неспеша, по прежним биомеханизмам. Спешить в родах всегда было опасно, т. к. при этом нарушается предназначенное Природой. Почему акушеры спокойно констатируют, что продолжительность родов за столетие сократилась вдвое? Ведь при этом вдвое вырос родовой травматизм матери и новорожденного (рвется промежность, шейка, ломаются ключицы). Несмотря на незначительное снижение перинатальной смертности, рождаются больными 2/3 детей, и это не только аномалии органов, это и поражение ЦНС.

С 1993 г. в РФ обозначился отрицательный демографический потенциал – смертность превышает рождаемость, нет даже малейшей тенденции к возрастанию народонаселения. Изменить ситуацию стараются, принимая новые прогрессивные законы, увеличивая материальные затраты, вводя систему родовых сертификатов. Пытаются улучшить систему дородового наблюдения в ЖК. Ежегодно проходят симпозиумы, конференции, посвященные научно-практическим вопросам актуального «патологического» акушерства. Спорят, какая система надежней, – роды в стационаре высокого риска или естественные роды дома, в бассейне. Доказывают преимущества альтернативной дородовой подготовки. Проблема волнует и население. Женщины хотят стать матерями, и мужчины стараются изо всех сил. Трогательная забота семьи направлена на вынашивание беременности и благоприятный исход родов. Изучается прогрессивный опыт развитых стран, достигших значительных успехов в системе родовспоможения. Нас обучают американцы в совместном Российско-американском проекте «Мать и дитя», вручают нам звание «роддома, доброжелательного к ребенку», в стационаре практикуются групповые роды в кругу семьи, поощряется естественное вскармливание, совместное пребывание матери и ребенка, ранняя выписка из стационара. ВОЗ шлет нам свои директивы.

Но при этом, «собираясь на роды, как на праздник» почему-то забывается, что роды это – произвольный естественный акт. Это очень тяжелая работа как, прежде всего, для роженицы и ее рождающегося ребенка, так и для всех участников этого *физиологического акта*, происходящего не по воле врача (я хочу особо подчеркнуть второстепенность его роли), а по воле **Природы**. Выбор, альтернатива сценария родов принадлежит не врачу и не рожаящей женщине. Процесс родов происходит естественно. Поэтому, как высказался один врач, предложение женщине самой выбрать способ родоразрешения, возложение на нее ответственности за исход родов, имеет привкус предательства. Что знает она о рождении? О том, какие подводные камни ее подстерегают? Порой и опытный врач не предполагает. Поэтому в акушерстве ответственность всегда должен брать на себя врач, не должно существовать системы подписей женщины на то, о чем она не имеет представления. Врач, не берущий на себя ответственности, перекладывающий ее на женщину, не способен стать хорошим акушером-гинекологом.

Многие работающие в акушерстве не слышат тело женщины, беспристрастно пытаются «улучшить» тысячелетиями отработанный механизм природы. Кто позволил бесцеремонно вмешаться в него: «готовить» шейку для созревания, вскрыть плодный пузырь... При этом нарушается тончайший физиологический механизм подготовки родовых путей. Вскрытие плодного пузыря нарушает механизм родовой схватки, она может стать судорожной, частой, или исчезнуть. Вслед за этим противозаконным актом нередко проводят стимуляцию окситоцином, простагландинами, а эти сверхсильные утеротоники, как правило, приводят и к неконтролируемым схваткам, нарушению сердцебиения плода, *ускоряют* роды. Активная фаза резко укорачивается, ребенок начинает продвигаться через неподготовленные родовые пути, разрывая при этом мышцы и связки. Нарушается механизм враще-

ния, и, в конце концов, травмируются его головка или ключицы и плечики. Врач и акушерка знают обо всем этом, но, впадая в своеобразный транс, они хотят, чтобы этот мучитель поскорее прорвался через вульварное кольцо. «Давай! Давай!» – кричит акушерка. «Давай!» – вторит ей врач, надавливая на мышцы, с силой сгибая колени и бедра женщины. И тут на высоте потуги (все кричат!) рождается с криком ребенок. На первой минуте нужно в соответствии с непонятно откуда взявшимся протоколом быстро ввести 10 ЕД окситоцина («сократить матку и отделить послед»). Кому и зачем нужна такая скорость? Женщина на это, ничего не понимая, соглашается, а порой ее согласия и не спрашивают. Нужно тотчас рассечь пуповину между зажимами: («хватит, попил кровушки!»). Отправив ребенка к груди матери, акушерка хватается за отрезок пуповины и начинает тянуть (КТП), не дожидаясь хоть каких-нибудь признаков отделения последа. Процедура эта во все времена была запрещена, ведь при этом начинает подтекать кровь. Наконец, к 4-5-й минуте послед «вырывают»...

Вот зловещие завоевания акушерства XXI века:

- 40% родов проводится с ускорением амниотомией и окситоцином;
- до 30% родов сопровождаются оперативным вмешательством (кесарево сечение);
- в 98% случаев проводится активное ведение третьего периода родов (окситоцин);
- в 7% случаев отмечается массивное (более 1 литра) акушерское кровотечение, требующее интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии, а нередко и оперативного удаления матки.

Именно акушерская агрессия является одной из причин частого родового травматизма, высокой гнойно-септической заболеваемости родильниц и новорожденных, делает современные роды столь опасными для женщин и детей, влияет на желание семьи повторно рисковать и пройти тяжелые испытания.

И.А. Тишевской, Т.Я. Тепловская О ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Южно-Уральский государственный университет (Челябинск, РФ).

Благополучное психологическое и физическое развитие детей в младенческом возрасте во многом зависит от эффективности взаимодействия матери и ребенка в ситуациях кормления, гигиенических процедур, приучения к туалету, игры и т. д. Т. к. мать является главным организатором взаимодействия в диаде «мать-дитя», представляется важным во время беременности подготовить ее не только к родам, но и к последующему пониманию потребностей малыша и адекватному их удовлетворению. Для успешного налаживания взаимодействия и формирования у матери образа ребенка и образа себя как матери особенно важным представляется опыт налаживания грудного вскармливания – первого повода взаимодействия матери и ребенка и в течение первого года жизни регулярного и значимого телесного и эмоционального контакта.

Опыт авторов свидетельствует, что очень часто молодые матери не могут воспользоваться полученными знаниями из-за сложностей протекания послеродового периода адаптации к жизни с ребенком, что сводит на нет усилия психологов и врачей по дородовой подготовке женщин к материнству. В этом случае проблемы налаживания грудного вскармливания могут рассматриваться не только в ка-

честве маркеров дизадаптации в диаде «мать-дитя», но и мишени для психологического вмешательства с целью коррекции взаимодействия матери и младенца. В данном контексте работа психолога, направленная на распространение успешного грудного вскармливания, может рассматриваться как способ закрепления в поведении женщины желательных форм взаимодействия с ребенком, которые ложатся в основу гармоничного общения и воспитания ребенка.

На базе МУЗ ГБ № 9 г. Челябинска с 2007 г. совместными усилиями психологов и врачей разработана и реализуется программа психологического сопровождения грудного вскармливания. Методологической основой программы сопровождения грудного вскармливания является рассмотрение развития ребенка в системе отношений с близким взрослым, теория формирования моделей отношений привязанности ребенка и связанное с этими концепциями представление о психическом здоровье ребенка.

Вмешательство направлено в основном на матерей, начало вмешательства приходится на 32 неделю беременности, завершается оно обычно по достижении ребенком возраста 12-14 месяцев. В случае активного участия в организации ухода за младенцем отца или бабушки они также становятся мишенями воздействия. Целью вмешательства является гармонизация поведения матери в ситуации кормления с учетом индивидуальных потребностей младенца, основанная на адекватном восприятии и реагировании на сигналы голода и насыщения, подаваемые ребенком.

Вмешательство состоит из двух блоков. Первый блок – информационный – начинается осуществляться на этапе дородовой подготовки в рамках школы будущих матерей, а затем, после рождения ребенка, информация подается только применительно к конкретной паре и ее проблемам. В информационном блоке основными дидактическими единицами психологической подготовки матерей являются: эмоциональные переживания матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде; закономерности формирования психики ребенка в младенческом и раннем детском возрасте, а также психологические аспекты пищевого поведения младенца и его взаимосвязь с общим психологическим комфортом в диаде «мать-дитя».

Второй блок, второй компонент программы вмешательства представляет собой собственно психологическое сопровождение грудного вскармливания, основанное на методе руководства взаимодействием матери и ребенка в ситуации кормления. Данный блок включает в себя знакомство и психологическую диагностику женщины на предварительном этапе во время беременности, а также регулярные встречи с матерью и ее ребенком для видеосъемки взаимодействия матери с ребенком во время кормления с последующим разбором этого взаимодействия. Первый раз (по возможности) осуществляется съемка кормления через 3-4 дня после родов в послеродовой палате. В последующем регулярные встречи с матерью и ребенком осуществляются 1 раз в месяц до достижения ребенком возраста 6 месяцев, рекомендуемого ВОЗ как минимально желательный период грудного вскармливания.

Каждая встреча состоит из адаптационного периода (5-10 минут), во время которого осуществляется обмен приветствиями и сбор анамнеза по проблемам организации питания, ухода и воспитания младенца с их обсуждением и предоставлением новой важной для данного возраста информацией. Затем производится видеосъемка ситуации кормления (5-15 минут) и последующий совместный просмотр видео матерью (родителями) и психологом. Во время разбора видео психолог помогает женщине оценить правильность техники кормления (прикладывание,

регуляция кормления) и взаимодействие матери с ребенком (обмен сигналами, интерпретация поведения ребенка и возможных стратегий реагирования на него матери).

В заключительной части встречи обсуждаются: динамика взаимодействия в сравнении с предыдущим месяцем, ближайшие перспективы физического и психологического развития ребенка и особенности питания ребенка данного возраста (вопросы режима кормлений, введения прикорма и т. п.). В конце специалист отвечает на вопросы матери и согласовывает с ней дату последующей сессии. Общая продолжительность встреч обычно не превышает 50-60 минут.

Анализ эффективности программы показал, что проведение описанных образовательных мероприятий первого блока позволило значительно увеличить период исключительно грудного вскармливания до $4,6 \pm 0,3$ месяца в сравнении с контрольной группой ($3,3 \pm 0,4$ месяца, $p < 0,03$). Психологическое сопровождение значительно повышает эффективность преодоления кормящими матерями лактационных кризов и срыгиваний у младенцев, увеличивая уверенность женщин в себе как успешных матерях.

Г.Г. Филиппова

БЕСПЛОДИЕ И НЕВЫНАШИВАНИЕ В АНАМНЕЗЕ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОТКЛОНЕНИЙ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ЕЕ РЕБЕНКА

Институт перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы (Москва, РФ).

Репродуктивная сфера человека включает в себя две составляющие – половую и родительскую. Каждая из этих составляющих, в свою очередь, состоит из трех частей, обеспечивающих реализацию задачи репродукции (зачатие, вынашивание, рождение и воспитание ребенка):

- 1) физиологической (физиологические системы и нейро-гуморальная регуляция репродуктивной функции);
- 2) телесной (поведенческое обеспечение репродуктивной функции);
- 3) психологической (потребностно-мотивационное и эмоциональное обеспечение репродуктивной функции).

Обе составляющие и обеспечивающие их функционирование три части являются элементами разного уровня одной системы – репродуктивной сферы человека, осуществляющей задачу репродукции. По законам функционирования системы нарушение функции, которую реализует система (в данном случае – репродуктивной функции, то есть невозможность рождения детей или неэффективное рождение и воспитание детей), проявляется в нарушении функционирования ее элементов и взаимосвязей между ними. Однако вся система работает как целостное образование, а не как функционирование изолированных элементов. Как показали многочисленные исследования последних десятилетий, нарушение физиологических и телесных компонентов репродуктивной системы сопряжено с нарушением ее психологических компонентов. Феноменологически это выражается в том, что при физиологических нарушениях (например, бесплодии и невынашивании) наблюдается нарушение психологической составляющей. Последнее выражается в незрелости мотивации рождения ребенка, несформированности образа ребенка и себя как родителя (матери или отца), недостаточной родительской компетентно-

сти, в страхах, связанных с беременностью и родами. Причем эти страхи явно не адекватны и имеют социогенный характер.

По данным наших исследований, у нерожавших женщин репродуктивного возраста на первом месте находится страх потери личной свободы при рождении ребенка; на втором месте - страх за свое здоровье, которое подвергается угрозе во время беременности и родов; на третьем месте - страх за здоровье ребенка; на четвертом месте - страх родительской некомпетентности. Это подтверждается диагностикой психологической готовности к материнству и отношения к ребенку во время беременности (в сравнении беременных с естественно возникшей беременностью и беременностью после лечения бесплодия и невынашивания).

У женщин с нарушением репродуктивной функции наблюдается недостаточность материнской компетентности, принятия ребенка, готовности к роли матери. После рождения ребенка у них чаще отмечаются нарушения в тактильных и эмоциональных контактах с ребенком, они чаще используют неконструктивные воспитательные стратегии и установки. У них возникают трудности в понимании состояний ребенка, снижена способность своевременно и качественно удовлетворять его потребности, осуществлять защиту и поддержку, что, с позиции современных подходов к психологии раннего развития, считается основным содержанием материнской функции.

Т. о., в случаях беременности после бесплодия и невынашивания появляется ряд факторов, создающих угрозу для раннего развития ребенка: психологическая неготовность родителей к рождению и воспитанию ребенка; физиологические нарушения пре- и перинатального развития (отягощенность массивным медикаментозным лечением до и во время беременности, интенсивные методы родовспоможения, послеродовая медикаментозная реабилитация), часто нарушение грудного вскармливания, недостаточность материнской компетентности и мотивации к установлению тесных диадических отношений.

В результате во время пренатального периода и после рождения ребенок попадает в неблагоприятную ситуацию развития, в которой сочетаются три основных патогенных фактора, создающих угрозу его психическому и соматическому здоровью, выделенные в классической и современной детской психосоматике:

1) врожденная слабость органа или системы (преморбидные физиологические нарушения у матери и отца, медикаментозная отягощенность в беременности и родах, психологический стресс во время беременности, который, по данным современных исследований, всегда наблюдается в этих случаях, нарушения в родах, которых также значительно больше при беременностях после бесплодия и невынашивания);

2) депрессия ребенка в постнатальном периоде в результате нарушения материнского фактора (вследствие неготовности к материнству и недостаточности материнской компетентности, а также нередкой отягощенности постнатального периода, ведущего к ранней сепарации, нарушению грудного вскармливания и другим осложнениям диадических отношений);

3) патологическое воздействие на развивающиеся физиологические и психические системы в сенситивном периоде их развития (в результате физиологической и нервно-психической ослабленности ребенка и недостаточности материнской компетентности).

Т. о., беременность после бесплодия и невынашивания является фактором риска для психического и физического развития ребенка и требует не только медицинского, но и психологического сопровождения. Необходимы организация и осуществление систематической психологической помощи на всех этапах репро-

дуктивного цикла семьи с нарушением репродуктивной функции: в процессе лечения бесплодия и невынашивания, подготовки к беременности, при сопровождении беременности, психологической помощи и сопровождении после родов и на этапе установления диадических отношений и раннего развития ребенка. Такую помощь возможно осуществлять только в случае организации эффективной психологической работы внутри всех звеньев медицинского сопровождения лечения и реабилитации нарушений репродуктивного здоровья семьи. Это, в свою очередь, требует разработки и осуществления образовательных программ для психологов и медицинских работников, работающих в сфере обеспечения репродуктивного здоровья населения.

И.С. Чеботарева

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И ПОКАЗАТЕЛИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ
Новомосковский филиал УРАО (Новомосковск, Тульская обл., РФ).**

Большинство современных методик психопрофилактической работы с беременными (при их несомненных достоинствах) страдает некоей односторонностью. Акцент делается либо в основном на эмоциональную сферу женщин с целью снижения тревоги и страхов («Глория» Коваленко Н.П., 1998; «Сонатал» Лазарева М.Л., 1986; и др.), либо только на информирование их о процессе родов и начале послеродового периода (Ла Маз Ф., 1987; Вельвовский И.З., 1963; Абрамченко В.В., 1983). Анализ работ И.В. Добрякова (1997, 2001) и Г.Г. Филипповой (2000) показал целесообразность комплексного подхода к психопрофилактике, необходимость психокоррекционных мероприятий для всей семьи, ожидающей рождения.

Основной целью наших исследований является разработка оптимального психологического сопровождения беременности, которое бы не только способствовало снижению количества осложнений беременности и сокращению сроков лечения осложнений, но и оптимизировало бы психическое развитие рожденных у этих женщин детей. За основу системы психологического сопровождения беременности мы приняли концепцию позитивной психотерапии (ПП), т. к. в результате наших прежних исследований была выявлена ее высокая эффективность как для пациенток с осложненной беременностью, так и в качестве психопрофилактики осложнений беременности у здоровых женщин. Основное достоинство ПП беременных, на наш взгляд, состоит в том, что в ходе их дородового психологического сопровождения в семьях женщин происходит изменение поведенческих паттернов взаимодействия, повышается коммуникативная компетентность супругов и вариативность способов решения проблем. Т. к. этот метод относится к экзистенциальным, повышается ответственность родителей за будущее своего ребенка, в результате чего воспитание становится более осмысленным и последовательным. Мы предположили, что достигнутые в ходе психопрофилактической программы расширение самосознания будущих матерей, их поведенческая гибкость и растущая коммуникативная компетентность приведут к укреплению семейных отношений.

Для проверки этой гипотезы было проведено лонгитюдное исследование 77 семей, где психологическое сопровождение беременных проводилось на основе концепции ПП (группа 1), и 60 семей «контрольной группы», где проводилась подготовка к родам по Ла Мазу. При этом группу 2 составили 27 семей, которые,

по данным тестирования во время беременности, были отнесены к «психологически благополучным» с малой вероятностью осложнений, а группу 3 – 33 семьи, составившие «группу риска».

Женщины заполняли анкету, отражающую показатели развития ребенка в возрасте 1 года, и анкету–характеристику семейных отношений и изменений статуса членов семьи через 5 лет после родов. Дети исследовались в 5 и в 7 лет (± 1 месяц). При этом использовалась методика нейропсихологического исследования Л.С. Цветковой (1998), определялась степень развития речи, проводилась диагностика познавательных процессов (внимание, память, мышление). Мы предположили, что непосредственные эффекты ПП как метода индивидуализированного сопровождения беременности заключаются в нормализации эмоционального состояния и развитии самосознания женщины, а отсроченные – в преобразовании матерью микросоциума (своей семьи) и его благотворном воздействии на ребенка.

Результаты анкетирования матерей (2000–2007 г.г.) показали, что заболеваемость ОРЗ детей в контрольной группе снижалась к 3 годам незначительно по сравнению с экспериментальной (снижение в 2,2 раза), а при поступлении ребенка в детский сад возвращалась на исходный уровень (в экспериментальной группе снижалась к 5 годам в 3,8 раза). Наиболее частыми психосоматическими расстройствами во всех группах были нарушения работы ЖКТ. Лишь в экспериментальной группе наблюдалось неуклонное снижение психосоматических нарушений, тогда как в двух остальных уровень их частоты к 5 годам превышал зафиксированный к 1 году (что особенно сильно выражено в «группе риска»). Также анализ анкет показал, что прохождение во время беременности женщинами психопрофилактического тренинга на основе ПП способствовало созданию в их семьях более комфортного психологического климата. В таких семьях дети чаще с раннего возраста учатся конструктивному разрешению конфликтов, что положительно отражается на их здоровье. В контрольной группе не удовлетворенные семейной жизнью матери фиксируются на аспекте *достижений*, что, как указывал Н. Пезешкиан, негативно влияет на детско-родительские отношения и здоровье ребенка.

В упоминаемых нами ранее методах психологического сопровождения беременности показатели постнатального развития когнитивных функций не исследовались. В большинстве случаев прослеживалась психомоторика 1-го года жизни. Например, в результате использования методики дородового воспитания «Сонатал» показатели психомоторного развития детей в среднем на месяц опережают аналогичные показатели контрольной группы.

Исследование внимания проводилось по методике Тулуз-Пьерона позволяющей диагностировать ММД (Ясюкова Л.А., 1997). Также с детьми проводились беседа по методике Л. Цветковой (1998).

Согласно результатам, полученным при использовании методики Тулуз-Пьерона, нарушения внимания у детей в экспериментальной и «благополучной» группах носят субнормальный характер. В контрольной группе у 8 детей выявлена ММД 2-й степени: активный тип – 2 чел., ригидный – 6 чел., что позволяет предположить у последних нарушения нейродинамики. Дальнейшее исследование проводилось в возрасте 7-7,5 лет (все дети учились в первом классе). Контрольная группа составила 57 чел. (матерей готовили к родам по Ла Мазу), экспериментальная – 69 чел. (проводилась ПП в авторском тренинговом (Чеботарева И.С., 2001, 2005) или индивидуальном варианте). Исследование памяти выполнялось по методикам «истории в картинках» и тесту 10 слов. С детьми проводились: беседа

по методике Л. Цветковой (1998), а также «исключение лишнего» и классификация картинок, позволяющие выявить уровень развития мышления и речи.

Анализ результатов теста Тулуз-Пьерона, исследования памяти позволил установить, что у детей женщин, не получавших психологического сопровождения беременности, почти в 6 раз чаще отмечались мозговые дисфункции. Это подтверждает наши предположения о том, что личностный рост и развитие самосознания у женщин положительно влияет на формирование у детей III блока мозга, отвечающего за планирование и контроль деятельности. Также исследования показали, что формирование речи, внимания, мышления детей в экспериментальной группе происходит быстрее, чем в контрольной, несмотря на то, что социально-демографические параметры исследуемых женщин не обнаруживали статистически значимых различий.

Можно предположить, что именно развитие самосознания женщины в ходе беременности является одной из важнейших детерминант становления когнитивных функций ребенка. Конечно, проще собирать группы беременных и читать им лекции о стадиях родов – это может делать и акушерка. Но если нас заботят перспективы, нужно смотреть чуть дальше стен роддома. Психологическое сопровождение беременности следует проводить на базе ПП. Несмотря на единый алгоритм, она в достаточной мере индивидуализирована и поможет личностному росту каждой беременной, а значит, укрепит ее семью и оптимизирует развитие ее ребенка.

Ю.Ф. Антропов

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Российская медицинская академия последиplomного образования
(Москва, РФ).**

В.В. Ковалев (1985) относит синдром гиперактивности к продуктивно-дизонтогенетическим синдромам, в основе которого лежит асинхрония развития. В настоящее время выделяются как биологические, так и психосоциальные воздействия, приводящие к дизонтогенезу и нередко определяющие возникновение расстройств двигательной активности и внимания. Вместе с тем, данные о дизонтогенетических механизмах при различных видах гиперкинетических расстройств в настоящее время представлены недостаточно.

Исходя из особенностей клинической картины гиперкинетических проявлений в структуре психосоматических расстройств у детей и подростков, наблюдавшихся в общесоматическом стационаре, были выделены следующие группы больных: 1 группа - с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ) – 16 больных; 2 группа – с гиперкинетическими расстройствами (ГКР) – 71 больной и 3 группа - с гиперкинетическими расстройствами и нарушением поведения (ГКР и НП) – 64 больных. По среднему возрасту больных ($10,9 \pm 1,4$; $6,7 \pm 0,7$ и $7,4 \pm 0,7$ соответственно) и возрасту возникновения расстройств ($5,2 \pm 2,3$; $2,7 \pm 0,6$ и $2,7 \pm 0,7$) значительно отличалась 1- группа, отличия средней продолжительности гиперкинетических расстройств были менее заметны ($5,9 \pm 1,9$; $4,1 \pm 0,6$ и $4,8 \pm 0,8$). Гендерный фактор – преобладание мальчиков наиболее значительное в 3-й группе больных ($1,3:1$; $2,4:1$ и $2,8:1$).

Наибольший средний показатель отягощенности факторами риска в 3-й группе, незначительно меньший в 1-й и значительно меньший во 2-й группе больных (13,6; 11,3 и 13,8). Генетические факторы более представлены в 1-й группе больных – 3,3 на одного больного, наименее во 2-й (2,8), а 3-й группе они занимают промежуточное положение (3,1). Вместе с тем, в 1-й группе отмечалось большее количество личностных особенностей матерей (87,5%; 83,1% и 76,6%) и больных (93,8%; 87,3% и 92,2%), в 3-й группе чаще выявлялись личностные особенности обоих родителей (50%; 36,6% и 59,4%), отягощенность психическими расстройствами (25%; 23,9% и 31,3%) и личностными особенностями отцов (50%; 38% и 60,9%), тогда как аффективные проявления на 1-м году жизни встречались с одинаковой частотой в 1-й и 3-й группах больных и реже во 2-й (12,5%; 11,3% и 12,5%) .

Личностные особенности больных характеризовались в 1-й группе преобладанием эмоциональной лабильности (53,3%), лабильной истероидности (20%) и тревожной замкнутости (13,3%), во 2-й - эмоциональной лабильности (35,4%), истероидности (23,8%) и лабильной истероидности (14,3%) и в 3-й группе - лабильной истероидности (35,6%, эмоциональной лабильности (25,4%) и истероидности (22%). Особенности темперамента представлены преобладанием сангвинического во всех группах и нарастанием частоты холерического с большой долей в 3 группе (13,3%, 27,7 и 48,4%).

Церебрально-органические факторы риска больше представлены во 2-й группе больных, несколько меньше в 3-й и значительно меньше в 1-ой (3,6; 4,3 и 4,1 на одного больного).

В 1-й группе чаще выступали нарушения вскармливания (62,5%; 59,2% и 59,4%), особенно искусственное (25%; 9,9% и 14,1%), и травмы, операции, интоксикации и др. (50%; 23,9% и 28,1%). Во 2-й группе больных более значительной были: патология беременности (62,5%; 81,7% и 78,1%), родов (18,8%; 46,5% и 40,6%) и новорожденного (25%; 49,3% и 28,1%), аффективные проявления на первом году жизни (25%; 40,9% и 32,8%) и остаточные явления раннего органического поражения ЦНС (93,8%; 95,8% и 92,2%). В 3-й группе чаще устанавливались нарушения психического (18,8%; 19,7% и 29,7%), моторного (6,3%; 11,3% и 15,6%), психомоторного развития (6,3%; 8,5 и 12,5%) и выраженная патология нервной системы (0%; 0% и 1,6%).

Психосоциальные факторы риска в большей степени выступают в 1-й группе больных, незначительно меньше в 3-й и значительно меньше во 2-й группе (6,7; 4,2; 6,6 на одного больного).

В большей степени в 1-й группе представлены первые роды у тревожно-мнительных матерей (43,8%; 25,4% и 17,2%), конфликты в семье (37,5%; 11,3% и 14,1%), наличие братьев и сестер (62,5%; 43,7% и 37,5%) , болезнь родителей и других значимых лиц (6,3%; 5,6% и 3,1%), аффективная патология на 1-м году жизни (31,3%; 16,9% и 17,2%) и почти все факторы риска, связанные со школой - раннее помещение в школу (25%; 8,5% и 20,3%), неподготовленность к обучению (6,3%; 4,2% и 3,1%), дополнительные специальные занятия (12,5%; 2,8% и 6,3%), отрицательное отношение к школе (12,5%; 2,8% и 6,3%), обучение на дому (6,3%; 2,8% и 3,1%).

Во 2-й группе больных более заметны, чем в других группах, нарушение системы мать-дитя (62,5%; 83,1% и 73,4%), патология воспитания (81,3%; 83,1% и 76,6%), смерть родителей, родственников и др. (6,3%; 9,9% и 4,7%), изменение стереотипа общения (6,3%; 8,5% и 1,6%) и слабая успеваемость (0%; 1,4% и 0%).

В 3-й группе чаще отмечаются следующие факторы: посещение детских учреждений (43,8%; 53,5% и 56,3%), неполная семья (18,8%; 16,9% и 29,7%), алкоголизация родителей (6,3%; 2,8% и 7,8%), психоэмоциональные перегрузки (50%; 21,1% и 54,7%), конфликтные отношения с родителями (43,8%; 0% и 71,9%), сверстниками (37,5%; 2,8% и 62,5%) и педагогами (0%; 0% и 12,5%), агрессивное поведение (12,5%; 0% и 42,2%).

По данным КИГ нарушения гомеостаза в 1-й группе с явлениями парасимпатикотонии у 66,6% обследованных - с симпатической (33,3%) и асимпатической реактивностью (33,3%) и нормальный гомеостаз - у 33,4% с гиперсимпатической реактивностью.

Во 2-й группе нарушение гомеостаза с парасимпатикотонией у 80,5% больных с симпатической реактивностью у 34,2%, гиперсимпатической у 29,3%, асимпатической у 9,8% и нормальной вегетативной реактивностью у 7,3%. С симпатикотонией нарушение гомеостаза у 7,3% обследованных с симпатической - у 4,9% и асимпатической реактивностью у 2,4% обследованных. Нормальный гомеостаз - у 12,2% обследованных с гиперсимпатической (4,9%), асимпатической (4,9%) и симпатической (2,4%) реактивностью.

В 3-й группе у 68,8% больных нарушение гомеостаза с преобладанием парасимпатикотонии с гиперсимпатической реактивностью (37,5%), симпатической (18,8%), асимпатической (6,3%) и нормальной (6,3%) вегетативной реактивностью. Нарушение гомеостаза с симпатикотонией у 21,9% обследованных с симпатической (6,3%), гиперсимпатической (6,3%), асимпатической (6,3%), и нормальной (3,1%) реактивностью. Нормальный гомеостаз у 9,3% обследованных с симпатической вегетативной реактивностью.

Аффективная (депрессивная) патология по группам отличается в плане этиологии: психогенная депрессия чаще отмечается в 1-й группе больных, реже во 2-й и 3-й (81,3%; 73,2% и 67,2%), тогда как соматогенная соответственно более заметна в 3-й, менее - во 2-й и 1-ой группах (18,7%; 26,8% и 32,8%). Астенический (18,8%; 28,2% и 20,3%) и тревожный варианты депрессии (31,2%; 49,3% и 42,2%) более представлены во 2-й группе больных, тогда как астенотревожный (50%; 22,5% и 37,5%) - в 1-й группе.

Выводы:

Гиперкинетические проявления в структуре психосоматических расстройств у детей и подростков обусловлены дизонтогенезом, вызванным, как биологическими (конституциональными, церебрально-органическими), так и психосоциальными факторами.

Дизонтогенез характеризуется асинхронией развития различных психических сфер, в первую очередь, эмоциональной сферы. Нарушения эмоциональной сферы связаны с изменением дофаминового и других видов обмена и проявляются дисбалансом симпатико-парасимпатических соотношений, чаще с преобладанием парасимпатического влияния. Симпатикотония представлена в большей степени усилением моторного (гиперкинезии) и идеаторного (неустойчивость внимания) компонентов при слабой выраженности эмоционального (повышение настроения) компонента аффективных проявлений.

М.П. Билецкая, Ю.Л. Быкова

**ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В
НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ С ДЕТЬМИ, БОЛЕЮЩИМИ
ГАСТРОДУОДЕНИТОМ**

**Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская
академия (Санкт-Петербург, РФ).**

В последние годы отмечается значительный рост патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей, которая характеризуется хроническим рецидивирующим течением и недостаточной эффективностью общепринятых методов лечения. Это связано с наследственной отягощенностью и действием многих факторов: физических, экологических, психических и социальных [1]. Заболевание ребенка в большинстве случаев переживается семьей как стрессовое событие. Атмосфера, складывающаяся в семье во время болезни ребенка, во многом зависит от того, как его воспитывают. Ситуация может усугубляться, если ребенок воспитывается в неполной семье [2].

Цель исследования: изучить особенности детско-родительских отношений в неполных семьях с детьми, болеющими гастродуоденитом. Всего были исследованы 80 человек. Основная группа: 20 детей 9-11 лет из неполных семей с хроническим гастродуоденитом и их матери. Контрольная группа: 20 детей 9-11 лет из неполных семей со здоровым ЖКТ и их матери.

Методы исследования:

1. Психодиагностический: опросники «Анализ семейной тревоги» и «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис); методика «Диагностика родительского отношения» (А.Я. Варга, В.В. Столин); «Родителей оценивают дети» (И.А. Фурманов, А.А. Аладьин); опросник социализации для школьников «Моя семья»; опросник самоотношения (В.В. Столин, Р.С. Пантелеев).

2. Статистический: критерий U-Манна-Уитни.

Были получены следующие **результаты**.

Анализ «Диагностики родительского отношения» выявил различия по шкалам: «симбиоз» ($p < 0,01$), «гиперсоциализация» ($p < 0,01$), «маленький неудачник» ($p < 0,001$). Т. о., в неполных семьях матери стремятся к симбиотическим отношениям с больным ребенком, к авторитарному контролю над ним, инфантилизируют ребенка, приписывают ему личную и социальную несостоятельность.

По опроснику «Анализ семейной тревоги» выявлено, что в семьях больных детей матери отличаются достоверно высоким уровнем всех основных компонентов: «вина» ($p < 0,01$), «тревожность» ($p < 0,001$), «напряжение» ($p < 0,001$), которые составляют «общую семейную тревогу» ($p < 0,001$). Наличие высокого уровня тревоги в семье косвенно свидетельствует о наличии семейной дисфункции.

«Анализ семейных взаимоотношений» позволил выявить, что в неполных семьях детей с гастродуоденитом матери чрезмерно опекают ребенка, предъявляют к нему завышенные, не соответствующие его возможностям требования. Отмечается смена стилей и приемов воспитания,

Исследуя самоотношение больных детей из неполных семей были выявлены различия по шкалам: «глобальное самоотношение» ($p < 0,001$), «самоуважение» ($p < 0,001$), «аутосимпатия» ($p < 0,001$), «ожидаемое отношение от других» ($p < 0,001$), «самоуверенность» ($p < 0,001$), «отношение других» ($p < 0,01$). Дети с гастродуоденитом из неполных семей не верят в свои способности и силу, в возможность контролировать собственную жизнь. Они видят в себе преимущественно

но недостатки, имеют низкую самооценку и готовность к самообвинению. Имеют низкий интерес к собственным мыслям и чувствам, не уверены, что могут быть интересны другим.

В результате проведения опросника социализации для школьников «Моя семья» выявлены различия по шкалам: «воспитательные установки» ($p < 0,001$), «самостоятельность» ($p < 0,001$), «методы воспитания» ($p < 0,001$), «взаимоотношения» ($p < 0,001$), «взаимопомощь» ($p < 0,01$), «общность интересов» ($p < 0,001$). Т. о., в неполных семьях больные дети отмечают гибкость воспитательных установок и методов воспитания матерей, что, возможно, обусловлено воспитательной неуверенностью матерей. Детьми отмечается препятствие матерей развитию их самостоятельности, недружеские взаимоотношения в семье, отсутствие взаимопомощи и общих интересов.

По опроснику «Родителей оценивают дети» выявлены достоверные различия по шкалам: «гипопротекция» ($p < 0,001$), «чрезмерность требований» ($p < 0,001$), «чрезмерность запретов» ($p < 0,01$), «недостаточность запретов» ($p < 0,001$), «неустойчивость» ($p < 0,01$). Дети с гастродуоденитом из неполных семей отмечают невнимание матери к себе. Ребенку предъявляется огромное количество требований. Отмечается смена стилей и приемов воспитания.

Т. о., в неполных семьях матери детей с гастродуоденитом стремятся к установлению симбиотических отношений с ребенком, к авторитарному контролю над ними, инфантилизируют ребенка. В данных семьях отмечается высокий уровень общей семейной тревоги, смена стилей и приемов воспитания, отсутствие взаимопомощи и общих интересов. Дети с гастродуоденитом из неполных семей имеют низкую самооценку и готовность к самообвинению. Они отмечают, что матери к ним невнимательны, предъявляют огромное количество требований. Полученные данные свидетельствуют о наличии выраженной семейной дисфункции в неполных семьях с детьми, болеющими гастродуоденитом и позволяют выделить **мисшени психокоррекции**: патологизирующий стиль семейного воспитания, высокая семейная тревога, низкая самооценка больных детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ботвиньев О.К., Смирнова Г.И., Ляликова В.Б., Сулаберидзе И.Э. Эффективность гелариума в комплексной терапии психосоматических нарушений у детей с гастроэнтерологической патологией // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2002, Т. 4, № 2.
2. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.

М.П. Билецкая, Т.В. Веселова

СЕМЕЙНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия (Санкт-Петербург, РФ).

Дисфункциональные отношения в семье и нарушения детско-родительского взаимодействия могут приводить к развитию психосоматических заболеваний, в частности, к хроническому гастродуодениту, поскольку семейные взаимоотношения для ребенка играют наиболее значимую роль в его жизни, отражаются на эмоциональном состоянии ребенка и на формировании его личности.

С целью исследования особенностей семейной дисфункции и эмоционально-личностных особенностей детей с хроническим гастродуоденитом были обследованы 300 человек. Основную группу составили: 50 детей 8-11 лет с гастродуоденитом и их родители (50 матерей, 50 отцов). Контрольная группа: 50 детей 8-11 лет со здоровым желудочно-кишечным трактом и их родители.

Методы исследования: 1. Клинико-биографический (беседа, наблюдение).

2. Психодиагностический: опросник «Взаимодействие родитель-ребенок» (И.М. Марковская); опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис); шкала явной тревожности СМАС (A. Castaneda, B.R. McCandless, D.S. Palermo, адаптирована А.М. Прихожан); многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла (детский вариант, адаптирован Э.М. Александровой, И.Н. Гильяшевой);

3. Статистический метод.

Клинико-биографический метод позволил выявить устранение отцов больных детей из сферы воспитания, а также симбиотическую связь матери и ребенка, что характерно для семей, где ребенок болен психосоматическим заболеванием. На основании данных анамнеза выявлено, что обострение гастродуоденита провоцируют различные неблагоприятные факторы, среди которых главную роль родители отводят конфликтам и неблагоприятной эмоционально-психологической атмосфере в семье.

По результатам опросника «Взаимодействие родитель-ребенок» выявлено, что как для матерей, так и для отцов, больных детей в воспитании характерны: более строгие меры, жесткие правила ($p < 0,01$, $p < 0,05$ соответственно), установленные во взаимоотношениях со своим ребенком, контролирующее поведение ($p < 0,01$, $p < 0,05$ соответственно) и воспитательная конфронтация ($p < 0,01$) в семье больного ребенка, что может свидетельствовать о необходимости соблюдения режима дня и диеты.

Результаты опросника «Анализ семейных взаимоотношений» показали, что для родителей больных детей в воспитании характерно вытеснение супружеского конфликта в сферу воспитания ($p < 0,01$), что может указывать на дисфункциональность взаимоотношений в данных семьях. Отцы, устранившись из сферы воспитания ($p < 0,01$), реализуют свою воспитательную функцию через максимальное удовлетворение потребностей ребенка ($p < 0,01$) и через повышение санкций ($p < 0,01$). Матери, уделяя много времени, внимания ($p < 0,01$) своему ребенку, предпочитают обходиться без наказаний ($p < 0,01$). Т. о., родителями больных детей не выработан единый стиль воспитательного процесса, что может свидетельствовать о семейной дисфункции. Также родители способствуют развитию у ребенка инфантильных черт характера ($p < 0,05$).

Для больных детей характерна повышенная тревожность ($p < 0,001$), а также они более подвержены аффективным переживаниям, ($p < 0,01$), эмоционально лабильны и неустойчивы в интересах ($p < 0,01$), зависимы, не уверены в себе ($p < 0,01$), легкомысленны ($p < 0,01$).

Выявление взаимосвязей между тревожностью ребенка с гастродуоденитом и типами воспитания позволило обнаружить, что уровень тревожности ребенка связан с чрезмерностью санкций ($r = -0,366$; $p < 0,01$) и воспитательной неуверенностью ($r = 0,300$; $p < 0,05$) у матерей и чрезмерностью запретов ($r = -0,300$; $p < 0,05$) у отцов, что может свидетельствовать о наличии контролирующего поведения в данных семьях, которое обусловлено состоянием здоровья ребенка. Тревожность здорового ребенка обусловлена наличием наказаний ($r = 0,301$; $p < 0,05$) со стороны матери и непризнанием отцом своих негативных качеств ($r = -0,418$; $p < 0,01$).

Выявление взаимосвязей между личностными чертами детей с гастроуденитом и особенностями детско-родительского взаимодействия показало, что импульсивность, аффектотимия, сила «Сверх-Я» детей связаны с уровнем требовательности ($r = -0,331$; $p < 0,05$), непоследовательностью воспитательных мер ($r = 0,364$; $p < 0,01$), контролем и отсутствием сотрудничества ($r = 0,320$; $p < 0,05$), что может говорить о несформированности единого стиля воспитания у родителей, что, в свою очередь, может свидетельствовать о дисфункциональности детско-родительских отношений в исследуемых семьях. В контрольной группе значимым в развитии интеллекта здоровых детей является такой параметр детско-родительского взаимодействия, как удовлетворенность отношениями ($r = -0,298$; $p < 0,05$), что может говорить о том, что внимание родителей контрольной группы сфокусировано не столько на здоровье своих детей, сколько на их успехах в школе.

Выводы: 1. Для семей детей с гастроуденитом характерны: симбиотические отношения между матерью и ребенком, устранение отца из сферы воспитания, строгое и контролирующее поведение, воспитательная конфронтация и вытеснение супружеского конфликта в сферу воспитания.

2. Эмоционально-личностными особенностями детей с гастроуденитом являются: тревожность, эмоциональная лабильность и неустойчивость в интересах, зависимость, неуверенность в себе и легкомысленность.

3. Тревожность ребенка с гастроуденитом взаимосвязана с уровнем строгости, воспитательной неуверенностью матери и чрезмерностью запретов отца. Ряд личностных черт больных детей связан с такими параметрами детско-родительского взаимодействия, как уровень требовательности, непоследовательность воспитательных мер, контроль и отсутствие сотрудничества, что может говорить о несформированности единого стиля воспитания у родителей, что, в свою очередь, свидетельствует о семейной дисфункции.

Т. о., формирование эмоционально-личностных особенностей детей с психосоматическим вариантом гастроуденита тесно взаимосвязано с дисфункциональными отношениями в семье.

М.П. Билецкая, П.И. Ермолаев

ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ПОДРОСТКАМИ, СТРАДАЮЩИМИ НЕЙРОДЕРМИТОМ

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия (Санкт-Петербург, РФ).

Нейродермит — одно из наиболее распространенных заболеваний, встречающихся во всех странах, у лиц обоего пола и в разных возрастных группах [2]. В подростковом возрасте, в связи с мощным гормональным всплеском и бурными психофизическими изменениями, риск обострения заболевания значительно увеличивается [1]. Данный возраст является особенно чувствительным к воздействию неблагоприятных, психотравмирующих ситуаций, которые также могут спровоцировать обострение заболевания. Поэтому нам представляется особенно важным изучить, какие эмоционально-личностные особенности и особенности защитно-совладающего поведения характерны для подростков с нейродермитом, а также разработать психокоррекционную программу, направленную на помощь в адаптации и эффективное совладание в стрессовой ситуации. С этой целью были обследо-

дованы 40 подростков 13-16 лет с нейродермитом и 40 подростков того же возраста без хронических соматических заболеваний.

Методики исследования:

- Многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла 14PF (142 вопроса);
- Личностная шкала проявления тревоги (Дж. Тейлор, адаптация В.Г. Но-ракидзе);
- Диагностика состояния агрессии А. Басса–А. Дарки;
- Шкала определения уровня депрессии (адаптация Т.И. Балашовой);
- Торонтская шкала алекситимии – TAS (адаптация НИПНИ им. В.М. Бехтерева);
- Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (С. Норман, адаптированный вариант Т.А. Крюковой);
- Диагностика типологий психологической защиты (Р. Плутчик в адаптации Л.И. Вассермана, О.Ф. Ерышева, Е.Б. Клубовой).

На основании результатов проведенного исследования были выделены **мишени психокоррекции:**

- высокий уровень тревожности у подростков с нейродермитом,
- низкая эмоциональная устойчивость,
- алекситимические блоки,
- подавление агрессивных проявлений,
- малоадаптивное защитно-совладающее поведение.

Выделенные мишени позволили разработать **психокоррекционную программу**, цель которой - обучить подростков адекватному эмоциональному и поведенческому реагированию в период обострения заболевания.

Данная цель достигается с помощью следующих **задач:**

- 1) Проведение мини-лекций, раскрывающих взаимосвязь эмоций и нейродермита, показывающих необходимость преодоления алекситимических блоков.
- 2) Улучшение фона настроения (снижение уровня тревожности и страхов).
- 3) Осознание своих эмоциональных реакций, реакций других людей, а также отреагирование этих эмоций подростком.
- 4) Отреагирование агрессии.
- 5) Проработка новых, более адаптивных способов совладания с психотравмирующими ситуациями.

Реализация данной программы осуществляется посредством следующих **методов и техник:** ролевые игры, элементы психодрамы и аутотренинга, арт-терапия, психогимнастика.

Психокоррекционная программа рассчитана на 16 часов (8 занятий по 2 часа), осуществляется в виде групповой психокоррекции. Состав группы – 6-8 человек. Работа направлена на преодоление алекситимических блоков, отреагирование агрессии, улучшение фона настроения. Важными задачами являются осознание подростками с нейродермитом взаимосвязи негативных эмоций с обострением заболевания. Включает в себя **5 этапов:**

- 1) Активное вовлечение подростков в работу, формирование мотивации. Важно сразу распознать подростков с трудностями в коммуникации и максимально вовлечь их в обсуждения и игры, давая понять, что группа их принимает, обеспечить чувство безопасности.
- 2) Ознакомительный этап. Проводится в форме мини-лекций. Подростки знакомятся с особенностями своего заболевания и со значением эмоций в его возникновении.

3) Релаксационный этап. Обучение техникам релаксации, необходимым для уменьшения выраженности эмоционального напряжения; активная проработка техник.

4) Реконструктивный этап. Включает в себя:

- упражнения на отслеживание своих эмоциональных реакций, реакций других людей, а также отреагирование этих эмоций;
 - упражнения, направленные на тренировку в выражении эмоций на вербальном и невербальных уровнях;
 - помощь в отреагировании агрессии на бессознательном уровне в социально приемлемых формах;
 - коррекция копинг-поведения, выработка новых, более адаптивных путей совладания.
- заключительный этап. Происходит подведение итогов и отсоединение от группы.

Т. о., данная программа способствует развитию более адаптивного совладающего поведения и в конечном итоге – профилактике рецидивов заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф. Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб.: Речь, 2002.
2. Торопова Н.П., Синявская О.В. Экзема и нейродермит у детей: (Современные представления о патогенезе, клинике, лечении и профилактике). - Екатеринбург, 1993.

М.П. Билецкая, Н.О. Мельникова

СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия (Санкт-Петербург, РФ).

В настоящее время продолжает увеличиваться заболеваемость подростков психосоматическими заболеваниями. Длительное психоэмоциональное напряжение подростков с бронхиальной астмой и частые рецидивы заболевания могут вызывать дисфункциональные отношения в семье, трудности в обучении и в отношениях со сверстниками. Важную роль в увеличении и продолжительности ремиссии играют семья и семейные взаимоотношения [1, 2].

С целью изучения психологических особенностей семей подростков с бронхиальной астмой **обследованы** 100 семей: 50 семей с подростками (13-16 лет), страдающими atopической бронхиальной астмой средней степени тяжести; контрольная группа - 50 семей со здоровыми подростками (13-16 лет).

Методы исследования:

1. Клинико-биографический (семейный анамнез, включенное наблюдение).
2. Психодиагностический: опросник «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса; шкала семейной адаптации и сплоченности Д.Х. Олсона, Дж. Портнера, И. Лави, адаптированная М. Перре; «Дифференциальная шкала эмоций» (ДШЭ); опросник Басса-Дарки;
3. Статистический метод.

В результате был выявлен тип патологизирующего семейного воспитания («доминирующая гиперпротекция»), определяющий семейную дисфункцию. У подростков с бронхиальной астмой наблюдаются сниженный фон настроения и

повышенный уровень агрессивности. Семейный копинг является малоадаптивным. Прослеживаются нарушение семейных коммуникаций, наличие конфликтов, что усугубляется запретом на выражение эмоций. Полученные данные позволяют выделить **мишени** психотерапии, основанной на системном семейном и биопсихосоциальном подходах.

М.П. Билецкой разработана **модель «ромбовидной» векторной семейной психотерапии**, целью которой являются обеспечение адаптивного функционирования семейной системы в момент рецидивов, выявление и использование саногенного эффекта семьи для выздоровления подростка. **Задачи:** принятие ответственности за существующие проблемы каждым членом семейной системы; повышение родительской компетентности; поиск, активизация семейных ресурсов и развитие на их основе адаптивных стратегий совладания; ориентация не на причины заболевания, а на его лечение.

Принципы и техники психотерапии: семейная системная психотерапия, семейная арт-терапия, ролевые игры, семейная дискуссия, психогимнастика. Данная модель рассчитана на 46 часов, предусматривает проведение лечения по направлениям, условно обозначающим ромб: на I этапе проводится работа с семьей как с системой: активное вовлечение семьи в работу (присоединение, «семейный диагноз» [2]), заключение психотерапевтического контракта, осознание членами семьи внутрисемейной напряженности, закрепление мотивации на дальнейшую работу. На II этапе с целью снижения напряженности связей во внутрисемейной структуре и реконструкции границ принимается решение о проведении сессий по векторам детской и родительской подсистем. Занятия проводятся в групповой форме: тренинг родительской компетентности; подростковая группа. III и IV этапы - психотерапия с семьей, как системой в целом. Содержание III этапа – реконструкция семейных отношений и выработка адекватного совладающего поведения в период рецидивов. Этап IV - поддерживающий, итоговый: отсоединение от семьи.

Оценка эффективности проводилась с помощью опросника «Анализ семейной тревоги» и катамнеза. Получены данные, свидетельствующие об эффективности модели ($p < 0,001$): снижение уровня общей семейной тревоги после лечения, снижение частоты конфликтов в семье, преобладание конструктивных решений проблем, стойкая ремиссия заболевания.

Основываясь на данной модели психотерапии, Н.О. Мельниковой была разработана **психокоррекционная программа, цель которой** - обучить больных подростков и членов семьи адекватному эмоционально-поведенческому реагированию как в период рецидива, так и при ремиссии. **Техники, интегрированные в программу:** семейное консультирование; элементы рациональной психотерапии; групповая дискуссия; ролевые игры; техника проективного рисунка; психогимнастика. Модель рассчитана на 21 час, состоит из трех **блоков**: 1. Семейное консультирование: присоединение к семье, «семейный диагноз», обсуждение выявленных неадекватных паттернов эмоционально-поведенческого реагирования, мотивация на дальнейшую работу. 2. Групповая психокоррекция подростков с бронхиальной астмой: преодоление алекситимических блоков, отреагирование агрессии, улучшение фона настроения. 3. Семейная психокоррекция. Работа происходит с семьей как с системой в целом: преодоление алекситимических блоков в семье, рекомендации по коррекции стиля семейного воспитания, выявление семейных ресурсов и реконструкция адаптивных форм семейного копинга. 4. Заключительный: отсоединение психолога от семьи, обсуждаются перспективы дальнейшего развития, даются рекомендации.

Оценка эффективности определялась с помощью методик ДШЭ и опросника Басса-Дарки: у подростков с бронхиальной астмой по шкале «радость» показатели увеличились ($p < 0,01$), а по шкале «горе» значимо снизились ($p < 0,01$); снизилась вербальная агрессия ($p < 0,05$) и наблюдается тенденция к уменьшению косвенной агрессии.

Т. о., модель «ромбовидной» векторной семейной психотерапии и разработанная на ее основе программа психокоррекции способствуют адаптивному функционированию семейной системы в момент обострения заболевания и позволяют использовать саногенный эффект семьи в программе комплексного лечения подростков с бронхиальной астмой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Билецкая М.П., Мельникова Н.О. Бронхиальная астма у детей и подростков и семейная психотерапия. Монография. - СПб., 2008.
2. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз. - СПб.: Речь, 2005.

М.П. Билецкая, А.Е. Соколова

ОСОБЕННОСТИ СТРАХОВ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия (Санкт-Петербург, РФ).

Психосоматические расстройства у детей являются важной проблемой практического здравоохранения. Наиболее частыми психосоматическими, часто рецидивирующими заболеваниями являются бронхиальная астма и расстройства желудочно-кишечного тракта. Психотравмирующие события (стрессоры), способные вызвать заболевания, чрезвычайно разнообразны [2]. Восприимчивость к стрессорам различна и зависит от их психологической значимости. Обострения заболеваний приводят к увеличению страхов у детей [1, 3].

Цель исследования: изучение особенностей страхов и совладающего поведения у детей с психосоматическими заболеваниями. Всего были исследованы 100 человек. Основная группа: 25 детей 8-10 лет с хроническим гастритом, 25 детей 8-10 лет с бронхиальной астмой. Контрольная группа: 50 детей без хронических, в том числе психосоматических, заболеваний

Методы исследования:

1. Психодиагностический, включающий следующие методики
 - Шкала явной тревожности CMAS A. Castenada, B.R. McCandless, D.S. Palermo, адаптированная А.М.Прихожан;
 - Опросник Басса-Перри, адаптированный С. Н. Ениколоповым;
 - Опросник А.И. Захарова «29» страхов;
 - Опросник копинг-стратегий школьного возраста N.M.Ryan-Wenger, адаптированный Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским.
2. Статистический: сравнение средних по ранговому критерию Mann-Whitney, сравнение степени выраженности по χ^2 .

Результаты исследования:

У детей с хроническим гастритом наблюдается высокий уровень физической агрессии ($p < 0,001$), гнева ($p < 0,001$) и враждебности ($p < 0,001$). Данные результаты свидетельствуют о том, что для детей с психосоматическими расстройствами характерно использование физической силы против другого лица. Также дети с

бронхиальной астмой и хроническим гастритом характеризуются негативными чувствами и оценками относительно людей и ситуаций.

Было выявлено, что для детей с бронхиальной астмой характерен более высокий уровень гнева, чем для детей с хроническим гастритом. Выраженный уровень гнева свидетельствует о наличии деструктивных тенденций в области межличностных отношений. Т. к. проявление агрессии и враждебности у детей с бронхиальной астмой и у детей с хроническим гастритом сходны по своим основным признакам, то бронхиальную астму и хронический гастрит можно объединить в группу психосоматических заболеваний.

Было выявлено, что для детей с хроническим гастритом и бронхиальной астмой характерны следующие страхи: страх «одиночества» ($p < 0,05$) и страх «высоты» ($p < 0,05$). Детям с хроническим гастритом свойственны также страх «нападения» ($p < 0,05$), страх «опоздать в школу» ($p < 0,05$) и страх «больших улиц» ($p < 0,001$). Для детей с бронхиальной астмой характерны страх «наказания от родителей» ($p < 0,005$), страх «страшных снов» ($p < 0,05$), страх «глубины» ($p < 0,05$), страх «замкнутого пространства» ($p < 0,05$), страх «огня» ($p < 0,05$), страх «больших улиц» ($p < 0,005$) и страх «уколов» ($p < 0,05$).

Т. о., для детей с психосоматическими расстройствами характерны полиморфизм и патологическая фиксация на страхах, которые становятся значимыми в структуре эмоциональной сферы в отличие от контрольной группы, детям которой свойственны возрастные страхи.

Дети с психосоматическими расстройствами используют такие копинг-стратегии, как «воплю, кричу» ($p < 0,05$), «плачу, грущу» ($p < 0,05$), «борюсь, дерусь» ($p < 0,05$) и «думаю об этом» ($p < 0,05$).

Использование больными детьми единичных и диадных копинг-стратегий при возникновении данных страхов, возможно, свидетельствует о фиксации эмоционального переживания на этих страхах и попытках совладать с ними. Высокий уровень тревожности детей свидетельствует о малой эффективности данного совладающего поведения.

Т. о., **мишенями** для психокоррекции детей с психосоматическими расстройствами являются:

1. выраженная негативная аффективность;
2. полиморфизм и фиксация на возрастных страхах;
3. высокий уровень тревожности;
4. малоадаптивное совладающее поведение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Контеров П. Ф. О детском страхе // Народное образование. – 2000, № 3.
2. Лебединская В.В., Никольская О.С. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М., 1990.
3. Билецкая М.П. Краткосрочная «ромбовидная» векторная семейная психотерапия (при психосоматических заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей). Учебно-методическое пособие к курсу «Психология семьи и семейная психотерапия». – СПб., 2006. – 40 с.

**В.И. Горемыкин, Л.Н. Волкова, И.В. Королева, А.В. Хижняк,
С.Ю. Елизарова, О.В. Нестеренко**

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В
ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ У ДЕТЕЙ, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ
И СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ**

Саратовский государственный медицинский университет (Саратов, РФ).

В период демографического спада, переживаемого Россией, здоровье молодежи приобретает особую ценность. Именно пубертатный период чрезвычайно важен в физиологическом, психологическом, нравственном и социальном становлении человека. Актуальны соотношения между физическим, половым созреванием и становлением психовегетативного статуса. Современное научное знание демонстрирует возрастающий интерес к проблеме тревожности личности. Формирование эмоционально-волевой сферы, с которой тесно связано формирование личности, – сложный длительный процесс, характеризующий развитие подростка. Совершенно очевидно, что возможность прогнозирования развития тревожных состояний в пубертатном возрасте и своевременное выявление личностной тревожности у подростка позволит предотвратить возможное формирование депрессивных состояний. Требуется поиск новых и совершенствование существующих методов немедикаментозного лечения психовегетативных нарушений и сопутствующих тревожных состояний у детей подросткового возраста.

Цель данного исследования - проведение комплексного анализа причин формирования тревожных состояний и психовегетативных нарушений у детей пубертатного возраста и совершенствование методов их коррекции.

Материалы и методы исследований: всего исследованы 226 детей в возрасте от 11 до 15 лет, девочек 108, мальчиков 118 человек, из них с нормальным физическим и половым развитием – 82, ускоренным – 42, с задержкой физического и/или полового созревания – 38, подростков с наличием хронической соматической патологии – 64.

Оценка полового развития осуществлялась с помощью половой формулы, предложенной Таннером. Критерием включения в различные группы были задержка или ускорение полового созревания, независимо от степени выраженности. Оценка физического развития ребенка проводилась на основе центильного метода и использования феномена относительного постоянства соотношения массы и роста детей различных возрастных групп. Вегетативные дисфункции оценивались с помощью опросника А.М. Вейна, вегетативный тонус - по таблице А.Д. Соловьева, вегетативные реакции, используя глазо-сердечный, синокардиальный, соллярный рефлекс, вегетативное обеспечение – в ходе ортоклиностатической пробы. Выявление неблагоприятных социальных, семейных факторов и типов воспитания производилось в ходе анкетирования родителей с использованием опросника S. Schreder, B. Gordon, несколько модифицированного с учетом специфики исследования. Типы семейного воспитания изучались с применением опросника АСВ. Личная и реактивная тревожность определялась методом самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л.Ханина. Для оценки качественных и количественных характеристик сна была разработана специальная анкета.

Коррекция выявленных психовегетативных нарушений проводилась в ходе музыкотерапии и БОС-терапии.

Полученные результаты свидетельствуют, что формирование психовегетативных нарушений в пубертатном возрасте у детей находится в тесной связи с уровнем физического развития, полового созревания, наличием хронических со-

матических заболеваний. Выраженные психовегетативные нарушения характерны для детей с задержкой физического развития и полового созревания, имеющих хроническую соматическую патологию. Комплексная оценка преморбидного фона, состояния вегетативной нервной системы, результатов психофизического шкалирования позволяет прогнозировать развитие тревожных состояний у детей пубертатного возраста.

Среди мальчиков повышенная тревожность, вегетативная дисфункция наиболее часто встречаются в начале пубертатного периода, у девочек в момент его окончания. На фоне задержки физического и полового развития состояния тревоги у детей формируются в 1,5 раза чаще, чем при нормальном развитии. Ускоренное физическое развитие приводит к уменьшению частоты повышенной тревожности у мальчиков на ранних стадиях пубертата, не влияя на величину этого показателя у девочек аналогичного возраста.

Назначение музыкотерапии при лечении тревожных состояний у детей пубертатного возраста обладает большей эффективностью, чем биорегуляция, в то же время при коррекции тревожных состояний, сочетающихся с вегетативной дистонией, биорегуляция имеет более выраженный и продолжительный эффект, чем музыкотерапия.

Т. о., полученные данные могут быть использованы для прогнозирования течения тревожных состояний у детей пубертатного возраста, что позволяет дифференцированно подходить к их лечению, тем самым повысив эффективность терапевтических мероприятий.

М.С. Григорович, М.А. Мамаева

**ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И
КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ
ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ**

Кировская государственная медицинская академия, Лицей естественных наук (Киров, РФ).

Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются одними из наиболее распространенных в структуре инфекционных заболеваний детского возраста. В последние годы все чаще высказываются предположения о наличии этиопатогенетической связи ОКИ с хронической патологией органов желудочно-кишечного тракта. Вместе с тем, общепризнанной тенденцией в современной медицинской науке является отказ от узколокалистических представлений в понимании сути болезни в пользу биопсихосоциальной модели заболеваний. Причем роль эмоциональной лабильности детей в патогенезе развития патологии органов пищеварения нередко считается определяющей (Моисеев А.Б., Цветкова Л.Н., 2009). Однако особенности психоэмоционального состояния и адаптации пациентов детского-подросткового возраста, перенесших ОКИ, недостаточно изучены.

Цель работы. Оценить особенности психоэмоционального реагирования и катамнез детей с ОКИ.

Пациенты и методы исследования. Под наблюдением находились 97 детей в возрасте от 9 до 14 лет, получивших лечение по поводу ОКИ в условиях стационара. Отбор пациентов проводился методом случайной выборки. В работе использовались клинико-анамнестический, клинико-психологический, параклинический, катамнестический методы. С учетом рекомендаций по оценке психоэмоционального статуса и особенностей адаптации (Исаев Д.Н. 1996, 2000, 2004; Лобзин Ю.В.

и соавт., 2006) для обследования детей использовались следующие методики: цветовой тест Люшера, адаптированный опросник Айзенка, теппинг-тест, тесты на оценку эмоциональной напряженности и интеллектуальной лабильности, проективный тест «Гомункулус» (А.В. Семенович, 2002). Тестирование проводилось в стандартных условиях (в одно и тоже время дня, у детей с нормальным цветовым зрением) перед выпиской детей из стационара. В анамнезе наблюдаемых нами пациентов отсутствовали указания на отягощенную наследственность психическими заболеваниями и наличие тяжелой сопутствующей патологии.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных показал, что к моменту выписки из отделения у 74,2% детей наблюдались признаки эмоционально-неустойчивого состояния. Так, у большинства пациентов было выявлено состояние повышенной тревожности, почти в половине случаев - повышенное напряжение нервной системы (48,5%) и наличие признаков агрессии (40,2%). Более трети детей (37,1 %) к моменту выписки находилось в состоянии эмоционального стресса. Следует отметить, что наибольший уровень тревожности имели дети, у которых в анамнезе наблюдались повторные желудочно-кишечные расстройства, а также присутствовали указания на частые срыгивания в первые месяцы жизни, склонность к рвотам. Признаки перевозбуждения имели 12,4% детей, а проявления умеренного или хронического переутомления как результат трофотропного доминирования зарегистрированы у 13,4% и 11,3% пациентов соответственно. У детей с трофотропным доминированием чаще регистрировали высокий уровень тревожности и наличие различных повторных эпизодов расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта в анамнезе начиная с первых месяцев жизни. По данным коэффициента суммарного отклонения, 16,4% пациентов имели крайне высокий уровень непродуктивной нервно-психической напряженности, тревожности, повышенной возбудимости, соответственно - риска срывов поведения и деятельности.

Дети с признаками выраженной эмоциональной нестабильности (нейротизма) в структуре обследованных составили 41,2% . Интерпретация данных теста эмоциональной напряженности позволила выявить преобладание среднего и низкого уровня ее выраженности у обследованных детей (41,2% и 45,4% соответственно). Анализ результатов исследования интеллектуальной лабильности показал наличие ее низкого уровня у 42,3% обследованных. При оценке функционального состояния нервной системы выявлены признаки слабой подвижности нервных процессов у 45,4% детей. Более чем в половине случаев низкие показатели теппинг-теста этих пациентов сочетались с наличием у них признаков нейротизма, повышенной эмоциональной напряженности, признаками нервно-психического напряжения и низкой интеллектуальной лабильности. По совокупности данных, полученных при интерпретации результатов клинико-анамнестического и психологического исследования, у большинства пациентов в эмоциональной сфере были обнаружены стрессогенные проявления различной степени выраженности.

При оценке катамнеза пациентов в течение 5 лет после перенесенной ОКИ выявлено, что у большинства детей с наличием признаков нейротизма, дизадаптации и проявлений выраженной психоэмоциональной напряженности отмечалось формирование хронической патологии со стороны желудочно-кишечного тракта. Последнее может свидетельствовать о наличии психосоматического компонента в цепочке желудочно-кишечных событий.

Т. о., полученные результаты можно рассматривать как проявления дизадаптации и наличия выраженной эмоциональной напряженности у детей с ОКИ при выписке из стационара, что свидетельствует о необходимости проведения в этой

группе пациентов разноплановых восстановительных мероприятий с целью эффективной реабилитации после ОКИ. Проведение клинико-психологического тестирования в комплексном обследовании детей, перенесших ОКИ, может способствовать выявлению факторов риска неблагоприятных исходов и формирования хронической патологии.

М.А. Калинина, В.Л. Котляров, Л.Г. Кузьменко, Г.В. Козловская
О ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ В КЛИНИКЕ
АУТИСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
НЦ психического здоровья РАМН, Российский университет дружбы
народов (Москва, РФ).

Обзор научных публикаций за последние 5-10 лет показывает высокий интерес исследователей к поиску предикторов риска и прогноза эндогенных заболеваний, таких как шизофрения и аутизм. В этом плане изучаются различные типы соматических диатезов. В частности, интерес представляют сердечно-сосудистые расстройства. Так, ретроспективный анализ анамнестических данных указывает на тесную связь вегетативных дисфункций детского возраста и психосоматических заболеваний у взрослых, в частности кардиопатий. Известны также сообщения о более высокой распространенности психической патологии среди пациентов с функциональными кардиопатиями, сравнимой с группой высокого риска по шизофрении.

Целью проведенной работы являлось изучение психосоматических аспектов психопатологии раннего возраста у детей с шизотипальными нарушениями и аутизмом.

Материал и методы. Группу наблюдения составили 35 детей (26 мальчиков и 9 девочек) раннего и дошкольного возраста с аутистическими нарушениями эндогенного типа, обратившиеся за помощью в один из ПМСЦ СВАО г. Москвы в 2008 г.

Дети были обследованы клинически (психопатологическим и педиатрическими методами) и параклинически с помощью ЭЭГ, ЭХОЭГ, эхокардиографии, ЭХО-исследований тимуса, иммунологических методов (анализ крови на фактор роста нервов - ФРН, лейкоцитарную эластазу - ЛЭ, основной белок миеллина - ОБМ и др.), генетических исследований.

Результаты исследования показали, что психическое состояние детей определялось аутистическим синдромом. Обнаруживалась аутистическая отстраненность от окружающего в виде так называемого «автономного» поведения, специфические нарушения внимания, феномены псевдоглухоты, псевдослепоты, тождества. Отмечались специфическая психическая гиперестезия, избирательность интересов, нередко стереотипные эмоционально выхолащенные игры, вторичная задержка психоречевого развития. Непостоянными являлись отдельные микрокататонические расстройства, диффузные протопатические страхи.

В анамнезе с раннего возраста отмечалось стигматизированное психомоторное развитие по типу шизотипического диатеза, на фоне которого в возрасте 1,5-2 лет наблюдалось острое или подострое изменение психического состояния в виде аутохтонных фазных расстройств.

В соматическом статусе как сопутствующие расстройства в 65,7% случаев обнаружены функциональные кардиопатии и малые аномалии строения сердца (МАРС), проявлявшиеся в виде функциональных шумов при аускультации, от-

дельных нарушений строения клапанов, дополнительных трабекул, открытого овального окна и др. - без нарушения гемодинамики.

У части детей отмечена склонность к частым респираторным заболеваниям. У 8 детей отмечено увеличение (в сравнении с возрастной нормой) тимуса. Кроме того, выявлены отклонения в системе аутоиммунитета (врожденного и приобретенного) в виде повышения или, наоборот, снижения ниже нормы уровня антител к ФРН, ОБМ, повышения уровня ЛЭ.

Заключение. Предварительные данные позволяют предположить, что наличие кардиопатий типа МАРС у пациентов с аутизмом отражает состояние системной соединительнотканной недостаточности, которая проявляется как нарушениями психического развития, так и аномалиями строения сердца.

Е.Г. Каримулина, О.В. Карякина

ФОРМИРОВАНИЕ СХЕМЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Московский городской психолого-педагогический университет, Центр образования № 1811 «Измайлово» (Москва, РФ).

Формирование схемы тела у детей изучается специалистами разного профиля: нейро- и патопсихологами, биологами, физиологами, медиками, педагогами. Для общепсихологических исследований интерес представляет связь образа тела с самооценкой, для патопсихологии - изучение образа тела и чувства себя в случаях патологического развития (дизонтогенеза при аутизме, нервной анорексии и др.). Изучение схемы и образа тела также важно для понимания особенностей становления зрительно-моторных координаций и интеллектуального развития детей. К сожалению, эмпирических, экспериментальных исследований, касающихся особенностей формирования схемы и образа тела, не так много.

В нашей работе «схема тела» изучалась в контексте неравномерности формирования ее компонентов у младших школьников. Другие параметры - когнитивные представления, а также оценка латеральности руки.

Цель - проследить становление оценки схемы тела при выполнении тестов, связанных с разными параметрами схемы тела (когнитивный аспект). Исследование проходило в течении 2007-2009 гг. на базе образовательного центра № 1811 «Измайлово».

Организация исследования: исследование проводилось в два этапа, форма проведения - групповая и индивидуальная, контингент испытуемых был смешанным: часть детей включены в лонгитюд, часть – в исследование по методу срезов.

Характеристика испытуемых 1 этапа: дети в возрасте 7-8 лет (1-2 класс) дети-левши – экспериментальная группа (ЭГ) – 11 чел, дети-правши - референтная группа по возрасту и полу – 10 чел. (КГ). 2 этап (2008-9 уч. г.). Характеристика испытуемых 2 этапа: 50 мальчиков и 50 девочек с мануальным правшеством с 1 по 4 класс (по 20 детей в каждой возрастной группе).

На 1 этапе (2007-8 уч. г.) проводилось сравнительное исследование разных компонентов схемы тела у детей с мануальным *левшеством* в сопоставлении с *детьми-правшами*. Использована методика на понимание схемы тела и руки (составлена Каримулиной Е.Г.), состоящая из 4-х субтестов: 1. Определение прикосновения (невербальная часть) путем указания; 2. Определение прикосновения путем называния части тела (вербальная часть); 3. Выполнение команды (понимание задания) на себе; 4. Выполнение команды на кукле или мишке (перекрестное за-

дание – когнитивный аспект). Фиксировались неправильное выполнение команд и характер ошибок.

На 2-м этапе для группового исследования был использован тест «проба рук» (модифицирован Каримулиной Е.Г. и Карякиной О.В.). Испытуемым выдавался бланк с картинками, на которых были изображены кисти правой или левой рук в той или иной позе (всего 5 поз) и в разных направлениях (горизонтальная ось – слева и справа; вертикальная ось – снизу и сверху).

Сопоставление результатов между детьми-левшами и детьми-правшами на 1 этапе показывает, что более половины всех детей данной выборки первого класса справляются со всеми предложенными заданиями *без ошибок*. Это относится и к детям-левшам, и к детям-правшам. Дети-левши справляются с данными заданиями лучше по сравнению с детьми-правшами того же возраста. В когнитивной части данного этапа дети-левши сделали меньше ошибок по сравнению с детьми-правшами. Анализ ошибок в зависимости от направления предъявления руки показывает, что распределение ошибок у детей-правшей и левшей отличаются. Значение оси предъявления для левшей является более значимым фактором при определении латеральности руки по отношению к правшам. Горизонтальная ось предъявления дает наибольшее количество ошибок у левшей. Фактор мануального левшества у детей 7-8 лет, по нашим данным, не связан однозначно с трудностями когнитивной оценки латеральности руки-стимула. Т. о., ось предъявления доминирует над анализом оценки принадлежности руки.

II этап исследования направлен на выявление возрастных и половых изменений в оценке латеральности рук у детей-правшей. Для этого использовалась методика изображения рук, предъявляемой в 4 позиции: горизонтальная ось – направление руки слева направо (Л) или справа налево (П); вертикальная ось – направление руки сверху вниз (В) или снизу вверх (Н).

Выявлено улучшение оценки латеральности руки в возрастном диапазоне от детей дошкольного возраста 6 лет до 4 класса 10 лет. Перелом в качестве ответов происходит на границе перехода из 1-го класса во 2-й – 65 % детей действуют целенаправленно. Однако во всей выборке не было ни одного ребенка, выполнившего задание без ошибок. Т. о., определение латеральности рук в методике изображения кистей рук является сложной когнитивной задачей. У детей дошкольного возраста и 1 класса более успешными являются мальчики, затем в 3 и 4 классе более успешными становятся девочки. Сравнение детей дошкольного возраста с детьми 1, 2, 3, 4 классов показывает значимые различия ($p \leq 0,05$), аналогичные значимые различия есть и при сравнении 1 и 3 классов и 1 и 2 классов.

Резюме. Для изучения становления схемы тела (образа тела) у младших школьников целесообразно использовать разные методы и методические приемы, поскольку это позволяет производить диагностику разных компонентов схемы тела в период ее формирования у детей. Многоуровневый характер образа тела отражается в неравномерности становления схемы тела и проявляется неравномерностью выполнения отдельных заданий: «Покажи на себе», «Выполни команду» выполняются всеми детьми без ошибок. В то же время «Назови» и «Покажи на другом» - с большим количеством ошибок. Т. о., вербальные составляющие схемы тела и пространственные характеристики формируются позднее по сравнению с проприоцептивными и моторно-исполнительскими. Фактор мануальной латеральности (правша-левша) испытуемого является несущественным в заданиях на оценку латеральности кисти рук у детей 7-8 лет (по представленной выборке детей).

Определение латеральности руки-стимула является сложной когнитивной задачей для младших школьников, что отражает недостаточную сформированность собственной схемы (образа) тела. Возрастной фактор существенным образом влияет на становление оценки латеральности руки-стимула (улучшение опознания руки-стимула более чем в 2 раза у детей 4-го класса по сравнению с 1-м). Оценка латеральности руки неизменно улучшается на протяжении младшего школьного возраста и не достигает полного развития к концу 4 класса.

Направление предъявления руки-стимула является существенным для оценки латеральности руки, его влияние на каждом возрастном этапе имеет свою специфику. Горизонтальная ось предъявления руки-стимула является более сложной по сравнению с вертикальной, что отражает особенности формирования схемы тела.

У мальчиков и девочек наблюдается несовпадение в оценке латеральности руки в зависимости от принадлежности руки-стимула и оси предъявления. У мальчиков вариативность ошибок имеет более выраженный характер.

Для выявления особенностей формирования схемы тела по методике оценки латеральности руки необходимо создание более доступной для детей младшего школьного возраста методики (более простые позы рук, с этапом обучения).

Л.М. Колпакова

ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ ПОДРОСТКОВ-ИНВАЛИДОВ И ЕГО ЗАВИСИМОСТЬ ОТ Я-КОНЦЕПЦИИ МАТЕРЕЙ И ТИПА ИХ МОТИВАЦИОННЫХ ОТНОШЕНИЙ

Академия социального образования (Казанский социально-юридический институт) (Казань, Татарстан, РФ).

Анализируя полученные экспериментальные материалы, мы приходим к выводу, что как в развитии интеллектуальной и аффективно-потребностной сфер, так и в особенностях поведения детей с детским церебральным параличом (ДЦП), обнаруживается определенная специфика, которую мы склонны интерпретировать не как простое отставание в развитии в связи с экзогенными причинами (результат недоразвития мозга и его повреждения в антенатальный и перинатальный периоды), а как качественно иной процесс. Эта специфика проявляется в *недоразвитии внутренних механизмов опосредования*, которые, согласно концепции Л.С. Выготского, Л.И. Божович, как раз и создают барьеры для личностного развития, проявляясь в невозможности перехода от реактивного, ситуационного поведения к свободному и социально адекватному поведению.

Наблюдения за детьми в консультативной практике показывают, что недоразвитие внутренних механизмов опосредования обусловлено, прежде всего, отношениями между детьми и их матерями. Экспериментальные исследования показали, что в результате этих отношений, дети с ДЦП, независимо от общего уровня развития, обладают особым характерным «профилем развития» и обнаруживают отставание в социальной адаптации. Анализ проведенного нами исследования показал, что отклонения детей с ДЦП носят специфический характер, обусловленный больше «депривационной ретардацией». Вместо развития активности, важнейшей личностной характеристики, они предпочитают не проявлять себя, стараются стать незаметным, пассивным, что, в конечном счете, приводит к патологическому формированию личности чаще по тормозимому типу. У них формируются различного рода защитные образования: ориентация на внешний контроль, аффективное реагирование и эксплозивность, эгоцентрические тенденции, псев-

доаутизм. Это дает основания полагать, что у детей с ДЦП наблюдается интенсивное формирование некоторых принципиально иных связанных с развитием личности механизмов которые помогают им приспособиться к жизни.

В нашем исследовании факторный анализ взаимосвязи и взаимозависимости индивидуальности матерей и детей с двигательными нарушениями, в основном со спастической диплегией и гемипаретической формой ДЦП (которые, как известно, имеют наиболее благоприятный прогноз в плане социализации) показал следующие условия, которые могут иметь значение для анализа самосознания:

1) качества личности матери и ребенка являются относительно константными личностными характеристиками;

2) наибольшую факторную нагрузку несут эмоциональные аспекты отношений матери и ребенка в динамике его возрастного развития.

При этом было выявлено, что наиболее значимыми для самосознания личности ребенка являются: «социальная адаптация самой матери», «материнские мотивационные отношения» и изменения Я-концепции матери, ее самосознания. Учитывая, что эти факты имели положительные связи со снижением активности детей, мы предположили, что, во-первых, в системе отношений «мать-ребенок» ключевую позицию занимают ценностно-смысловые особенности матери, отражающие отношение к ребенку, при этом само это отношение релевантно оценке социального ожидания, во-вторых, если это так, то они участвуют в качестве механизма формирования представлений о себе самого ребенка.

Для проверки выдвинутой гипотезы в нашем исследовании были выделены группы матерей, имеющие следующие ценностно-смысловые характеристики:

1) женщины, чьи представления о смысле жизни связаны со значимыми социальными ролями и в аффективном плане имеющие напряженные отношения с окружающими в ситуации ребенка-инвалида;

2) женщины, не имеющие четкого представления о целях своей жизни, а с окружающими использовали когнитивно акцентированные отношения.

Анализ показал, что имеются связи между переживаниями, обусловленными отношениями социального окружения у матерей с презентацией своих ценностно-смысловых особенностей. Так, переживания по поводу сочувствия и любопытства со стороны окружающих имеют положительные связи с ценностно-смысловыми установками у матерей первой группы - «дать образование и вырастить счастливыми детей, но мешает система отношений в обществе». Переживания страха за здоровье ребенка у матерей второй группы имеет тесную связь с позицией - «хочу счастливой жизни, но очень много проблем, мне с ними одной не справиться».

Полученные данные показывают, что в обеих группах матерей усилена зависимость от социальности и что ощущения собственного Я находятся в зависимости от идентификации с теми ролевыми образами, которые социально значимы.

Следующим этапом нашего экспериментального исследования стало изучение особенностей представления о самих себе детей-инвалидов подросткового возраста. Для сравнения в эксперименте участвовали здоровые подростки.

Самооценка у подростков с ДЦП по шкалам «здоровья», «самостоятельности», «ума, способностей» оказалась выше, чем у здоровых подростков. Подростки с ДЦП приписывают себе те качества, которые являются социально привлекательными для матерей. Наблюдения показали, что матери публично часто умышленно используют в присутствии своих детей ложные характеристики, мотивируя свое поведение тем, что таким образом они стимулируют развитие своего ребенка. Например, он «очень умный, способный, инициативный»; «он же здоровый, сильный, поэтому его и слушаются»; «такой проказник, но зато он умный». Можно

предположить, что такое поведение со стороны данного типа матерей обусловлено ложным самоотождествлением, оно больше направлено на собственную самооценку матерей. Ценность «здорового» ребенка имеет очень высокий ранг по значимости, но изначально в случае с ребенком-инвалидом фрустрирована. Тем самым данным способом устраняется внутренний конфликт по поводу принятия своей личности. Ложное самоотождествление является характерной и типичной особенностью самосознания личности в таких случаях.

Анализ содержательной стороны ответов подростков показал, что их оценки тесно сопряжены с оценками матерей и представляют собой заимствованный оценочный штамп для образа своего Я.

Анализ содержательной стороны характеристик ребенка позволил выделить следующие важные моменты. Во-первых, оценка матерью ребенка носит явно социально-значимый характер, с помощью которой приписываются характеристики либо здорового, либо идеального ребенка. Во-вторых, в представлениях о своем ребенке матери выделяли стандартные социально одобряемые качества, какие могут быть и у здоровых детей. В-третьих, ориентация на социальные оценки-отношения являлась условием для аргументации выбора оценок, хотя и не соотносящихся с особенностями личности своих детей.

Результаты анализа представлений детей показали, что: 1) характеристики, которые дети давали себе, включали оценочную шкалу, воспроизведенную матерями; 2) самооценка подростков отражала зависимость от ценностных описаний качеств матерей. При этом особую значимость имели качества, приписываемые здоровому и идеальному ребенку. Мы полагаем, что оценивание себя по модели заданного взрослыми норматива приводит к «фортификации» «чужого» образа, благодаря потребности ребенка быть как все. Но, как показывает практика, которая подтверждена экспериментальными исследованиями личностных феноменов, таких как «аффект неадекватности», результатом чаще всего оказывается дисгармоничная организация личности. Об этом свидетельствует и распространенная проблема этих детей, выражающаяся в одиночестве, заниженной самооценке. Противоречивость оценочных отношений приводит подростков к ситуации отчуждения, что мешает формированию у них адекватного представления о себе.

Т. о., вопреки распространенному мнению о том, что типы отклонения психического развития детей с ДЦП связаны в основном с экзогенными факторами, можно сказать, что для них специфичен и другой тип отклонения «депривационная ретардация», который по своему психологическому смыслу приводит к изменению Я-концепции детей, их самосознания.

В.В. Коновалова, Т.А. Куприянова, Г.С. Маринчева
ФЕТАЛЬНЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА

Московский НИИ психиатрии Росздрава (Москва, РФ).

Злоупотребление алкоголем в нашей стране представляет одну из самых важных социальных и медицинских проблем, а в последние десятилетия эта проблема стала особенно острой. Чрезвычайную опасность алкоголизм представляет не только для жизни и здоровья ныне живущего поколения, но и для здоровья потомства. В этом отношении особое значение имеет потребление алкоголя женщинами детородного возраста. Что касается определения гендерных различий в потреблении алкоголя по данным опросов, то в России надежных данных получить не уда-

ется.. Так, по результатам опроса жителей г. Москвы, в 1994 г. (год самого высокого потребления алкоголя в России в XXI в.) женщины показали самое низкое потребление алкоголя по сравнению с женщинами 12 стран Европы и Америки. С учетом роста числа детей, матери которых лишены родительских прав (практически всегда из-за пьянства), недостоверность этих сведений очевидна. По нашим данным, в школах-интернатах коррекционного типа 56% матерей воспитанников злоупотребляют алкоголем, и эти данные минимальны, т. к. во многих случаях в документах отсутствует информация.

Нами были обследованы 3675 детей и подростков в 41 учреждении г. Москвы: 15 коррекционных детских домах для умственно отсталых детей школьного возраста, 10 школах-интернатах того же типа, группах обучаемых детей в 2-х домах-интернатах системы соцзащиты и 14 детских домах с массовой программой обучения, в т. ч. для детей с ЗПР.

Среди них были диагностированы 320 случаев фетального алкогольного синдрома (ФАС) - наиболее полного и тяжелого варианта, при котором имелись нарушения во всех сферах, включенных в фетальное алкогольное поражение, т. е. лицевые дисморфии, отсталость в росте, размере черепа. В редких случаях интеллект был не снижен. В нашем исследовании разброс IQ составлял от 27 до 112 единиц.

Детей с частичным фетальным алкогольным синдромом выявлено 237 человек. У больных имелись черты лица, характерные для ФАС, но не столь выраженные, и один из других признаков алкогольного поражения плода: отсталость в росте или нарушения в нервно-психическом развитии. Общий процент этих поражений в обследуемом нами контингенте достигает 15,2%. Это минимальное число алкогольных фетальных поражений, которое не включает две другие группы по международной классификации, где необходимо достоверное подтверждение злоупотребления алкоголем матерей во время беременности, но для них не являются обязательными в той или иной степени характерные лицевые аномалии. При высокой частоте алкоголизма матерей в обследуемом нами контингенте частота таких случаев должна превышать частоту диагностированных ФАС.

Задачами данной работы было проведение анализа частоты встречаемости микроаномалий, характерных для ФАС, с учетом их выраженности в разных возрастных группах и изучение корреляций между степенью выраженности соматических признаков ФАС, уровнем интеллекта и некоторыми нервно-психическими нарушениями.

При анализе частоты встречаемости признаков внутриутробного дизгенеза в разных возрастных группах: у детей моложе 9 лет, от 9 до 14 лет и старше 14 лет - выявлено, что различия эти минимальны (5,4; 5,3 и 5,3 соматических признака соответственно). Т. о., существующее мнение о «сглаживаемости» синдрома с возрастом, по нашим данным, не подтверждается. Это заключение относится, по крайней мере, к контингенту больных школьного возраста.

Изучение соотношения IQ и соматических изменений показало, что дети с низким уровнем интеллекта (общий интеллектуальный показатель менее 50) статистически достоверно имеют большую степень выраженности соматических проявлений синдрома, чем дети с IQ>50, что, по всей видимости, определяется более тяжелым внутриутробным поражением плода в целом.

Помимо изучения соотношения IQ и соматических изменений, было проведено выявление взаимосвязи между выраженностью соматических проявлений ФАС и психопатологическими расстройствами, в частности - нарушениями внимания и гиперактивностью и психопатоподобными нарушениями. Было выявлено,

что 63,7% детей с ФАС имели нарушения внимания и 51,6% – гиперактивность. При этом не было отмечено достоверной разницы в выраженности соматических признаков ФАС у детей с данными нарушениями и без таковых

Наличие психопатоподобных расстройств определялось по структурированному опроснику, заполняемому педагогами. 24,6% детей имели выраженные психопатоподобные расстройства. Соматическая стигматизация детей с незначительными психопатоподобными нарушениями и выраженными расстройствами этого круга различалась несущественно, связи между психопатологическими нарушениями и степенью выраженности внутриутробного дизгенеза не обнаружено.

Т. о, из всех проводимых нами исследований зависимость выявлена только в соотношении степени интеллектуальной недостаточности и выраженности соматической стигматизации.

И.А. Костин

**РАБОТА С ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ – МЕТОД
«СБЛИЖЕНИЯ С МИРОМ» ДЛЯ СТРАДАЮЩИХ АУТИЗМОМ
Институт коррекционной педагогики (Москва, РФ).**

Известно, что аутистические расстройства не исчезают с окончанием периода детства; специалисты относят расстройства аутистического спектра (РАС) к тотальным (первазивным) нарушениям развития, носящим пожизненный характер (Ф. Аппе, 2006; Ш. Козн, 2008; Никольская и соавт., 2003). В то же время положительная динамика в состоянии аутичных людей также не ограничивается детским возрастом: как показывает практический опыт, при создании адекватной развивающей среды аутичные подростки, юноши, взрослые могут продолжать развитие – становиться более гибкими в поведении, больше интересоваться людьми, стараться понимать их.

Одним из способов психокоррекционной работы, направленной на продолжение эмоционально-личностного развития аутичного человека, является совместное изучение художественной литературы. Известно, что аутисты, даже с сохранным и высоким интеллектом, испытывают большие трудности в восприятии художественной литературы, связанные с особенностями как познавательной, так и эмоциональной сферы. Им, как правило, трудно сохранять в памяти все перипетии, всех героев сюжета и их отношения между собой; трудно работать с текстом (находить нужное место в книге, дифференцировать релевантную и нерелевантную информацию и т. п.). Кроме того, в силу устойчивых аффективных особенностей они с трудом способны сопереживать герою книги, эмпатически вчувствоваться в его состояние и понимать мотивацию его поступков. Поэтому обычно изучение литературы по школьной программе проходит у них достаточно формально, по-настоящему не задевая душевно, оставаясь «параллельным» их внутреннему миру. Сами же такие ребята, как правило, художественным текстам предпочитают энциклопедии, справочники, географические атласы и т. п.

Чтобы работа с художественной книгой имела по-настоящему развивающий эффект, она должна быть очень неторопливой, желательно индивидуальной (в крайнем случае в микрогруппе). Важнее не литературоведческий анализ произведения (стиль, жанр, параллели с творчеством других литераторов и т. д.), а, так сказать, «человеческий» – поступки, переживания и характеры героев. Существенно важно стараться все время проводить параллели между тем, что происходит в книге, и личным жизненным опытом аутичного ученика. Очень полезны

любые формы театрализации происходящего в книге; простейшая из них – чтение диалогов в лицах, с обсуждением, с какой интонацией должна звучать та или иная реплика.

Особую задачу представляет подбор литературы для такой работы. Произведение не должно быть ни чрезмерно сложным, ни слишком простым. Оно обязательно должно быть «психологизированным»: не должно сводиться к приключенческой фабуле. Наконец, оно должно хоть немного соприкасаться с личным опытом аутичного человека. Особенно хороши для работы со школьниками произведения, в сюжете которых содержится тема отношений внутри детского коллектива, отношения «учитель-ученик», поскольку школьный опыт у таких ребят, как правило, очень усечен.

Практический опыт показывает, что работа с художественной литературой может помочь в развитии аутичного человека: в формировании у него более целостной картины мира и самосознания, в обогащении его душевного опыта, способности сопереживать другому человеку, соотносить свой и чужой жизненный опыт.

В принципе, на таких же основаниях может строиться и работа с художественными фильмами. Поскольку кино является визуальным искусством, предоставляющим зрителю «готовый» зрительный ряд, а одним из проявлений аутистического развития является, по L. Wing, недостаточность воображения и символической функции, то работа с фильмами может идти несколько легче. С другой стороны, возможно, и развивающий эффект проработки кинофильмов несколько меньше.

Ю.Е. Куртанова

ФОРМИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ 7-17 ЛЕТ

Московский городской психолого-педагогический университет, Российский реабилитационный центр «Детство» (Москва, РФ).

Создание концепции укрепления здоровья детей должно быть основано на знании об особенностях формирования отношения к своему здоровью в детском возрасте. В целях выявления отношения детей к своему здоровью нами был проведен метод регламентированной клинической беседы. В исследовании приняли участие 60 детей в возрасте 7-17 лет. При анализе медицинской документации у этих детей не было выявлено соматической патологии.

По результатам исследования можно отметить, что дети 7–8 лет имеют представление о здоровом человеке как о человеке, который ничем не болеет, все может делать (бегать, прыгать), все делает правильно, веселый, счастливый. Некоторые дети путают понятие «здоровье» с интеллектуальными и личностными качествами человека (например, «Здоровый человек – добрый человек», «Здоровый человек – это человек, который хорошо учится»).

К 9 годам у детей появляется понимание того, что здоровый человек должен следить за своим здоровьем. Об этом свидетельствуют следующие высказывания детей: «Здоровый человек – это тот, который ведет здоровый образ жизни», «... который правильно питается, ест витамины».

С 11 лет дети начинают понимать, что абсолютно здоровых людей не бывает, и их суждения становятся осторожнее: «Здоровый человек – это человек, который редко болеет».

С 14 лет дети начинают говорить о связи физического здоровья и психологических качеств. Чем старше дети, тем больше в высказываниях о здоровье они говорят не об отсутствии болезней, а о здоровом образе жизни (правильном питании, отказе от вредных привычек и т. п.)

Основное отличие жизни здоровых и больных людей дети видят в различных ограничениях, которые накладывает болезнь (в привычном питании, физической активности, развлечениях), в ухудшении настроения, самочувствия, невозможности ходить в школу. Чем старше дети, тем больше они обращают внимания на психологический, а не на физический аспект болезни («Больные люди отличаются от здоровых тем, что они страдают, угрюмы, кричат, раздражаются, к ним плохо относятся другие люди»).

Основная часть детей считает себя здоровыми. Однако 13% детей назвали себя больными (при отсутствии соматической патологии). В дальнейшем исследовании этой группы детей выяснилось, что они чаще, чем остальные, проявляют неадекватную самооценку. Большее количество испытуемых (58%) признает у себя наличие каких-либо заболеваний и жалуется на различного рода периодические боли. Чаще всего – это боли головы, живота, зубов, ног. С 14 лет все чаще появляются жалобы на боли в сердце и в желудке.

По мнению детей 7-8 лет, чтобы человеку сохранить свое здоровье, необходимо: слушать родителей, не простужаться, заниматься зарядкой, хорошо есть, чаще гулять на свежем воздухе. С 12 лет дети говорят, что для сохранения здоровья важно вести здоровый образ жизни – заниматься спортом, не иметь вредных привычек. Особое внимание относительно вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики) обращают подростки в возрасте 13–15 лет. 71% детей считают, что они достаточно делают для того, чтобы сохранить свое здоровье.

Было отмечено, что у девочек преобладает социальный мотив сохранения здоровья над физиологическим. Девочек меньше волнует физиологический аспект болезни («Болезнь мешает человеку тем, что у него начинаются боли»), чем социальный («Болезнь мешает тем, что нельзя гулять, ходить в школу, к друзьям»). Девочки значимо чаще называли социальные ограничения, связанные с заболеванием («Болезнь мешает гулять с друзьями»), чем физиологические («Болезнь мешает тем, что все болит»). Для мальчиков значимость физиологического и социального аспекта болезни одинакова.

Чаще всего причиной возникновения заболеваний дети называли простуду, отравление, заражение от кого-либо, несоблюдение правил личной гигиены. В 12 лет в высказываниях детей уже начинают преобладать такие причины возникновения болезней, как курение, алкоголь, наркотики, а также упоминание о врожденности болезней или наследственной предрасположенности к заболеваниям. С 14 лет дети говорят, что психологическое состояние человека (волнение, «нервы») могут быть причиной болезни. Плохая экология как причина заболеваний упоминается детьми с 16 лет. В возникновении болезней 70% детей винят самих заболевших людей, 15% винят других людей.

Относительно методов лечения болезней были получены следующие суждения. Дети 7–8 лет считают, что болезни лечат лекарствами, таблетками, различными народными методами (мед, горячее молоко, травы). В этом возрасте дети еще путают лечебные и диагностические процедуры (например, на вопрос «Как лечат болезни?» они отвечают: «Врач слушает», «Меряют температуру»). С 12 лет дети начинают связывать лечение с психологическим состоянием больного: «Чтобы вылечиться, надо хотеть жить», «При лечении важно не нервничать».

82% детей отмечают, что болезни влияют на будущую жизнь человека – осложнениями, возможностью ранней смерти, передачей болезни по наследству.

Итак, мы видим, что с увеличением возраста детей растет значимость психологического аспекта здоровья. Наибольший скачок в приобретении знаний о возможностях сохранения здоровья приходится на 12 лет. Именно с этого возраста дети начинают понимать, что для сохранения здоровья необходимо вести здоровый образ жизни, что при лечении заболеваний важно психологическое состояние больного. Еще одним отличительным возрастом в осознании и понимании важности здоровья является возраст 14 лет. В этом возрасте большинство детей отмечает, что много думают о своем здоровье, осознают, что психологическое состояние человека может стать причиной возникновения заболеваний, что для сохранения здоровья важно отказаться от вредных привычек.

В.А. Калининко

**ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РЕБЕНКА КАК ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ
ФАКТОР ЕГО РАЗВИТИЯ И АДАПТАЦИИ К ДОШКОЛЬНОМУ
УЧРЕЖДЕНИЮ. ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ СРЕДЫ НА
ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ ИГРЫ (лекция)**

Детский сад № 2499 (Москва, РФ).

Большое количество изданных программ посвящено теме адаптации ребенка к детскому саду. В основном программы по адаптации реализуются, но только в некоторых детских садах работают адаптационные группы и группы кратковременных пребываний. Поэтому часто дети сразу начинают посещать детский сад, и у некоторых детей это вызывает большие трудности. Ребенок сразу попадает в среду с режимными моментами, а не просто играет.

Игра – самый лучший способ для установления контакта с ребенком, создания благоприятной эмоциональной атмосферы, развития чувства доверия. Ребенок учится в игре осознавать свое Я». Благодаря успехам в игре ребенок быстрее и лучше адаптируется к новым условиям окружающей среды. Игра учит взаимодействию с другими людьми: взрослыми и сверстниками.

Наше время создает большие возможности для игры с детьми: большой выбор игрушек в продаже, игр, дидактического материала, масса литературы по игре, но и препятствует осуществлению игры дома с близкими взрослыми. Как препятствия можно рассматривать: социальную ситуацию в обществе и влияние экономической ситуации на детско–родительские отношения. В последнее время появилась проблема «несформированности игровой деятельности у дошкольников». Игры детей стали агрессивными, сжатыми, дети не могут содержательно и спокойно играть – возятся, дерутся, толкаются. Главная причина – недостаток времени на игру, режим дня в садах перегружен различными занятиями. Особенно большие трудности по вопросу сюжетно–ролевой игры. Реальная социальная и профессиональная жизнь взрослых становится закрытой для детей. Родители недооценивают ведущую роль игры в развитии детей.

Игру необходимо рассматривать как ведущий вид деятельности ребенка в дошкольном возрасте. Игры отражаются на общем психическом и личностном развитии детей. Объект для игры частично берется из реального мира, а частично творится воображением ребенка. В игре ребенок свободен, действительность не подавляет его, он достаточно произвольно обращается с предметами внешнего мира, наделяя их субъективным смыслом. Игра имеет большое социальное значе-

ние. Статус личности ребенка закладывается его игровыми успехами. Именно в игре ребенок узнает, что значит быть взрослым и то, что он еще не взрослый. В ситуации игры, активно осваивая социальные роли, он лучше познает себя и других, учиться понимать свое поведение. Напомним, что Л.С. Выготский называл игру «школой произвольного поведения».

Игра тесно связано с восприятием. Развитию этого психического процесса принадлежит главная роль в раннем возрасте ребенка. Его поведение и сознание целиком определяется тем, что воспринимает ребенок «здесь и сейчас». Поэтому необходимо тщательно готовить предметно-развивающую среду для детей, особенно для детей, впервые пришедших в дошкольное учреждение. Выбор игрушек, предназначенных для детей раннего возраста (пирамидки, кубики, вкладыши, матрешки), должен опираться на особенности психического развития детей.

Игра должна отвечать возрастным потребностям детей раннего возраста - действовать с предметами и управлять ими. Педагог должен принимать непосредственное участие в играх с детьми. Игра должна сопровождаться не только показом, но и комментариями. Кратковременность и повторяемость игровых действий. У всех детей за круглым столом игрушка должна быть одинаковой. Вначале взрослому важно заинтересовать ребенка предметом (игрушкой), стимулировать желание действовать с ним. Интерес должен поддерживаться взрослым на всем протяжении игры. Если ребенку неинтересно, необходимо предложить ему другую игру. Основные игры, которые используют в период адаптации, предметно-манипулятивные: «Башня»; «Собирание»; «Раскладывание»; «Коробочки с секретом»; «Игрушки с сюрпризом». Игры с пирамидками, матрешками, кубиками, картинками, бумагой, красками. Большое значение в период адаптации придается играм с водой и песком.

При руководстве в игре взрослому необходимо учитывать индивидуальные особенности ребенка. Взрослому необходимо хвалить ребенка за стремление действовать с предметами. Ребенку необходимо внимание и одобрение взрослого. Для организации сюжетно-ролевой игры взрослый должен составить сюжет, создать игровую обстановку, распределить роли. Игра будет более успешной, если играть с группой детей в 5-6 человек.

Сам процесс игры насыщен эмоциональными переживаниями. Часто эмоциями захвачены не только играющие, но и наблюдающие за игрой дети.

Общение дошкольников происходит в основном в совместной игре. Дети, не умеющие играть, не могут содержательно общаться, они не способны к совместной деятельности, не интересуются нуждами и проблемами сверстников. Надо помнить, что детство это, прежде всего, игра. Это целый мир детских переживаний, стремлений, отношений.

Н.Г. Манелис, Е.А. Кричевец

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ МЕТАФОР ДЕТЬМИ

С ТИПИЧНЫМ И ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ РАЗВИТИЕМ

Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков Департамента образования (Москва, РФ)..

Метафора – перенос значения слова на основе сходства – очень распространенный феномен языка и речи. Способность понимать метафоры развивается у детей постепенно, начиная с дошкольного возраста. Понимание метафор дошкольниками сначала интуитивное, затем через осознание буквального значения мета-

форы ребенок приходит к ее переносному смыслу. В норме младшие школьники уже способны объяснить смысл многих метафор, однако некоторые метафоры (например, в составе пословиц) вызывают у детей затруднения. Исследователи отмечают, что у большинства детей с отклоняющимся развитием (с нарушениями речи, интеллекта, слуха и зрения, с аутизмом) наблюдается снижение способности понимать метафоры. Однако сопоставительные исследования в этой области в настоящее время отсутствуют.

Наше исследование было направлено на оценку и сравнение возможностей интерпретации метафор детьми с типичным и отклоняющимся развитием. В нем приняли участие 120 учеников 1-4 классов с типичным развитием, с ЗПР и аутизмом (по 40 детей в каждой из групп) и 19 типично развивающихся дошкольников. Все дети обладали нормальными интеллектуальными показателями (по тесту Векслера).

Детям было предложено объяснить смысл 30 метафор из детской литературы, включенных в состав предложений («Ели укрыты густым серебром». «Снежинки танцуют на лету»). Ответы детей оценивались следующим образом. Верные интерпретации («Рыжие сосны скребут небосвод» - «Сосны высокие») - 2 балла. Частично правильные ответы («Скрипка плачет» - «Плавно играет») - 1 балл. Ошибочные интерпретации – 0 баллов. Среди ошибочных ответов были выделены: неверные («От костра остались только два маленьких красных глаза» - «Это дым»), отказы от ответа («не знаю»), буквальные («Гроза бьет в барабан» - «Молния ударяет в барабан») и нелепые интерпретации («Рыжие сосны скребут небосвод» - «Это дятел, грабля»); нелепые ответы давали только дети с нарушенным развитием). В ряде случаев дети интерпретировали метафоры правильно, но допускали неточности речевого плана («Иголка ныряет в лоскуток» - «Ее всовывают») – балл за эти неточности не снижался, но они фиксировались отдельно как речевые ошибки. Полученные каждым ребенком баллы суммировались.

При анализе результатов (ANOVA) оценивались возрастные изменения показателей (дошкольники, 1-2 и 3-4 класс), а также сравнивались результаты детей с типичным и отклоняющимся развитием одного ментального возраста.

Всем типично развивающимся детям, в том числе и дошкольникам, интерпретация метафор оказалась вполне доступной. Верные интерпретации преобладали у детей всех возрастов и присутствовали примерно в равном количестве (около 5/6 всех ответов). Число ответов других типов несколько менялось с возрастом. От дошкольного возраста к 1-2 классу уменьшилось число частично правильных интерпретаций ($p=0,02$), от 1-2 к 3-4 классу меньше стало буквальных ($p=0,049$) и неверных ответов ($p=0,06$) и речевых ошибок ($p=0,000$). Т. о., с возрастом повышалась точность интерпретаций и улучшалось речевое оформление ответов.

Дети с ЗПР справились с заданием хуже, чем дети с типичным развитием того же ментального возраста ($p=0,002$), в первую очередь, за счет отказов от ответа ($p=0,02$) и неверных интерпретаций ($p=0,05$). У детей этой группы также преобладали верные интерпретации, число которых росло с возрастом (от 71% ответов в среднем в 1-2 классах до 85% в 3-4 классах, $p=0,004$). Речевое оформление ответов детей оставалось на прежнем уровне: количество речевых ошибок не уменьшалось ($p=0,25$). По сравнению с детьми с типичным развитием того же ментального возраста дети с ЗПР реже интерпретировали метафоры правильно и чаще отказывались от ответа или давали нелепые интерпретации.

Дети с аутизмом выполнили задание хуже, чем дети того же ментального возраста с типичным развитием ($p=0,000$) и с ЗПР ($p=0,01$). У этих детей большин-

ство ответов также составили верные интерпретации. Однако их число у разных испытуемых сильно варьировало (чего не наблюдалось в других группах). К примеру, у учеников 1-2 классов с аутизмом доля этих ответов колебалась от 3 до 87%. С возрастом росло число верных интерпретаций ($p=0,001$), меньше становилось буквальных ($p=0,04$) и нелепых ответов ($p=0,049$) и речевых ошибок ($p=0,02$).

По сравнению с детьми с типичным развитием того же ментального возраста дети с аутизмом реже давали правильные ответы ($p=0,000$) и чаще – частично правильные ($p=0,004$) и все виды неправильных интерпретаций ($p\leq 0,02$). Они реже, чем дети с ЗПР, интерпретировали метафоры правильно ($p=0,009$) и допускали речевые неточности ($p=0,04$) и чаще понимали метафоры буквально ($p=0,09$). Надо отметить, что у детей с аутизмом буквальные ответы не только встречались чаще, чем у детей из других групп, но эти ответы отличались еще и некоторым своеобразием: «Скрипка плачет» – «Из скрипки слезы текут». «От костра остались только два маленьких красных глаза» – «Жареные глазки».

Т. о., дети с типичным развитием уже в старшем дошкольном возрасте легко объясняли смысл метафор в контексте предложений. Дети с нарушенным развитием не всегда были столь же успешны при интерпретации метафор. Затруднения при встрече с метафорами были более выраженными у аутичных детей, чем у детей с ЗПР. Интересно, что характер этих затруднений был различным у детей из двух групп. Если для детей с ЗПР были более характерны сложности выражения смысла метафоры в чисто языковом плане, то дети с аутистическими расстройствами затруднялись при необходимости реконструировать сам смысл метафоры (возможно, у детей с аутизмом наблюдались трудности интуитивной интерпретации, в норме возникающей еще в дошкольном возрасте). Во всех трех группах отмечено улучшение интерпретации метафор с возрастом.

Проведенное исследование показало, что существует специфика понимания метафор у детей с различными типами онтогенеза. Авторы надеются, что полученные результаты будут использованы педагогами и психологами, работающими в области специального образования.

Л.П. Маринчева, М.В. Злоказова

НАРУШЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Кировская детская городская клиническая больница, Кировская государственная медицинская академия (Киров, РФ).

Психосоматические расстройства (ПСР) традиционно относятся к разряду стрессзависимых заболеваний (Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2002; Березанцев А.Ю., 2001; Великанова Л.П., Шевченко Ю.С., 2006). Психосоматические проявления у подростков часто развиваются на фоне эмоциональных расстройств детского возраста, фобических, тревожных расстройств и тревожно-депрессивных нарушений. Достаточно характерными для проявлений эмоциональных расстройств, сопровождающих психосоматическое заболевание, являются симптомы психоэмоционального напряжения, хронической тревожности, депрессии (Смуглевич А.Б., Сыркин А.Л. и др., 2000; Корнетов Н.А. и соавт. 2006). В большинстве случаев данные нарушения способствуют закреплению соматической симптоматики, которая при отсутствии адекватной терапии сама становится источником психологической травматизации (Овчаренко С.И. и соавт., 2001; Волков В.С., Колесникова И.Ю., 2001; Фирсова Л.Д., 2003; Lange C. et al., 2003).

Целью нашего исследования являлось оценка распространенности эмоциональных нарушений среди пациентов с ПСР.

Материалы и методы исследования

Всего были обследованы 275 подростков. В состав экспериментальной группы вошло 175 пациентов с ПСР (с диагнозом F54), включая 39 чел. с бронхиальной астмой, 55 чел. с артериальной гипертонией, 69 чел. с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, 7 чел. с нейродермитом; средний возраст подростков – $15,1 \pm 1$ лет. Контрольную группу составили 105 подростков с первой группой здоровья, учащихся 8-10 классов средних школ г.Кирова аналогичного возраста.

Для проведения обследования применялся клинико-психопатологический метод исследования, анкетирование (Маринчева Л.П., Злоказова М.В., 2001), а также экспериментально-психологические методы: тест «Шкала самооценки» Е.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге в адаптации Т.И. Балашовой, Торонтская алекситимическая шкала. Статистическая обработка полученного материала проводилась с использованием программной системы SPSS for Windows (vers. 11). При распределении показателей, близких к нормальным, использовался t-критерий Стьюдента. Критерием статистической достоверности получаемых выводов мы считали общепринятую в медицине величину $p < 0,05$.

Результаты исследования:

Нами было проведено сравнительное исследование распространенности нарушений психоэмоционального статуса у подростков с ПСР (F54) и у здоровых подростков (рис. 1). У подростков с ПСР была выявлена достоверно большая частота высоких показателей по шкалам реактивной тревожности и депрессии ($p < 0,01$), а также алекситимии ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой, что можно объяснить значимостью для возникновения и развития заболеваний данной группы тревожной реакции на психотравмирующие обстоятельства и фактора алекситимии, выражающегося в снижении способности осознавать и выражать свои эмоции. Также можно говорить о наличии реактивной тревожности, связанной с самой ситуацией соматического заболевания. Высокие показатели депрессии чаще встречались у подростков с ПСР, хотя на момент исследования эти различия не нашли достоверного подтверждения. Т. о., создаются предпосылки для формирования «порочного круга», когда болезнь провоцируется тревогой и, в то же время, служит фактором, усиливающим ее проявление.

Р.К. Махмутова, Т.В. Шрейбер

СПОСОБНОСТЬ К САМОРЕГУЛЯЦИИ КАК ОДИН ИЗ КРИТЕРИЕВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Удмуртский государственный университет (Ижевск, Удмуртия, РФ).

Анализ проблемы здоровья (психологического, психического, духовного, личностного, социального) предполагает, кроме всего прочего, попытку найти индикаторы здоровья, которые можно было бы применить для решения проблем отдельной личности или группы людей. Отсутствие критериев психологического здоровья может порождать непонимание как между специалистами (психологами, психотерапевтами, педагогами, социальными работниками), так при взаимодействии специалиста и клиента. Какие характеристики приписываются психологами здоровой личности? Во-первых, все склоняется к тому, что здоровье – это состояние, а вот характеристики этого состояния значительно различаются у разных ав-

торов: от душевного благополучия, уравновешенности, соответствия субъективных образов и переживаний значению жизненных событий, способности к целеполаганию, приверженности базовым социальным ценностям, адекватной психической регуляции; ясного восприятия реальности, открытости новому опыту, целостности личности, спонтанности, экспрессивности, автономии, объективности, беспристрастности; успешной адаптации в сфере межличностных - до приспособленности к природному окружению, нормальности (соответствие определенным нормам, устоявшимся в рамках конкретной культуры), способности поддерживать функционирование организма и психики на оптимальном уровне, сохраняя постоянство внутренней среды и гармоничной включенности в сообщество людей.

Показателями и предпосылками душевного здоровья считаются согласованность мыслей, чувств и поступков с окружающей человека социокультурной средой; согласие человека с самим собой, с собственным «Я»; сохранность смысла жизни. Подчеркивается, что психологическое здоровье – это не только отсутствие нервно-психических заболеваний, оно выражается также в установлении и поддержании нормальных человеческих отношений с другими людьми, живом общении, способности к самоуправлению, упорядочению своего внутреннего мира.

Ученые Гарвардского университета экспериментально показали, что для психического здоровья важно умение встречать беду и не впадать в озлобленность. Активное отношение к неприятностям, стремление к их преодолению само по себе содержит противоядие от депрессии. Реакция здорового человека на конфликт, трудную ситуацию всегда должна быть осмысленной и взвешенной.

Исходя из анализа упоминающихся в литературе критериев психологического здоровья, можно заключить, что одним из важнейших может считаться способность к саморегуляции, самоуправлению, самоконтролю. Однако неоспоримо, что данная способность не является однородной, она многомерна, многокомпонентна, как и термин «здоровье». Саморегуляцию длительное время связывали с явлениями гомеостаза и рассматривали только относительно физиологических процессов. Затем саморегуляцию стали отождествлять с волей, волевыми качествами и процессами личности. В настоящее время проводится значительное количество исследований саморегуляции и в качестве видов, направлений саморегуляции выделяют эмоциональную, волевую регуляцию, саморегуляцию процессов принятия решения, эмоций и эмоциональных состояний, саморегуляцию учебной, профессиональной деятельности, саморегуляцию социального поведения и т. п..

Нами составлена характеристика особенностей саморегуляции в разных возрастах. С нашей точки зрения, особенности саморегуляции на том или ином этапе возрастного развития могут выступать критерием, ориентиром в оценке психологического здоровья развивающейся личности. Конечно, содержание таблицы нельзя считать абсолютно полным и окончательным, не подлежащим обсуждению и дополнению, однако оно может считаться достаточным для проведения эмпирического исследования психологического здоровья детей разных возрастов.

Возрастной период	Характеристика особенностей саморегуляции
Младший дошкольник	Эмоциональная регуляция, произвольность поведения, самоконтроль движений, самостоятельность действий по самообслуживанию
Старший дошкольник	Податливость воспитанию, инициативность, умение оценивать результат действий, произвольная регуляция в игровой деятельности
Младший школьник	Ответственность, критичность к результату, умение ана-

	лизировать, планировать и программировать свои действия, произвольная регуляция учебных действий, произвольность внимания, самоконтроль эмоций, адаптированность в школе, способность следовать нормам и правилам
Подросток	Автономность, адаптированность в коллективе, саморегуляция социального поведения, ориентация поведения на идеал
Старшеклассник	Целеполагание, рефлексивность, способность к прогнозированию, волевая регуляция

Саморегуляция издавна считается механизмом, интегрирующим все особенности личности в единую систему, создающим личностную устойчивость, гармонизацию всех компонентов личности. Зрелость механизмов саморегуляции, функционирование компонентов саморегуляции как единой системы, обеспечивающей выдвижение новых целей, динамику личностного развития, осмысленность существования, является одним из наиболее важных критериев психологического здоровья.

А.Ю. Новоселов, М.В. Злоказова

**ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ
У ПОДРОСТКОВ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**
Кировская государственная медицинская академия (Киров, РФ).

Гастродуоденальная патология по-прежнему остается одной из самых распространенных у детей и подростков. Возникая в детско-подростковом возрасте, она сохраняется у взрослых, приобретая рецидивирующее течение и значительно снижая качество жизни (Баранов А.А. и соавт., 2006, Белобородова Э.И. и соавт., 2004; Гурова М.М. и соавт., 2003). Существенную роль в возникновении и развитии гастроэнтерологических заболеваний у подростков отводится нарушениям семейных взаимоотношений (Исаев Д.Н., 2004).

Ухудшение отношений между матерью и ребенком сопровождается формированием отклонений в физическом, психическом развитии, в эмоциональной и поведенческой сферах, что влечет за собой нарушения социальной адаптации. Недостаточное или избыточное внимание к ребенку приводит к ухудшению его успеваемости, нередко к агрессивному и антисоциальному поведению, что проявляется в злобности, агрессивности, мрачности, замкнутости, а также в формировании вредных привычек (курение, алкоголизм, наркомания) и совершении противоправных действий.

Целью исследования было изучение роли семейных взаимоотношений в развитии гастродуоденальной патологии у подростков. Стиль взаимоотношений в семье оценивался по методике «Анализ семейных взаимодействий – АСВ» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 1999). Основная группа включала 84 подростка в возрасте 14-16 лет, имеющих заболевания органов желудочно-кишечного тракта (гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) в стадии обострения и находящихся на лечении в детской городской соматической клинической больнице г. Кирова. Контрольная группа была представлена 105 подростками в возрасте 14-16 лет (учащиеся 8-10 классов средних школ г. Кирова с первой группой здоровья).

При исследовании внутрисемейных взаимоотношений неконструктивные типы воспитания достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались в основной группе - у 31 подростка (36,9%) в сравнении с контрольной – 21 (20,0%). У подростков с гастродуоденальной патологией отмечались следующие типы воспитания: потворствующая гиперпротекция – 8 чел. (9,5%), доминирующая гиперпротекция - 10 чел. (11,9%), неустойчивый тип воспитания – 3 (3,54%), гипопротекция – 2 (2,38%), воспитание в стиле повышенной моральной ответственности – 4 (4,76%), жестокое обращение – 2 (2,38%) и эмоциональное отвержение – 2 (2,38%).

В контрольной группе регистрировались: потворствующая гиперпротекция – у 3 чел. (2,9%), доминирующая гиперпротекция - 6 (5,7%), неустойчивый тип воспитания - 7 (6,7%), гипопротекция - 5 (4,76%). Достоверно чаще ($p < 0,05$) в основной группе наблюдались доминирующая и потворствующая гипопротекции. Наличие данных особенностей семейных взаимоотношений, когда подростку уделяется много времени, максимально удовлетворяются все его потребности и предъявляется мало требований, нередко приводит к формированию недостаточной самостоятельности, эгоцентризму и завышенному уровню притязаний. В связи с этим подросткам сложно справиться с возникающими трудностями, что может приводить к социальной дизадаптации и формированию уязвимости в плане развития психосоматической (гастродуоденальной) патологии.

Т. о., полученные результаты подтверждают связь между особенностями внутрисемейных взаимоотношений (неконструктивные типы воспитания) и гастродуоденальной патологией, что нужно учитывать при проведении комплексного лечения, включающего обязательное использование адекватных методов семейной психотерапии.

В.И. Олешкевич

ПСИХОТЕХНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПСИХОЛОГИИ РАЗВИТИЯ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ НИИ наркологии (Москва, РФ).

Современная психология развития многогранна, многообразна и часто эклектична. Поэтому должна быть поставлена методологическая задача конфигурирования психологии развития, например, теорий Ж. Пиаже и психоанализа, психологии развития Д.Б. Эльконина и др. Для этого нужно осуществить методологический, эпистемологический, культурологический анализ каждой из данных психологий развития и создать новый, более объемный научный предмет вместе с новыми методами получения знания, моделями развития и т. п.

На материале возрастной психологии мы можем увидеть и еще одну важную проблему современной психологии. Допустим, мы обследовали на предмет развития группу детей 5 лет. Но может случиться так, что при обследовании этой же возрастной группы через 7 лет мы получим результаты, значительно отличающиеся от предыдущих. Это может означать самые разные вещи: характеристики данного возраста изменились, изменилась культурная ситуация развития или даже то, что изменились механизмы развития. А из этого может следовать то, что всю возрастную психологию нужно строить заново. Феномен детства – это культурное и искусственное явление, таковым является и развитие ребенка. А если учесть тот факт, что историческое время течет с каждым годом все быстрее, то такого рода методологические сложности могут только возрастать. И если сегодня возрастная психология может строиться по типу изучения развития ребенка подобно есте-

ственному процессу, то может быть в ближайшее время это окажется невозможным. Процесс развития ребенка – искусственный процесс, он осуществляется в определенных культурных условиях, которые и организуют развитие. И поскольку эти условия более или менее стабильны, мы можем их вынести за скобки и изучать развитие ребенка как более или менее естественный процесс. Но для учета этих условий развития нужны другие типы знаний.

До сих пор процессы воспитания детей осуществлялись в различных культурах почти автоматически, техники воспитания были инкорпорированы в традиционные культуры, и с этим делом не было никаких проблем. Но когда традиционные ценности стали разрушаться, возникли проблемы и к решению их возрастная психология, а тем более родители, оказались не готовы. Психоанализ тоже не смог ответить на эти вопросы, более того, сделал ряд ошибочных рекомендаций. И сегодня у возрастной психологии нет знаний, учитывающих культурологию и социологию развития, она знает лишь, как происходит развитие в достаточно стандартных культурных условиях. Методологическая задача поэтому состоит в том, чтобы задать такие условия психологического познания, чтобы появилась возможность получать о развитии ребенка «двойное знание» – знание о развитии ребенка вместе с условиями, которые ведут к этому развитию.

Новый научный предмет должен быть устроен более сложно, чем нынешняя возрастная психология. Основной тип знаний в таком предмете должен представлять психотехнический характер по типу: если мы создаем условия А для объекта развития В, находящегося в состоянии С, то мы получим эффект развития Д и т. д. Разработка такого научного предмета и соответствующей программы исследования является задачей методологии психологии развития.

Одним из путей решения данной методологической задачи является психотехнический подход к психологии развития. В этом случае задачей является не просто срезное описание стадий развития, но анализ внешних, социокультурных психотехник, изучение их трансформаций во внутренние психотехнические схемы самосознания, изучение интериоризации, но не просто психических содержаний, а схем самосознания, исследование динамики взаимодействия самосознаний родителей и ребенка (например, соотношения удовлетворения и фрустрации). Соответственно, речь должна идти не просто о знаковом опосредовании психики ребенка, но и специфических носителях этих знаков, среде, внутри которой они функционируют, социальных условиях, внутри которых осознается очевидность именно таких обозначений, а также действий на основе таких обозначений. Речь также должна идти об изучении схем и условий экстериоризации и проекции «внутреннего плана», а также об описаниях условий организации самоосознания и динамики внешних и внутренних диалогов (Олешкевич В.И., 2002, 2005). Т. о., как внешняя психотехника, так и внутренние механизмы функционирования и развития психики должны быть описаны в рамках интерактивной или диалогической парадигмы. Всякое внутреннее психическое содержание должно быть проанализировано как диалог вместе с условиями его производства, вместе с динамикой переходов таких диалогов извне внутрь, затем изнутри вовне и т. д. Наконец, такого рода описания должны быть организованы, с одной стороны, в синхронической плоскости, а с другой стороны, в диахроническом разрезе. Т. е., психика должна быть изображена как стратифицированное образование.

Так построенная психология развития должна одинаково хорошо описывать как норму, так и патологию развития ребенка, поскольку с точки зрения психотехнического подхода к психологии развития психическая патология и нарушение психического развития являются не просто артефактами нормального развития, но

также организуются социокультурной средой, как и нормальное развитие, внешние механизмы патологического развития свертываются во внутренние схемы соответствующего развития.

Поскольку в описание развития должна входить определенная иерархически организованная топология проблемных ситуаций развития (например, ситуаций осознания), то различные формы возможного патологического развития должны стать внутренней и неотъемлемой частью психотехнической возрастной психологии и психологии развития в целом. Т. о., внутри каждой проблемной ситуации развития мы можем описать различные возможные направления нарушений психического развития. Именно о подобной феноменологической патофизиологии мечтал в свое время К. Ясперс, в этом же направлении планировала развитие патофизиологии Б.В. Зейгарник.

Н.В. Перешенна

ВЛИЯНИЕ ТЕЛЕВИЗИОННОЙ РЕКЛАМЫ НА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кировская государственная медицинская академия (Киров, РФ).

Реклама является сегодня не только средством информирования о новой марке, потребительских свойствах товара и т. п., но и неотъемлемым элементом массовой культуры. С момента своего возникновения она постоянно отрабатывала способы воздействия на поведение индивида и групп людей и за весьма длительную историю качественно эволюционировала, пройдя путь от информирования к увещанию и далее - к выработке условного рефлекса, к подсознательному внушению и, наконец - к проецированию символического изображения. Реклама все чаще вмешивается в жизнь человека, управляя им на осознанном и бессознательном уровнях. Реклама в настоящее время является неотъемлемым элементом окружения любого человека. Она господствует в распространении информации, обладает возможностями формирования эталонов красоты, богатства, успешности и других качеств жизни, что оказывает большое влияние на общество в целом.

Исследованиями психологов доказано, что восприятие и переработка рекламной информации осуществляется под воздействием множества различных факторов, но три из них присутствуют практически всегда: когнитивный (познавательный), эмоциональный (аффективный) и поведенческий (конативный) факторы. Исследование поведенческого компонента рекламного воздействия предполагает анализ поступков человека, определяемых его поведением под воздействием рекламы. Этот компонент включает в себя как осознанное поведение, так и поведение на бессознательном, неосознаваемом уровне.

Телевизионная реклама является не только самым дорогим видом рекламы, но и достаточно сильным по степени психологического воздействия на население. Изучение закономерностей и механизмов такого воздействия с целью разработки рекомендаций практикам (рекламистам, социальным работникам, педагогам и т. д.), проведение психологических исследований в этой области являются весьма актуальными и значимыми для практической деятельности.

В настоящее время появляется все больше научных исследований, подтверждающих тот факт, что сцены насилия, демонстрируемые в кино или на экранах телевизоров, способствуют повышению уровня агрессивности зрителей. За последнее время исследователи-рекламоведы отмечают резкое усиление агрессивности современной телевизионной рекламы, увеличение количества сцен насилия,

предъявляемых многократно в течение длительного времени. Педагоги и психологи утверждают, что агрессивная реклама оказывает существенное воздействие на детей и подростков, психика которых практически ничем не защищена. В условиях большого города дети и подростки проводят значительное время возле экранов телевизоров, ведь яркая, динамичная, привлекающая внимание реклама сегодня для многих из них является таким же развлечением, как и просмотр любимых мультфильмов или сказок. Они цитируют слоганы из рекламных роликов и пытаются быть похожими на героев рекламных сюжетов.

В зарубежной психологии большинство исследований восприятия телевизионной и кинопродукции было направлено на изучении вопроса: влияют ли сцены насилия, демонстрируемые в телевизионных передачах и кинофильмах, на поведение детей и подростков в реальной жизни.

Первые исследования, посвященные влиянию демонстрации насилия по телевидению и в кино на поведение зрителей, были осуществлены А.Бандурой и его коллегами в начале 60-х гг. В этих экспериментах участвовали дети. Им демонстрировались короткометражные фильмы, в которых взрослые жестоко обращались с большой надувной куклой. Результаты эксперимента выявили сильный подражательный эффект. Дети часто копировали поведение актера-взрослого. Было показано, что поведенческие реакции в ряде случаев могут усваиваться через наблюдение соответствующих моделей поведения. В экспериментах по восприятию телевизионной агрессии в основном выявились корреляции между наблюдением насилия по телевизору и агрессивным поведением.

Проблема осознанности воспроизведения сцен насилия и агрессии после просмотра телевизионных фильмов и рекламы детьми и подростками является мало изученной и поэтому весьма актуальной.

Результаты проведенных исследований влияния телевизионных рекламных роликов на подростков позволили сделать следующие выводы: большинство подростков обладает высокой степенью внушаемости, что является почвой для влияния на личность различных средств массовой информации, в том числе телевизионной и других видов рекламы; показ обнаженного тела, агрессивные действия, реклама пива, типы убеждающих обращений, которые не имеют отношения к рекламируемому товару, а также те, что имеют отношения к качеству жизни, опираясь на чувства, инстинкты, ценности являют собой примеры некорректной рекламы и могут привести к психическим, моральным травмам у подростков. Реклама не должна приводить к нарушениям поведения, сознания, ухудшению физического состояния человека.

Проведенное исследование показало, что на современном телевидении большое количество некорректной рекламы, которая оказывает влияние на современных подростков, в том числе негативное, и может вызывать психогенные нарушения поведения, общения, сознания подростков.

Т. о., проблема осознанности и волевой регуляции поступков детей тесно связана с изучением воздействия многочисленных социальных и социально-психологических факторов, к которым, прежде всего, следует отнести телевизионную рекламу.

М.Е. Проселкова, О.И. Волкова

**ОТРАЖЕНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ МЛАДЕНЦА ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ
В ПИЩЕВОМ ПОВЕДЕНИИ
НЦ психического здоровья РАМН (Москва, РФ).**

Изучение психического развития младенцев первых недель жизни позволяет выявить факторы, вызывающие нарушения в их психическом развитии. Одним из первых нарушений было отмечено нарушение в системе пищевого поведения младенцев. Система пищевого поведения представлена пищевыми рефлексам, в основе которых условно-рефлекторное реагирование ребенка на кормление. Пищевое поведение включает положение младенца во время кормления, наличие и качество сосательных движений в определенном положении, принятие комфортной позы, синхронной с матерью.

Нарушения в системе пищевого поведения, ведущие к психическому дизонтогенезу, проявляются на соматическом, вегетативном, инстинктивном уровнях. Одним из первых расстройств было отмечено тревожное расстройство, которое чаще является предиктором аффективного нарушения в младенческом возрасте.

Были отобраны 15 младенцев из группы высокого риска по шизофрении (верифицированный диагноз шизофрении у отца или матери) и дети – 15 младенцев - сироты из дома ребенка.

Результатами исследования было выявление тревожного расстройства на основании характерных изменений соматовегетативной сферы, мышечного тонуса и поведения младенца при кормлении.

Дети-сироты с признаками тревожности были беспокойны, жадно сосали без чувства меры, отличались нетребовательностью к рациону питания. При кормлении уже со 2-й недели они рассматривали кормящего, с 3-й недели следили за бутылочкой, не испытывали потребности в ночном кормлении.

Дети из группы высокого риска (ГВР) отказывались от кормления грудью, несмотря на повышенный сосательный рефлекс, принимали некомфортную позу на руках матери, не захватывали сосок, сосание было прерывистым, длительным (могло растягиваться на час и более). Младенцы к 4-м неделям не фиксировали на матери взгляд, который они устремляли «мимо». Кормление у 14 детей из 15 выполнялось ночным, во сне, чаще без просыпания. В более старшем возрасте дети из этой группы отказывались от определенных продуктов, обнюхивали пищу.

Выводы.

1. Пищевое поведение является одним из первых критериев диагностики тревожных расстройств в раннем возрасте.
2. Своевременное выявление тревожных расстройств возможно с младенческого периода жизни.
3. У детей-сирот причиной тревожного расстройства было **отсутствие** системы мать-дитя, а у детей из ГВР **искажение** этой системы.
4. В каждой группе тревожные расстройства проявлялись различно.
5. Выявление тревожных расстройств, отраженных в пищевом поведении младенцев, важно в решении профилактических вопросов физического и психического развития в дальнейшем.

ОДАРЕННОСТЬ КАК ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА В ЗАРУБЕЖНОЙ ПЕДАГОГИКЕ

Казанский государственный университет (Казань, Татарстан, РФ).

Практика выявления, развития и поддержки одаренных, начиная с дошкольной ступени и до создания интеллектуальной элиты, существует в большинстве зарубежных стран уже в течение достаточно долгого времени. В США, например, 1950 г. рассматривается как начало систематического изучения творческой одаренности и способностей. В зарубежной научной литературе имеется ряд определений одаренности. По мнению М. Scharlach [3], одаренность – это «разносторонне структурированное качество личности и системы знаний, общих и особых способностей, навыков и привычек, а также специфических качественных и количественных выражений темперамента, чувства, воли, памяти и направленности на достижения, предпосылка для длительной высокой продуктивности, деятельности в одной или во многих областях». Отмечается, что и способности, и одаренность, и талант проявляются в успешности деятельности.

По Е. Ренцулли, одаренность определяется взаимодействием трех равноправных признаков личности: общая интеллектуальность (выше среднего уровня, но не обязательно ярко выраженная); креативность (состоящая не только из дивергентного мышления); способность к постановке задач или к их постановке перед другими. Концепция Е. Ренцулли приобрела широкую известность во всем мире, поскольку она легко применима в воспитании высокоодаренных благодаря своему прагматичному характеру. Вслед за этой концепцией начали появляться ее многочисленными модификации. В частности, Ф. Менкс дополнил эту модель компонентами, отражающими социальный и психологический аспекты развития одаренных, добавив в нее школу, ровесников и семью.

Наряду с понятием «одаренность» в зарубежной литературе подробно рассматривается понятие «высокоодаренность». Еще в 1916 г. В. Штерн высказал фундаментальные мысли о высокоодаренности, безусловно, отличающиеся меткостью выражения. Он различает общую умственную одаренность, которую он называет «интеллектуальностью», и специфические виды одаренности, так называемый «талант».

Решающими моментами, по мнению зарубежных ученых (I. Borkowski, V. Pect, Campion, Brown), которые определяют преимущества высокоодаренных детей по сравнению с нормальными одаренными, являются следующие: базис знаний, скорость обработки информации, креативный способ решений проблем, генерализованность мыслительных операций. Немецкий ученый Г. Леманн [2] рассматривает особую одаренность как систему индивидуальных диспозиций, дающую возможность личности при соответствующих условиях достигнуть наивысших результатов. Существенными компонентами особых способностей, по его мнению, являются такие: высокий уровень общих способностей и знаний (высокая операционная способность и солидные фундаментальные знания); высокая степень направленности специфических способностей (интересы, потребности, выдержка, прилежание); большой объем знаний, приобретенных самостоятельно, и стремление к самовыражению через творческие виды деятельности. По мнению Барта, существует более 100 различных определений высокоодаренности.

Richert, Alvino, Mc Donnel (1982) вывели следующие определения высокоодаренности: необычная интеллектуальная способность, разнообразие интеллектуальных способностей, креативность, разнообразие талантов. Marland (1972) дал

следующее определение одаренным и талантливым детям – это «дети, которые в силу своих выдающихся способностей могут достичь высоких успехов, которые требуют дифференцированных образовательных программ и особого отношения. К таким детям относятся также дети, которые уже проявили себя в любой из следующих областей: общая интеллектуальная способность, высокая способность к учебе, креативное или продуктивное мышление, способность к лидерству, психомоторная способность». С. Taylor (1978) добавляет еще два важных качества в определение высокоодаренности: умение прогнозировать и умение планировать.

Все исследователи сходятся во мнении, что, во-первых, высокоодаренность нужно определять как персонифицированное выражение способностей и, во-вторых, способность (как потенциал) и успех (как реализация потенциала) тесно связаны друг с другом.. Шагом вперед в оценке значения высокоодаренности является тезис, выдвинутый Jackson и Butterfield, согласно которому следует говорить не о талантливых личностях, а о высоких результатах, ими достигнутых: «Высокоодаренный ребенок – это ребенок, который демонстрирует отличное исполнение любого задания, имеющего практическое значение и представляющего теоретический интерес». Т. о., можно прийти к выводу о том, что высокоодаренность следует дефинировать как потенциал для продуктивности во взрослом возрасте, а не как достижение и что при этом необходимо исследовать и поощрять то, что ведет к реализации успехов.

Анализ проблемы одаренности с точки зрения понятийно-терминологического аппарата является первым шагом в решении задач развития, поддержки и поощрения одаренных. Следующим шагом является задача отбора одаренных. Можно констатировать, что сегодня системы образования всех высокоразвитых стран видят свой главный долг в том, чтобы помочь одаренным в расцвете их потенциала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hany E.A. Modelle und Strategien zur Identifikation hochbegabter Schuler. Dissertation. - Munchen; LM III, 1987. - 393 S.
2. Lehmann G. Begabtenforderung in der Ingenieurausbildung. - Berlin : Zentralinstitut fur Hochschulbildung, 1988.- 52 S.
3. Scharlach M. Begabte im Selbstbild // Padagogik. -1990. - N3. - S. 244 -249.
4. Urban K. Hochbegabtenerziehung weltweit : Ein internationaler Aus-und Uberblick uber schulische und auserschulische Programme und Modelle. -Bonn, 1984.-52 S.

Л.Г. Самоделкина, Е.Н. Сиялова

РАЗВИТИЕ ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ ВОСПИТАННИКОВ «СЮТ»: ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ Станция юных техников (Киров, РФ).

Поддержка и развитие творчества детей является одной из приоритетных задач дополнительного образования. Учреждения дополнительного образования детей (УДОД) - это многоуровневая, социокультурная и психолого-педагогическая система. В основу ее функционирования положена идея УДОД как системы развивающих сред, призванных обеспечить оптимальные условия для реализации творческих способностей каждого ребенка. Чем же сфера УДОД привлекательна для детей и родителей? Мы расскажем на примере нашего учреждения - МОУ ДОД «Станция юных техников г. Кирова» (СЮТ).

Дополнительное образование СЮТ представлено двумя основными блоками; образовательным и культурно-досуговым, в которых осуществляется все многообразие доступных воспитанникам видов деятельности. Их назначение – удовлетворение многообразных потребностей детей в познании, общении и отдыхе. Изюминка дополнительного образования в том, что ребенок может попробовать себя в любой сфере, а остановиться на том выборе, который будет соответствовать его интересам, склонностям и способностям.

СЮТ может предложить воспитанникам образовательные программы по направлениям: научно-технического, спортивно-технического, художественно-эстетического, военно-патриотического, социально-педагогического творчества, которые «идут за ребенком». Главное – чтобы предмет обучения соответствовал реальным потребностям детей и смог глубоко заинтересовать и увлечь их. Поскольку на СЮТ палитра выбора воспитанниками сферы приложения интересов чрезвычайно широка, практически не бывает случая, чтобы ребенок не нашел себя и не достиг определенного успеха в том или ином виде деятельности. Дети рисункам и поделкам доверяют свои переживания, чувства, сны, фантазии. Во время занятия любимым делом развиваются такие психические процессы, как ощущение и восприятие; проявляются разные психические свойства личности – память и мышление; проходят негативные психические состояния – агрессия, страх, тревожность, неуверенность.

Дополнительное образование на СЮТ - образование доступное, бесплатное, где при любом уровне предшествующей подготовки ребенок может включиться в интересующее его направление деятельности. Заниматься здесь – никогда не поздно (с 7 до 18 лет!), это делает данную сферу фактором непрерывного образования.

Человека выделяют из общества специальные способности, от которых зависит его успех в любой деятельности. Способных детей остается 13-16% к юношескому возрасту, т. е. «западает» волевой фактор, т. е. снижается мотивация к деятельности. Поэтому поддержка и развитие творчества детей является одной из приоритетных задач СЮТ. На СЮТ уже три года проводятся диагностические исследования по выявлению уровня развития творчества детей для дальнейшего построения индивидуальной работы с ними.

Работа планировалась по трем направлениям:

1) психодиагностика (в начале изучили физиологические и психологические особенности развития личности: индивидуальные качества характера, черты темперамента; самооценку; интеллектуальные и коммуникативные способности; уровень мышления и воображения; адаптацию воспитанников; познавательные процессы; склонности и интересы; взаимоотношения в коллективе);

2) коррекционная и развивающая работа (изучение мышления, памяти, восприятия, развитие творческих способностей);

3) просвещение в процессе психологической и консультативной работы (развитие внимания, воображения, фантазии).

В исследовании была использована система методов психологического изучения личности: наблюдение, тесты, анкеты, опросники, потенциометрия, интервью, «Кинетический рисунок семьи» – тест Е.П. Торренса «Круги», «Диагностика уровней интереса» Г.И. Щукина, «Диагностика психологической комфортности» Спилбергера-Ханина; методика «Похвалили себя сам» Е. Коротаева. Диагностика проводится два раза в год (октябрь и май). Результаты диагностики позволяют выявить динамику изменений и спланировать работу на следующий учебный год.

Результаты диагностических исследований позволяют увидеть воспитанника во всей полноте его неповторимых задатков и способностей. Творческая личность детей изучается в процессе обучения и воспитания, где мы отслеживаем динамику изменений и помогаем личностному росту воспитанникам.

По окончании учебного года повторная диагностика дает возможность проанализировать перспективу обучения детей в следующем учебном году, где можно будет предвидеть ход дальнейшего развития творческой личности.

Анализ диагностики позволяет выявить особенности ребенка, развивать скрытые способности и задатки, планировать работу с детьми и родителями. Используются разные формы работы с родителями воспитанников СЮТ – круглый стол, индивидуальные встречи, консультативные беседы, занятия «Родители+Дети».

Подводя итог выше сказанного, мы пришли к выводу, что использование диагностики не что иное, как забота о детях, что предполагает сочетание развития специальных способностей с широкой общеобразовательной подготовкой и всесторонним развитием личности.

Е.В. Свистунова, А.В. Ковалева

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ

У ДЕВОЧЕК С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПОЛОВЫМ РАЗВИТИЕМ

Московский городской педагогический университет, Институт детской эндокринологии (Москва, РФ).

В процессе полового созревания в организме ребенка происходят физические, гормональные и сексуальные изменения. Половое развитие принято считать ранним или преждевременным, если оно начинается у девочек ранее восьми лет. Причинами чаще всего являются заболевания определенных областей головного мозга (гипофиза и гипоталамической области), инфекционно-токсические процессы, травмы, опухоли и наследственные факторы. При преждевременном половом развитии (ППР) активно изменяется внешний вид ребенка: растет и увеличивается грудь; растут волосы в подмышечных впадинах и на лобке; начинается первая менструация (менархе); стремительно растет тело. Эти изменения приводят к возникновению ощущения непохожести на сверстников, что может вызвать эмоциональную травму и отразиться на самовосприятии ребенка, исказить построение отношений с ровесниками и людьми из ближайшего окружения.

Наше исследование проводилось на базе Института детской эндокринологии РАМН. Целью работы было выявление особенностей самоидентификации и восприятия людей из ближайшего окружения девочками 6-8 лет с ППР по сравнению с нормативно развивающимися сверстниками. В эксперименте приняли участие 15 девочек с ППР. Контрольную группу составили 25 девочек с нормативным половым развитием.

У девочек с ППР, принимавших участие в исследовании, не наблюдалось задержки умственного развития. Интеллект либо соответствовал возрасту ребенка (то есть, отставал от внешнего вида), либо опережал реальный возраст. Они отличались подчеркнутой зрелостью поведения и серьезностью высказываний.

Со слов родителей, такие особенности начали проявляться достаточно рано, еще на 1-3 году жизни: девочки мало играли со сверстниками, тянулись к старшим детям или предпочитали компанию взрослых людей, отличались «взрослостью» суждений. Этот факт может косвенно указывать на внутренние гормональные из-

менения задолго до проявления внешних морфологических признаков преждевременного полового развития.

Изучение самооотношения и отношения к значимым окружающим девочек с ППР проводилось при помощи проективных методик и опросников. Для удобства дальнейшего анализа, полученные данные были переведены в баллы (от 1 – низкий уровень принятия, до 10 – высокий уровень принятия). Средние показатели по группам представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Принятие себя и людей из ближайшего окружения девочками 6-8 лет.

	Самоотноше- ние М □ sd	Отноше- ние к ма- тери М □	Отноше- ние к отцу М □	Отноше- ние к сверстни- ку М □	Отноше- ние к женщине М □	Отноше- ние к мужчине М □
Девочки с ППР	9,6 □	9,4 □	7,2 □	5,6 □	9,3 □	6,2 □
Контроль- ная группа	8,5 □	8,1 □	7,0 □	8,3 □	8,1 □	6,7 □

* Данные достоверно отличаются при $p \leq 0,05$.

Для девочек с ППР характерен высокий уровень самопринятия и самооценки. В отличие от сверстников, он оказался более устойчивым, касался не только состояния «здесь и сейчас», но и распространялся на будущее. Девочки чаще, чем сверстники, идентифицировали себя с «Матерью» и «Женщиной», показывали высокий уровень принятия этих образов. Для них были характерны высказывания: «у меня скоро будет жених»; «буду хорошей женой»; «когда стану старенькой, буду воспитывать внуков»; «через 20 лет у меня будут дети и хорошая работа». Отношение к образу «Мужчины» у девочек с ППР качественно отличалось от оценок сверстниц и характеризовалось полярностью высказываний, кокетством и явным интересом к противоположному полу.

Принятие сверстников у девочек с ППР заметно ниже, чем у девочек с нормативным развитием. Это связано с двумя факторами: неприятием сверстниками физически сильных и внешне значительно отличающихся девочек и рано появившимся у них самих интересом к старшим детям.

Вторым этапом нашей работы было изучение идентификаций, которые не выбираются индивидом, а даются ему изначально и составляют основу внешне данной идентичности. Тело, возраст, пол даются индивиду а priori, и его отношение к этим, независимым от него характеристикам, определяет и отношение к своему «Я». Полученные результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Отношение к своему полу, возрасту и телу девочек 6-8 лет.

	Половая идентич- ность М □ sd	Возрастная иден- тичность М □ sd*	Телесная идентич- ность М □ sd
Девочки с ППР	9,2 □ 0,6	3,5 □ 0,4	7,6 □ 0,2
Контрольная группа	9,1 □ 0,3	9,0 □ 0,7	8,3 □ 0,6

* Данные достоверно отличаются при $p \leq 0,05$.

Половая и телесная идентичность девочек с ППР достоверно не отличалась от девочек с нормативным половым развитием. Но в ответах детей имелись качественные различия. Так, проявляя недовольство своим телом, девочки с ППР хотели уменьшить рост, изменить грудь (чтобы маленькая совсем была), а девочки из контрольной группы мечтали отрастить длинные волосы, похудеть.

Существенные отличия между девочками с ППР и контрольной группы коснулись возрастной идентичности. Достоверно чаще девочки с ППР идентифицируют себя с возрастом 13-21 лет. Это проявлялось не только в портретном выборе и выборе фигур, но и при ответах на вопросы о предпочитаемом возрасте.

Т. о., результаты нашей работы открывают возможность дифференциальной диагностики различных форм идентификаций, нарушение которых приводит к искажениям в развитии личности.

Пути коррекции должны учитывать тот факт, что девочки с ППР как бы «проскакивают» дошкольный возраст, ограничивая общение со сверстниками и обедняя игровой репертуар (ведущую деятельность этого периода), что может влиять на процесс социализации в дальнейшем. Пути помощи в становлении гармоничной личности лежат в направлении работы как с самими девочками, имеющими нарушения идентификаций, так и с их родителями, учителями, воспитателями.

Ю.В. Смирнова

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ Клиника НИИ Физиологии СО РАМН (Новосибирск, РФ).

Атопический дерматит (АД) - хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся высыпаниями, зудом и сухостью кожи. В 80% случаев его впервые диагностируют у детей первых пяти лет жизни, у 1/3 больных заболевание персистирует во взрослом возрасте. АД страдают 10-20% детей во всем мире. Современные исследования подтверждают мультифакторный характер АД, в инициации которого существенное воздействие оказывают многочисленные генетические и средовые факторы. Хотя при АД центральную роль придают иммунным механизмам, описана возможная связь между психологическим стрессом и обострением АД у взрослых и детей. Клинический опыт показывает, что у 70% пациентов психологический дискомфорт и эмоциональные стрессы усугубляют течение АД (Антропов Ю.Ф., 2005, Торопова Н.П., 2003). Нарушения сна наблюдаются у 10-30% всех детей, страдающих АД, а при обострении заболевания, по данным опроса родителей, сон был нарушен в течение года на протяжении 86% ночей (Reid P., 1995). Недостаток сна у ребенка является причиной его астении, снижения успеваемости в школе, неспособности принимать участие в играх и т. д.. Считается, что АД может привести к психопатическому формированию личности, трудностям в выборе профессии и создании семьи. Дошкольники с АД также испытывают больше проблем с поведением, чем здоровые ровесники (50% по сравнению с 12%): они становятся чрезмерно зависимы, стыдливы и боязливы.

Клинические критерии, позволяющие оценить роль психического компонента в развитии и течении дерматозов, включают:

- данные анамнеза и жалобы больного, указывающие на психотравмирующие факторы, послужившие причиной возникновения/рецидива заболевания;

- предшествующая или сопутствующая невротическая или депрессивная симптоматика, проявляющаяся в виде отчетливых изменений настроения больного, общей слабости, утомляемости, мнительности и фиксированности на болезни, нарушении социальной адаптации и др.;

- яркая вегетативная симптоматика, часто обуславливающая полиморфизм жалоб и данных физикального исследования;

- цикличность течения кожного заболевания;

- нестабильность колебания интенсивности высыпаний в период обострения;

- необычно яркие клинические проявления заболевания, в том числе пароксизмы зуда;

- ночной зуд и расчесы;

- недостаточная эффективность традиционной терапии и отчетливый терапевтический эффект психотропных препаратов, особенно антидепрессантов и улучшения, связанные с разрешением психотравмирующей ситуации, нормализацией психического статуса или положительными изменениями в окружающей больного психосоциальной среде.

В.А. Сятковский, (2003) у детей, больных АД, нашел ряд личностных особенностей, выражающихся, в частности, в более высоком уровне тревожности, эмоциональной лабильности, невротичности, заниженной самооценке, снижении тенденции к лидерству и доминированию, стремлении к одиночеству. На основе этого автор высказывается за комплексное лечение, включающее психотерапевтическую помощь. Общие терапевтические подходы открывает психотерапевтическое воздействие, во вторую очередь рекомендуются психотропные средства - транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики, ноотропы и нелекарственные методы терапии. В частности, при зудящих дерматозах рекомендуются сонапакс, тизерцин, амитриптилин, этаперазин, феназепам, подбор которых обусловлен также антигистаминным и антисеротониновым эффектом. Перспективно использование психокорректирующих методик, основанных на принципах поведенческой психотерапии и психоанализа, в частности, использование психотренинга и дерматологических обучающих программ с одновременным проведением традиционного лечения (Антропов Ю.Ф., 2007).

В педиатрическом отделении клиники разработан курс комплексной реабилитации детей, страдающих АД.

До начала лечения проводится диагностическое обследование, которое включает не только общеклинические анализы и аллергообследование, УЗИ-диагностику и др., но и пакет психологических тестов и опросников, что помогает более точно ориентироваться в актуальном состоянии поступающего ребенка. В частности, это анкета по выявлению тревожного ребенка для родителей, цветовой тест Люшера, тест тревожности Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки (детский), опросник АСВ для родителей детей в возрасте 3-10 лет, детский дерматологический индекс качества жизни для родителей, рисунок «дом и моя семья», «гомункулус», визуализация телесной проблемы.

В план лечения таких пациентов включены следующие формы воздействия:

1. Создание комфортной в психоэмоциональном отношении среды.
2. Лечебная гипоаллергенная диета, дополнительно введен в питание кисло-молочный напиток «Бифилин», кислородные коктейли на основе сиропа солодки (при индивидуальной переносимости).
3. Уход за кожей (противовоспалительная и смягчающая, увлажняющая терапия).

4. Медикаментозное лечение по индивидуальному плану (мембраностабилизаторы, антигистаминные препараты по показаниям, сорбенты, сосудистые препараты, иммуномодуляторы, анксиолитики и растительные антидепрессанты по показаниям и в зависимости от стадии процесса).

5. Физиолечение: транскраниальная электростимуляция (ТЭС-терапия), светолечение.

6. Групповая, индивидуальная, игровая психотерапия.

7. Работа с семьей.

8. Терапия творчеством в различных формах: музыкальные занятия, занятия изобразительным искусством, ручной труд.

9. Упражнения на релаксацию в сочетании с элементами ЛФК.

10. Образовательные беседы.

В процессе лечения отмечается отчетливое улучшение психоэмоционального состояния детей, быстрое разрешение кожного процесса со снижением количества и выраженности субъективных жалоб.

Хочется особо отметить эффективность и доступность физиотерапевтического воздействия, т. к. метод ТЭС-терапии позволяет в условиях любого лечебно-профилактического учреждения оказывать комплексное психопротективное воздействие, влиять на течение аллергического процесса. Эффекты ТЭС-терапии имеют опиоидную и серотонинергическую природу. Доказано нормализующее воздействие на гипоталамо-надпочечниковую систему, при этом эффективно устраняется кожный зуд, развивается антистрессовый эффект, происходит стимуляция заживления экскориаций и профилактика гнойничковых осложнений.

Для каждого пациента выбирается оптимальный и безопасный набор методик. Только комплексный, не ограниченный рамками действующих медико-экономических стандартов, истинно психосоматический подход к ведению пациентов с зудящими дерматозами может даже в ограниченные сроки лечения (у нас это 2 недели) привести к выраженной и стойкой ремиссии

И.М. Ануфриева

РОЛЬ СЕМЬИ В СИСТЕМЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

**Северодвинский филиал Поморского государственного университета,
кафедра психологии и психофизиологии (Северодвинск, Архангельская обл.,
РФ).**

В социально-психологических исследованиях как один из интегративных элементов, характеризующих направленность личности, давно и успешно используются ценностные ориентации. Под ценностными ориентациями чаще всего принято понимать социально детерминированную и зафиксированную в психике человека направленность личности на цели и средства деятельности. Ценностные ориентации отражают отношение человека к социальной действительности и в этом своем качестве определяют широкую мотивацию его поведения. В основе функционирования ценностных ориентаций лежит ценностный подход, согласно которому все явления окружающей действительности – это ценности, отражающие в сознании человека его возможности удовлетворить потребности и интересы. У каждого человека – своя индивидуальная система ценностей. Однако индивидуальные ценности – это отражение в индивидуальном сознании сознания об-

щественного. Поэтому воспитание - это превращение системы общественных ценностей в систему личностных.

Исследования ценностных ориентаций студенчества, проведенные в январе-апреле 2009 г., доказывают, что современная молодежь по своим устремлениям и ценностям достаточно похожа на взрослых, принимавших участие в их воспитании. В нашем исследовании приняли участие 352 студента 2 факультетов – юридического и дошкольной педагогики и психологии, с первого по пятый курс. Результаты исследования мы сравнивали с данными, полученными в 1999 и 2008 гг. при обследовании старшеклассников.

Для изучения ценностных ориентаций был использован тест «Парные сравнения» М. Рокича, адаптированный А. Гоштаутасом, Н.А. Семеновым, В.А. Ядовым в 1974 г. Данная методика изучает две группы ценностей – терминальные ценности (ценности-цели) и инструментальные ценности (ценности-средства). Терминальные ценности – это основные цели человека, они отражают долговременную жизненную перспективу, то, к чему человек стремится сейчас и в будущем. Терминальные ценности определяют смысл жизни человека, указывают, что для него особенно важно и значимо. Они являются важнейшим показателем личностной зрелости. Инструментальные ценности отражают средства, которые выбираются для достижения целей жизни.

Как студенты, так и старшеклассники, считают наиболее ценными для себя семейное счастье, любовь, общение с друзьями, свободу и независимость, хотя рейтинговая значимость этих ценностей разная. Неожиданным для нашего прагматичного времени выглядит тот факт, что ценность материально обеспеченной жизни у старшеклассников как в 1999 г., так и в 2008 г. занимает лишь четвертое место. Ее значимость заметно падает для студентов младших курсов (11 место) и вновь возвращается на свое 3-4 место у старшекурсников. В то же время, по сравнению с 1999 г., значительно возрастает ценность семьи: у школьников с 3-го места в рейтинге эта жизненная сфера перемещается на 1-е, а у современных студентов она не снижает свое значение от младшего курса к старшему. Возможно, это связано все же с повышением роли семьи в обществе в целом: *наличие своего дома, родного человека, который поймет и примет тебя таким, какой ты есть, наличие детей – это то, что обеспечивает человеку психологический комфорт, чувство безопасности и самооценности.* Особенно это проявляется в современных социальных условиях, характеризующихся прежде всего повышением конкурентности, необходимостью социальной успешности не только для достижения высоких результатов в обществе, но и просто для выживания. Однако, это заметно противоречит многим мнениям, высказываемым в СМИ.

Очень значимой для всех категорий обследуемых являются ценности свободы, независимости, личного достоинства, причем их значимость заметно возросла у школьников с конца 90-х гг. – с 9-го места в списке значимых ценностей на 3-е, а у студентов прочно удерживает 5-е место.

Нами не было выявлено каких-либо значимых различий по важности такой ценности, как наличие верных друзей, всегда как для подростков, так и для юношества, она остается одной из самых важных.

Достаточно низкие показатели у такой ценности, как познание (средние рейтинги). Вероятно как школьники, так и студенты понимают, что для жизненного успеха наряду со знаниями необходимы навыки взаимодействия с окружающими.

К низко значимым для себя сферам все группы испытуемых относят активную деятельную жизнь, равенство, общую хорошую обстановку в стране. Воз-

можно, это связано со сложившимся стереотипом в обществе, когда человек считает, что «от него все равно ничего не зависит».

Анализ терминальных ценностей позволяет нам сделать следующие выводы. Сравнивая результаты, можно отметить характерные различия. Так, для студентов-первокурсников, как и для школьников, более значимы такие инструментальные ценности, как стремление к высоким достижениям, независимость, непримиримость к недостаткам других, менее важны такие ценности, как ответственность и широта взглядов. Для старшекурсников важнее терпимость к взглядам и мнениям других, важнее умение прощать им ошибки и заблуждения. Больше ценится ими умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки.

Можно предположить, что одна из проблем современной молодежи (старшеклассников и студентов младших курсов) состоит не в том, что они другие и хотят совсем иного, чем взрослые, воспитывавшие их, а в том, что они не знают, как этого достичь. Возможно, современное образование кроме знаний должно быть ориентировано на формирование личностных качеств, умений и навыков, необходимых для достижения целей современной жизни.

Подводя итоги нашего исследования, можно сказать, что семья является очень важной ценностью для различных групп современной молодежи наряду с уверенностью в себе, общением с друзьями, свободой и материальным благополучием.

Ю.В. Борисенко

**РАССОГЛАСОВАНИЕ РОДИТЕЛЬСКИХ РОЛЕЙ КАК ПРИЧИНА
СУПРУЖЕСКИХ И ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ КОНФЛИКТОВ
Кемеровский государственный университет (Кемерово, РФ).**

Среди факторов, обуславливающих отцовское поведение выделяются: взаимоотношения родителей (отношения в супружеской диаде), влияние матери, средовые факторы, фактор ребенка, собственно отцовство.

Идентификация с ролью отца, навыки, и ответственность оказывают важное влияние на отцовство. Изменчивость индивидуального выполнения функций отца обуславливает два важных момента: а) положительная поддержка от матерей и среды может помочь мужчине быть более ответственным отцом даже при плохих экономических условиях; б) сильное желание отца, знание, и навыки, вероятно, могут преодолеть отрицательное отношение матери, конфликты с ней, а также неблагоприятные влияния среды. Некоторые исследования также показывают, что отношения отца с его собственным отцом могут быть фактором, помогающим собственной идентификации в роли отца через идентификацию с отцом или компенсацию его ошибок.

Влияние этих факторов очень своеобразно преломляется через современную действительность и приводит к различным проблемам. Наблюдается значительный кризис семьи, рост безотцовщины и уменьшение общего вклада отца в воспитание детей. В течение жизни двух поколений картина отцовства существенно изменилась, изменились и социальные представления о том, каким должен быть отец и как он должен себя вести. Однако, необходимо различать: часть отцов вполне удовлетворяются так называемой ролью «заместителя матери», то есть они заменяют мать, когда ее нет, и помогают ей, выполняя ее поручения.

По статистическим данным в Германии присутствуют при рождении своего ребенка 90% отцов. Хотя это стало нормой сравнительно недавно, это пережива-

ние процесса родов вместе с ребенком сближает отцов с детьми. В дальнейшем они более близки своим, даже очень маленьким детям, стараются принимать самое настоящее живое участие в жизни своих детей.

Фактически стиль воспитания изменился за последние несколько поколений. Современные отцы во многом менее авторитарны, чем даже поколение современных дедушек, более эмпатичны и знают больше о каждодневных проблемах и заботах своих детей. В современном обществе мысль о слабости и некомпетентности «нынешних отцов» является весьма распространенным стереотипом общественного сознания. Интерпретация этих данных может быть самая разная: некоторые полагают, что происходит быстрое, неуклонное и чреватое опасными последствиями ослабление отцовского начала. Другие склонны думать, что так было всегда, что отцы никогда не играли важной роли в воспитании детей и сегодняшние тревоги только отражают сдвиги в массовом сознании.

Совершенно ясно, что родительские роли претерпевают существенные изменения в последние десятилетия. Например, меняется представление женщин о ценности материнства, о роли мужчины в жизни женщины и ребенка. Соответственно им трансформируется отцовство, причем, как более социально детерминированный феномен, меняется отцовство быстрее, чем материнство. Следовательно, можно говорить об отсутствии в настоящий момент определенной модели отцовства. По крайней мере, если женщина решается родить ребенка, на первом году жизни ребенка материнские функции достаточно определены. Женская роль более традиционная, более инертна – т. к. во многом биологически обусловлена. Видоизменение отцовства заметно уже в течение нескольких поколений. Предыдущее поколение уже отошло от традиционной модели поведения отца. В советском обществе была распространена ситуация, когда мужчина был «еще один ребенком в семье». А мать была очень авторитарна и ответственна за все. Поэтому сейчас отцовские функции могут варьироваться от полного игнорирования рождения ребенка до попытки вытеснения матери из отношений с ребенком. Например, после совместных родов, при возникновении сильного бондинга отец пытается сам включаться в жизнь ребенка и испытывает ревность к жене, когда она кормит ребенка грудью. То есть современный отец не имеет реальной модели поведения.

Снижению вклада отца в воспитание способствует ломка традиционной системы половой стратификации, оценка отцовства по традиционно женским критериям. В традиционной семье отец выступает как кормилец, персонификация власти и высший дисциплинизатор, пример для подражания и наставник во внесемейной общественной деятельности и отношениях. В современной семье эти традиции ослабели из-за женского равноправия, вовлечения женщин в профессиональную работу, тесный семейный быт, и из-за пространственной разобщенности труда и быта. В патриархальной семье дети, особенно мальчики, проводили много времени, работая с отцом и под его руководством. В городе дети не видят, как работает отец, а количество и значимость его внутрисемейных обязанностей значительно меньше, чем у матери. По мере того, как отец становится более демократичным, он все чаще подвергается критике со стороны жены, а его авторитет, основанный на внесемейных факторах, снижается. Эта проблема ставит сложный и очень спорный вопрос – насколько вообще заменяемы и обратимы отцовские и материнские роли и каково соотношение их биологических и социально-культурных доминант?

Ситуация во многом усложняется тем, что женщины сами воспринимают отцов как своих заместителей, при этом зачастую мужчина вообще не включен в

общение и заботу о ребенке-младенце, хотя данный период является важным для установления взаимоотношений отца и ребенка. Однако потом от отца требуется участие в воспитании ребенка, с которым он уже привык не общаться. С другой стороны, мужчина–отец обязан обеспечивать семью, и если для матери общество полагает возможным и даже предписывает уход за ребенком и обеспечивает женщин специальным отпуском, то мужчины в данном случае менее свободны.

Согласно экологическому подходу, провозглашенному W.Doherty, социальная детерминированность отцовства связана в первую очередь с зависимостью выполнения отцовских функций от отношений с женщиной-матерью. Согласно ему, женщина должна помочь мужчине быть хорошим отцом. Однако современная женщина сама не всегда способна разобраться в предписываемых женщине ролях, так как они тоже имеют некоторое рассогласование. Женщина становится более несвободна в отношении карьеры, однако и требования к материнской роли остаются. В современном обществе очень мало осталось традиционно материнских функций женщины, на них накладываются еще профессиональные. При этом нормальное материнское поведение согласно транслируемым нормам предыдущего поколения, выросшего в советское время, воспринимается как авторитарное, а материнская роль составляет основу самооценки такой женщины.

Поэтому она не может помочь мужчине в становлении отцовства, такая мать чувствует в этом угрозу собственной «священной материнской роли» от мужчины, который, даже если он участвует в жизни ребенка, но не имея определенной модели родительства и культуры отцовства, просто пытается перенять женскую модель. В итоге современной женщине проще самой вырастить ребенка – экономически она это сделать может, и не надо ни с кем находить компромисс. И зачастую такая непримиримая позиция приводит к незаключению брака во время беременности или даже распаду семьи и воспитанию ребенка одной женщиной.

Т. о., свойственное современному обществу рассогласование родительских ролей приводит к семейным и детско-родительским проблемам. В настоящее время задачей психологов, работающих с семьей, особенно с молодой семьей на этапе беременности и рождения детей, является разработка программ, методов и методик работы по созданию общности родительских ролей конкретной семейной пары.

С.Г. Буртылева

**ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННО-АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ
У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ ИЗ НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ
И СЕМЕЙ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
(Екатеринбург, РФ).**

Главным институтом воспитания является семья. То, что ребенок в детские годы приобретает в семье, он сохраняет в течение всей последующей жизни. Семья создает личность или разрушает ее, во власти семьи укрепить или подорвать психическое здоровье ее членов. Она указывает границы идентификации, способствует появлению у ребенка образа своего «Я».

Именно семейное воспитание более эмоционально по своему характеру, чем любое другое воспитание, т. к. проводником его является родительская любовь или нелюбовь к детям. От того, как строятся отношения в семье, какие ценности, интересы выдвигаются у ее старших представителей на первый план, зависит, каким вырастет ребенок. Ребенок очень чутко реагирует на поведение взрослых и быстро усваивает уроки жизни, полученные в процессе семейного воспитания. Однако родители, не всегда понимают, что ребенок часто обращается к ним не за конкретной помощью, советом, а за пониманием.

Неблагополучной является семья, в которой нарушена структура, обесцениваются или игнорируются основные семейные функции, имеются явные или скрытые дефекты воспитания, в результате чего появляются «трудные» дети. В семье с явной формой неблагополучия ребенок испытывает физическую и эмоциональную отверженность со стороны родителей (недостаточная забота, неправильный уход и питание, физическое и сексуальное насилие, игнорирование душевного мира и переживаний), в результате чего у него появляются чувство неадекватности, стыд за себя и родителей перед окружающими, страх и боль за свое настоящее и будущее. Среди таких семей наиболее распространенными являются те, в которых один или несколько членов зависимы от употребления алкоголя.

При изучении компонентов мотивационно-аффективной сферы учащихся младших классов из неполных семей и семей с алкогольной зависимостью были установлены следующие закономерности. Недостаток внимания и заботы со стороны матери в большей степени переживают дети из неполных семей, где два и более ребенка, причем показатель удовлетворенности взаимопониманием с родителем у мальчиков ниже, чем у девочек. Для 45% детей из неполных семей и 63% детей из алкогольных семей характерна низкая самооценка успешности в учебной деятельности. Этим детям свойственны неуверенность в собственных силах, желание быть менее заметными, не выделяться. Дети из алкогольных семей, как правило, боятся обратиться за помощью, если что-то не получается. Это состояние проявляется в зажатости, замкнутости, неспособности проявлять эмоции и чувства.

Для 50% мальчиков и 33% девочек из семей с алкогольной зависимостью характерна низкая школьная мотивация. У мальчиков из неполных семей низкая школьная мотивация может быть связана с нежеланием выполнять требования учителя, т. к. они могут полностью совпадать с требованиями (претензиями) мамы, либо с желанием через «плохую» учебу привлечь внимание мамы.

Повышенный уровень школьной тревожности характерен для мальчиков и девочек из неполных семей, независимо от количества детей в семье. Переживание социального стресса вызывает противоречивые эмоциональные состояния, которые впоследствии оказывают влияние как на повышение уровня тревожности в целом, так и в конкретных фрустрационных ситуациях. Высокий уровень тревожности в ситуациях взаимодействия ребенка с одноклассниками в учебной деятельности характерен для 83% девочек из неполных семей с 2 детьми, 89% девочек и 60% мальчиков из алкогольных семей. Страх ситуации проверки знаний переживают 67% девочек из неполных семей с двумя детьми, 54% мальчиков, являющихся единственным ребенком в семье, а также 78% девочек и 60% мальчиков из семей с алкогольной зависимостью. Трудности при общении с педагогами переживают 44% девочек и 20% мальчиков из алкогольных семей.

Итак, социальная неустроенность родителей приводит к психологическому напряжению, что порождает семейные конфликты, обострение не только супружеских, но и детско-родительских отношений, отрицательно сказывается на физическом и психическом здоровье взрослых и детей. В таких семьях повышается риск подверженности детей неврозам из-за неблагоприятного психологического климата в семье. Эмоциональная нестабильность семейных, супружеских и родительских отношений, отсутствие единства мнений и солидарности родителей в их педагогическом воздействии на ребенка, либо отсутствие одного из родителей – все это часто приводит к формированию у ребенка чувства страха, неуверенности в себе, замкнутости и нелюдимости, ухода в себя, социальной пассивности, боязни неудач, критики или наказания. У него возникает чувство собственной малоценности, слабости и зависимости, самоотрицание, пессимистическое отношение к жизни. Ребенок переживает чувство социальной дискриминации, и это вносит дискомфорт в их существование.

Характерологические изменения личности ребенка появляются не сразу, а формируются постепенно, под влиянием жизненного уклада семьи и особенностей поведения взрослых. Все это не может не отразиться на особенностях его мировосприятия, чувств и поведения. Алкоголизация родителей не только приводит к душевной травматизации ребенка, но и негативно сказывается на формировании его личности. Это ощущается впоследствии всю жизнь. Все это может сказаться и на их собственных семьях, и на их собственных детях, потому что семья, в которой вырос ребенок, дает образец той семьи, которую он создает, став взрослым.

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин)»**

1. Содержание работы должно соответствовать тематике журнала и его рубрикам. Журнал не публикует планы и проекты.
2. Статья набирается шрифтом Times New Roman, кегль 14, интервал 1,5 строки, поля 2 см сверху, снизу, слева, 1,5 см справа.
3. Графики, рисунки, диаграммы изображаются **в черно-белом формате, доступном для редактирования.**
4. Объем работы: авторские статьи, лекции – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.; архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).
5. В начале каждого материала указываются авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.
6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
8. Все упоминаемые в статье авторы должны отражаться в пристатейном списке литературы в алфавитном порядке.
9. Список литературы оформляется соответственно требованиям Государственного стандарта (см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2011 (11), № 2, с. 141).
10. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются.
11. Плата за публикацию статей не взимается.
12. Статьи, поступившие для публикации, рецензируются.
13. Замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензий и ответов автора.
14. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.
15. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи

Подписано в печать 05.09. 2013 г.
Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.
Печать цифровая. Тираж 1000 экз.
Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»
ООО «Сам Полиграфист»
129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.