

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

2013 (13), № 4

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. Баилова, 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 V МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

Шевченко Ю.С., Каримов В.В.

КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТСКОГО АУТИЗМА
НА РЕЗИДУАЛЬНОМ ОРГАНИЧЕСКОМ ФОНЕ 9

Арзуманов Ю.Л., Васечкин В.Б., Абакумова А.А.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ В
НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ 10

Бурлакова Н.С.

КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ
ДЕТЕЙ ИЗ РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СЛОЕВ И СУБКУЛЬТУР 12

Войтешонок А.В., Давидович А.А.

МЕЖЛИЧНОСТНЫЙ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТЫ
ПЕРЕЖИВАНИЯ ОДИНОЧЕСТВА И ЕГО ПОЗИТИВНЫЙ
ПОТЕНЦИАЛ 14

Гладун Т.И.

ВЗАИМОСВЯЗЬ Я-КОНЦЕПЦИИ ПОДРОСТКОВ
С АКЦЕНТУИРОВАННЫМИ ЧЕРТАМИ ХАРАКТЕРА 15

Достовалов С.Г.,

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ОБЪЕКТОВ
МЕЖЛИЧНОСТНОГО ДОВЕРИЯ У ПОДРОСТКОВ 2000-Х И 2010-Х
ГОДОВ 17

Дубовик Л.П.

ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ К СОЗДАНИЮ СЕМЬИ КАК ОДНО ИЗ
НАПРАВЛЕНИЙ СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНОЙ РАБОТЫ 18

Жигэу Е.И.

ИЗУЧЕНИЕ СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ
СТАРШЕКЛАССНИКОВ КАК АСПЕКТА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ 20

Завгородняя Е.В., Бастун Н.А.

ДИСГАРМОНИЧЕСКИЙ ИНФАНТИЛИЗМ:
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ 21

Зайцева М. К., Кричевец Е. А.

СОЗДАНИЕ СРЕДЫ, СПОСОБСТВУЮЩЕЙ ФОРМИРОВАНИЮ
ИНИЦИАТИВНОСТИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ
С НАРУШЕННЫМ РАЗВИТИЕМ 22

Злова Т.П.(1), Лебедева Ю.В.(2), Ахметова В.В.(3)

ПРОБЛЕМЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ
У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ 24

Козлова Е.А.

ЗНАЧЕНИЕ РАННЕГО ТЕМПЕРАМЕНТА ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ 26

Кочкина Л.В., Конева Е.В., Солондаев В.К.

СИСТЕМОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
КОГНИТИВНОГО, ЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ПОВЕДЕНЧЕСКОГО
РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ 28

Макарова З.С.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАННЕМ ОНТОГЕНЕЗЕ Меренкова В.С.	29
ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНОГО КОМПОНЕНТА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ЗДОРОВЬЯ Линова Е.М., Носова О.А.	31
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БЕЗРЕЧЕВЫХ ДЕТЕЙ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Савина Е.А., Саркисова Т.А.	33
РЕЧЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН СОЦИАЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ Стахейко Е.	33
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗРОСЛЫХ, ПОДВЕРГИВШИСЯ ЖЕСТОКОМУ ОБРАЩЕНИЮ В СЕМЬЕ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ Суханова М.Д.	35
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ИНДИВИДУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ В РАННЕМ И ДОШКОЛЬНОМ ДЕТСТВЕ Хрущ И.А.	36
СЕКСУАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕВУШЕК Шумилова С.В., Свистунова Е.В.	38
СПЕЦИФИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖАННЫМ РАЗВИТИЕМ Артемьева М.С., Кузнецов А.И., Брюхин А.Е.	39
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДИЗАЦИИ И ДИЗАДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Брюхин А.Е., Абдраева Н.К.	42
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА Брюхин А.Е.	43
СИНДРОМАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО КРИТЕРИЕВ МКБ-10 Гладышев О.А.	45
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТИПОЛОГИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ Гордеева Е.А., Портнова А.А., Усачева Е.Л., Подашевская Т.М., Серебровская О.В., Шинко Л.С., Милехина А.В.	46
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ Дурнева М.Ю., Мешкова Т.А.	48
ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕВУШЕК С РИСКОМ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ	50
Заржицкая О.А. КОМПЬЮТЕРНЫЙ ВИЗУАЛЬНЫЙ ТЕСТ «EMBODIMENT ASSESSMENT TOOL» (EmAT): РАЗРАБОТКА, АПРОБАЦИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ СОЦИАЛЬНЫХ	

ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ТЕЛЕ Заржицкая О.А.	52
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И СОДЕРЖАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ТЕЛЕ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ: ВЕРБАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ Зверева Н.В., Дубровская Е.И.	54
К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Малыгин В.Л., Субботина Д. А., Гладышев О.А	56
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ВОСПРИЯТИЯ СВОЕГО ТЕЛА У БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ Милехина А.В.	57
ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (СИНДРОМ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ) Мильке Е.А., Свистунова Е.В.	59
ВОЗРАСТНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ Редькин Ю.Н.	60
АНОРЕКТИЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ИЛИ ВОЗРАСТНОЕ СМЕЩЕНИЕ СОМАТОВЕГЕТАТИВНОГО УРОВНЯ РЕАГИРОВАНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ Скобло Г.В.	62
РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В МЛАДЕНЧЕСКОМ И РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ Шебанова В.И., Шебанова С.Г.	63
ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Шинко Л.С., Милехина А.В.	65
ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ Блинова Е.Е.	66
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ Брындин Е.Г., Брындина И.Е.	67
ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ Бычкова А.А.	69
СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ В ТРАДИЦИОННЫХ ОБЩЕСТВАХ (НА ПРИМЕРЕ ПЛЕМЕН НАГА, ШТАТ НАГАЛЕНД, ИНДИЯ) Вартанова И.И.	70
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: САМООТНОШЕНИЕ И ЦЕННОСТНЫЕ КОНФЛИКТЫ СТАРШЕКЛАССНИКОВ Грошева Е.В.	71
САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ КАК ЭЛЕМЕНТ ИГРОВОГО ПОВЕДЕНИЯ В РАМКАХ ПОДРОСТКОВОЙ СУБКУЛЬТУРЫ	73
Дубовая Т.Н., Огурцова Е.А. ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНАХ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫХ ПРОИЗВОДСТВ Жарков Г.В.	74
СОЦИАЛЬНАЯ САНКЦИЯ НА БУЛЛИНГ И ПЕРСПЕКТИВЫ	

ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ И МОЛОДЫМ ЛЮДЯМ С СУБКУЛЬТУРНОЙ САМОИДЕНТИФИКАЦИЕЙ	76
Илюшина Н.Н. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ВОЖАТОГО ДЛЯ ДЕТСКОГО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛАГЕРЯ	78
Карина О.В. ДИНАМИКА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСТАНОВОК МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДОПИНГУ	79
Катаева Н.А., Рязанова Т.В. РЕВИТАЛИЗАЦИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПРОСТРАНСТВА КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОМФОРТНОСТИ	80
Киселева М.А. ПРОФИЛАКТИКА ПРОДОПИНГОВОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ	82
Колпаков Я.В. РЕСУРСЫ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ЮНОШЕЙ 14-16 ЛЕТ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФУТБОЛОМ	83
Королева Е.В., Серебрякова Т.А. РОЛЬ КОГНИТИВНОГО КОМПОНЕНТА В СИСТЕМЕ РАБОТЫ ПО РАЗВИТИЮ ТОЛЕРАНТНОСТИ СТУДЕНТОВ ВУЗА	84
Корчинская В.Ю. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕКЛАМЫ НА ЦЕННОСТИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	85
Медведская Е.И. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ ОБ ОДНОПОЛЫХ БРАКАХ	87
Никитина Л.Е., МОЛОДЁЖНЫЙ ЭКСТРЕМИЗМ КАК СОЦИАЛЬНО- ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА	88
Силаева Е.Г. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ВОЛОНТЕРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ МОЛОДОГО ЧЕЛОВЕКА	90
Тарханова П.М. ФИЗИЧЕСКИЙ ПЕРФЕКЦИОНИЗМ КАК ФАКТОР ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ	91
Трифонов Ж.Н. ФОРМИРОВАНИЕ ЖИЗНЕННЫХ ПОЗИЦИЙ У ПОДРОСТКОВ ПОСРЕДСТВОМ ЗНАКОВ И СИМВОЛОВ КОЛЛЕКТИВИЗМА (НА ОСНОВЕ ИДЕЙ А.С. МАКАРЕНКО)	93
Троянская С.Л. ФОРМИРОВАНИЕ БЕЗОПАСНОГО СТИЛЯ МЕДИАПОТРЕБЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ	95
Харитонов Е.В. ВОСТРЕБОВАННОСТЬ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ЕГО ПОЗИТИВНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ	97
Хвастунова Е.П. СОЦИАЛЬНЫЕ ОГРАНИЧИТЕЛИ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ	98
Чалдышкина Н.Н., Лоскутова Р.Р. К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОГО	

ВОСПИТАНИЯ МОЛОДЕЖИ В ВУЗЕ Шемякина Т.В.	100
ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ИНФОРМАТИЗАЦИИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ Шустова Н.Е.	101
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ В КОНТЕКСТЕ ДОПИНГОВЫХ ПРОБЛЕМ Яшнова О.А.	102
95 ЛЕТ НА ЗАЩИТЕ ПРАВ ДЕТЕЙ Авакян Т.В., Воликова С.В.	104
СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У ДЕТЕЙ-СИРОТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ИНТЕРНАТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗЛИЧНОГО ТИПА Бардышевская М.К., Макарова К.В.	105
РАЗВИТИЕ И СОЦИАЛИЗАЦИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ 3-5 ЛЕТ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ (ДОМ РЕБЕНКА И ДЕТСКИЙ САД) Бессчетнова О.В.	107
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА ЛИЦ, ЖЕЛАЮЩИХ ПРИНЯТЬ НА ВОСПИТАНИЕ В СЕМЬЮ РЕБЕНКА, ОСТАВШЕГОСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ Иванова С.А.	108
СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОМА И ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬИ Ивашев С.П., Ерофеева В.В., Ивашев К.С.	110
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПОДРОСТКОВ-СИРОТ, ЗНАЧИМЫЕ ДЛЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ Киселева Н.А.	112
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ КРОВНЫХ РОДИТЕЛЕЙ ¹ Козлов М.А.	114
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ Котова Т.Е., Мишурова Е.Ю.	115
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПОЗИЦИИ ЗАМЕЩАЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ Кутеева Е.Н.	117
ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ОТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ КО ВРЕМЕНИ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ В УСЛОВИЯХ ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Irena Leliūgienė	118
THE POSSIBILITIES OF LOCAL COMMUNITY SOLVING SOCIAL- PSYCHOLOGICAL REHABILITATION AND ADAPTATION PROBLEMS OF CHILDREN LIVING IN FOSTER HOMES Морова Н.С.	120
ПО СТУПЕНЯМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОДИТЕЛЬСТВА: НОВАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ	

¹ Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта № 13-16-60002.

ПОМОЩИ СЕМЬЕ РЕБЕНКА С ПРОБЛЕМАМИ В РАЗВИТИИ Печникова Л.С., Жуйкова Е.Б.	121
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРИНИМАЮЩИХ СЕМЕЙ В РАМКАХ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ Русаковская О.А.	124
СИСТЕМНЫЙ ВЗГЛЯД НА ТРУДНОСТИ ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЕЙ И СПОСОБЫ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ Савкова Е.А.	125
СЕМЕЙНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ Строкова С.С.	127
СЕМЕЙНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В АЛЬТЕРНАТИВНЫХ СЕМЬЯХ Шевченко Ю.С.	129
ЭТОЛОГИЧЕСКИЕ ОРИЕНТАЦИИ В РАБОТЕ С ВОСПИТАННИКАМИ СИРОТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Волкова Н.В., Черлина Н.А., Лапочкин О.Л.	131
МОНТЕССОРИ-ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕРВНО- ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Зыков В. П., Новикова Е.Б.	133
КЛАССИФИКАЦИЯ И СИНДРОМОЛОГИЯ ТИКОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Суворинова Н.Ю., Заваденко Н.Н.	134
КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СИНДРОМЕ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ Чернышова Н.В., Милованова О.А.	136
ЗНАЧИМОСТЬ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Никишена И.С., Анисимова Т.И., Бондарчук Ю.Л.	138
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНО- ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Белопольская Н.Л.	139
ДИАГНОСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ЛИЧНОСТИ ЧЕРЕЗ АНАЛИЗ ЕДИНИЦ САМОСОЗНАНИЯ Добряков И.В.	140
РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ В РЕШЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ	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: [<acppp@inbox.ru>](mailto:acppp@inbox.ru) либо [<acpprf@gmail.com>](mailto:acpprf@gmail.com).

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

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

Шевченко Ю.С., Каримов В.В.

**КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТСКОГО АУТИЗМА
НА РЕЗИДУАЛЬНОМ ОРГАНИЧЕСКОМ ФОНЕ**

**Российская медицинская академия последипломного образования
(Москва).**

На клинической базе ГБУО ДПО РМАПО кафедры детской психиатрии и психотерапии в дошкольных отделениях Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков ДЗ г. Москвы проведено проспективное исследование 154 пациентов с различными формами аутизма, в том числе: аутизм, обусловленный резидуальным органическим поражением ЦНС (основная группа) - 106 детей; прочие формы аутизма (дифференциальная группа) - 48 детей. В возрастной категории от 3 лет до 4 лет наблюдались 44 ребенка в возрасте от 4 лет до 5 лет — 50 детей, в возрасте от 5 до 7 лет — 48 детей, в возрасте старше 7 лет — 6 пациентов. Средний возраст детей на момент первичного обследования составил 4 года 11 месяцев (медиана 4 года 6 месяцев). Среди изученных было 135 мальчиков и 19 девочек. У 87 детей основной и дифференциальной группы клинические проявления аутизма были катamnестически отслежены за период от 1 года до 13 лет.

В результате проведенного исследования предварительно было установлено, что основной клинико-психопатологической особенностью развития детского аутизма, обусловленного резидуальным органическим (остаточными явлениями перинатального) поражения головного мозга, в изученных случаях было его формирование на основе следующих трех клинических аспектов.

Первый из них представлен дизонтогенезом в виде задержки психического развития (по Ковалеву В.В.) или поврежденного развития (по Лебединскому В.В.) с симптомами выпадения.

Второй клинический аспект представлен шизотипическим диатезом в виде отдельных стигм или слабо выраженных трех или только отдельных признаков дизонтогенеза (Горюнова А.В., Козловская Г.В., Римашевская Н.В., 1986), который проявлялся в 3 группах расстройств: 1) дисгармония психофизического развития; 2) дисрегулярность или неравномерность развития; 4) дефицитарность психической организации в целом. Особенности шизотипического дизонтогенеза соответствуют искаженному типу психического развития (по Ковалеву В.В., Лебединскому В.В.).

На основании предложенных Лебединским В.В. 4 параметров, характеризующих психический дизонтогенез, в случае органического аутизма можно предположить сочетание первичных, или «основных», нарушений, где патопсихологический диатез представляет сочетание дефицитарного и искаженного типов дизонтогенеза, первый из которых является ведущим.

Третий клинический аспект представлен динамикой клинических проявлений синдрома аутизма, выявляемый при катamnестическом исследовании.

Оценка проводилась на основании клинико-психопатологической картины аутизма, представленной как круг расстройств, характеризующихся нарушением психического развития, аутистической формой контактов с окружающими, расстройствами речи, моторики, стереотипностью деятельности и поведения, приводящими к социальной дизадаптации (по Тиганову А.С. и Башиной В.М., 2005). Дополнительно проводилась оценка аутизма по шкале Childhood Autism Rating Scale – CARS (Schopler E. et al., 1988) в разные возрастные периоды. При динамичном и катамнестическом исследовании детей с аутизмом проводилось определение уровня реагирования с окружающей средой на основании критериев типа поведения, предложенной Никольской О.С. (1985, 1987).

Предварительные результаты проспективного исследования выявили динамические особенности проявлений аутизма, обусловленного резидуальным органическим поражением головного мозга, которые условно можно разделить на регрессивные и прогрессивные изменения в психической деятельности ребенка, проявляющиеся в различные временные отрезки. При длительном катамнестическом исследовании аутизма, обусловленного резидуальным органическим поражением головного мозга, прослеживается динамика (синдромокинез) в виде редукции синдрома аутизма и появления синдрома дефицита внимания и гиперактивности как следствия перехода на более высокий уровень функционирования в результате снижения степени тяжести органического поражения ЦНС. В свою очередь, в группе детей с другими формами аутизма на резидуально-органическом фоне клиническая картина заболевания катамнестически характеризуется признаками основного (базисного) расстройства, нередко сочетающегося с умственной отсталостью.

Арзуманов Ю.Л., Васечкин В.Б., Абакумова А.А.
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

Национальный научный центр наркологии (Москва).

Проблема наркоманий стоит в ряду наиболее важных и актуальных проблем наркологии. Особую тревогу вызывает то, что среди героиновых наркоманов значительную часть составляют женщины и около 25% из них продолжают прием наркотиков во время беременности.

Показано, что в группе матерей, употреблявших героин, чаще рождались дети с нарушениями состояния здоровья различной тяжести. У детей, получивших внутриутробную интоксикацию героином, адаптивные способности в постнатальном периоде снижены, о чем говорят достоверно более низкие клинические признаки - такие, как глубина и адекватность дыхания, рефлекторная возбудимость нервной системы, состояние мышечного тонуса. Новорожденные от героинзависимых матерей чаще рождаются недоношенными, имеют меньшие размеры и массу тела, окружность головы; кроме того, у них выше частота формирования пороков развития. Отмечается высокий процент мертворожденных.

Представляет интерес исследование этого контингента, в период формирования когнитивной деятельности ребенка получившего внутриутробную интоксикацию героином.

Объектом исследования были дети старшего дошкольного и младшего школьного возраста (6-10 лет) в период обучения в общеобразовательных школах. В исследовании были включены 128 детей (63 мальчика и 65 девочек) с отяго-

шенным анамнезом антенатальной интоксикацией героином. Контроль составил 128 детей (63 мальчика и 65 девочек).

Изучались особенности когнитивных функций, эмоциональные и поведенческие проявления у подростков с отдаленными последствиями эффектов антенатальной интоксикации героином, а также исследовались познавательная деятельность, восприятие пространства и величин, внимания и памяти, состояние развития речи.

Получено, что у детей с отдаленными последствиями эффектов антенатальной интоксикации героином в старшем дошкольном возрасте и младшем школьном возрасте имеются нарушения в эмоционально-поведенческой сфере, проявляющиеся неустойчивостью эмоционального состояния с преобладанием реакций упрямства, возбудимости, агрессивности, враждебности в сфере межличностных отношений. Отмечено наличие цветовой, предметной и слуховой агнозии, трудности в понимании речи, обозначающих пространственное взаиморасположение объектов.

У исследованных зарегистрированы быстрая истощаемость, повышенная переключаемость внимания и нарушение его концентрации. Слабо развиты процессы сохранения поступающей информации. Недостаточно развита связная речь. Не сформированы такие компоненты психических процессов, как фонематический слух, объем слухового восприятия и вербальной памяти. Снижение зрительного восприятия и пространственного анализа и синтеза проявляется в большей степени при решении невербальных мыслительных задач. Это позволяет предположить, что именно фонематический слух, объем слухового восприятия и вербальной памяти играют приоритетную роль в развитии мыслительной деятельности на данном возрастном этапе.

Наличие сложного сочетания нарушений высших психических функций у детей с отдаленными последствиями эффектов антенатальной интоксикации героином может свидетельствовать о диффузном характере поражения морфофункциональных систем мозга.

Хронические трудности в обучении способствуют развитию у ребенка нервно-психических, психосоматических расстройств, приводящих к различным формам девиантного поведения как неадекватной компенсации неуспеха в школьной деятельности.

Были также изучены особенности вызванной электрической активности коры головного мозга у исследуемых подростков по результатам анализа поздних волн вызванного ответа, отражающих мотивационную, эмоциональную сферу, состояние фокусированного внимания и т. д.

Получено выраженное снижение корковой активности, которое проявилось в уменьшении величины и увеличении скрытого периода поздних положительных компонентов P300 и P600 со значимым ухудшением работы правого полушария мозга. Возможно, уже на этапе формирования личности имеет место снижение способности к концентрации и устойчивости внимания.

Таким образом, результаты, полученные в настоящем исследовании, позволяют расширить представления современной клинической психологии об особенностях психического развития детей с отдаленными последствиями антенатальной интоксикацией героином, систематизировать данные о нарушениях высших психических функций и на основании этого выделить сочетания синдромов, наиболее часто встречающихся у детей с последствиями антенатальной интоксикацией героином и отражающих дисфункциональность корково-подкорковых структур в процессе индивидуального морфо-функционального и хроногенеза мозга, что дает воз-

возможность выделить не только факторы риска формирования нарушений высших психических функций, но и разработать наиболее эффективные коррекционно-развивающие программы по преодолению отклонений в развитии психической деятельности у детей с наличием в анамнезе последствий антенатальной интоксикации героином, и тем самым подготовить их к успешной социализации.

Бурлакова Н.С.

**КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ
ДЕТЕЙ ИЗ РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СЛОЕВ И СУБКУЛЬТУР
МГУ имени М.В.Ломоносова (Москва).**

На психическое здоровье современных детей и подростков оказывает влияние как все общество в целом, так и принадлежность семьи ребенка к определенным социальным стратам, группам, субкультурам и т. п. Различные социальные и культурные ситуации, в которых оказывается семья ребенка, как раз и «производят» соответствующую психическую организацию как в норме, так и в патологии. В целом можно сказать, что помимо общих факторов, действующих в культуре (таких, например, как процессы женской эмансипации, смешение половых ролей и т. п.), на психическое развитие детей оказывает влияние также ряд частных, уже субкультурных, факторов. Помимо всего прочего важно учитывать также и динамику современной культуры, и ускорение исторического времени. В этом отношении на первый план выходит важность культурно-исторически обоснованной диагностики, что означает необходимость подхода к пониманию особенностей развития ребенка не просто с точки зрения статического диагноза, но прежде всего с точки зрения определения процессов и механизмов развития с позиции общей динамики культуры. Говоря о культурно-исторически обоснованной диагностике психического развития, важно в начале описать культурно-исторические условия и социальные механизмы, внутри которых находится ребенок, а затем реконструировать их уже в психике самого ребенка, в том числе и в структуре его патологии. Таким образом можно следовать в полном смысле этого слова культурно-историческому подходу в исследовании развития психики Л.С. Выготского.

Сегодня, изучая развитие ребенка, мы имеем дело с определенными социальными группами, семьями, принадлежащими к определенным социальным стратам, субкультурам, которые значительно отличаются друг от друга по образу жизни, ценностям, представлениям о ребенке и его ценности и идеалам развития и пр. Поэтому, с нашей точки зрения, с позиций следования культурно-историческому подходу в психологии необходимо каждый раз описывать ту *культурно-историческую среду*, внутри которой происходит развитие ребенка и которая шаг за шагом специфицируется в конкретной семье. В этом отношении одного только анализа семьи недостаточно. Поскольку невозможно понять, например, конкретную мать, без соотнесения с тем социальным и культурным пластом общества, внутри которого она находится, на ценности и идеалы которого она ориентирована. Антинатуралистичность психологического исследования ребенка как раз и состоит в том, чтобы научиться описывать эти различные культурные среды и значимые субкультурные образования, которые, в сущности, являются определенными семиотическими машинами по «производству» психики ребенка. Затем необходимо реконструировать их действие в особенностях структур самосознания детей и идентифицировать эти структуры как специфические формы интериоризации этих определенных субкультурных образований.

В частности, в одном из собственных клинико-психологических исследований, опирающихся на культурно-исторический подход, фокусом стали лидирующие (по данным специалистов-психологов) обращения к психологам-консультантам по поводу эмоционально-поведенческих проблем мальчиков дошкольного и младшего школьного возраста. Изучались диады «мать-сын» (возраст мальчиков 5-7 лет), обратившиеся за помощью в психолого-педагогический консультативный центр в связи с поведенческими и эмоциональными проблемами детей (страхи, частые капризы, неуправляемость, драчливость, сложности адаптации в коллективе, трудности соблюдения правил и пр.). Обследовано 20 диад, из них 3 семьи по сравнению с родительской семьей изменили свой социально-экономический статус в сторону понижения. Семьи из низшей и средней социальной прослойки в условиях г. Москвы, обратившиеся за психологической помощью по поводу эмоционально-поведенческих проблем ребенка-мальчика, отличаются по своей структуре, социальному статусу и характеру профессиональной мотивации матери, месту, которое в них занимает факт рождения ребенка, доминирующим ценностям в плане его воспитания.

На основе качественного анализа индивидуальных случаев, исходя из характера материнского отношения, специфики жалоб и особенностей идентификации мальчиков, принадлежности семьи к тому или иному слою были выделены следующие варианты образов ребенка-мальчика у матерей из различных социальных слоев. Нижний социальный слой: 1) «Ребенок-надежда на движение вверх по социальной лестнице»; 2) Ребенок – «средство дележа»; 3) «Ребенок-заместитель супружеских отношений»; 4) Эмоционально отвергаемый ребенок. Средний социальный слой: 1) «Ребенок-заместитель супружеских отношений», по некоторым параметрам отличающийся от похожего образа ребенка в нижнем слое; 2) «Идеальный» ребенок – продолжение «идеальной» матери; 3) Избалованный ребенок. Наблюдается также связь между образом ребенка у матерей из нижнего и среднего слоя и характером жалоб, которые выдвигались ими по поводу сыновей. Механизмы возникновения этих жалоб представлены как на уровне макросоциальных процессов (принадлежность к определенному слою), так и на уровне микросоциальных процессов (в семье). Особую зону риска для развития ребенка-мальчика представляли семьи с изменившимся социально-экономическим статусом в сторону понижения по сравнению с прародительской семьей, либо ранее достигнутым социальным положением. Эти данные в целом свидетельствуют о значимости и продуктивности клинико-психологических исследований такого рода и необходимости их систематизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлакова Н.С. О новых возможностях культурно-исторического анализа в клинической психологии // Вестн. Моск. Ун-та. Сер.14. психология, 2012, № 2. - С. 49-56.

Войтешонок А.В., Давидович А.А.

**МЕЖЛИЧНОСТНЫЙ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТЫ
ПЕРЕЖИВАНИЯ ОДИНОЧЕСТВА И ЕГО ПОЗИТИВНЫЙ
ПОТЕНЦИАЛ**

Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка (Беларусь).

В семантическом пространстве людей (в том числе и большинства психологов-исследователей) укорено негативное представление об одиночестве как о переживании, с которым необходимо бороться и от которого необходимо избавляться. Но оно не является причиной психологических проблем, а лишь симптомом, указывающим на то, что в жизни человека что-то не в порядке. Как и любое другое негативное переживание, одиночество требует выхода, принятия, внимания к себе, неся в себе определенные позитивные функции.

Основываясь на концепте переживания Ф.Е. Василюка [1], мы рассматриваем одиночество как особую внутреннюю деятельность, направленную на то, чтобы пережить негативные аффективные состояния, сопряженные с ним, и ситуацию, которая его вызвала, а также внутреннюю работу по нахождению и использованию его позитивного потенциала, то есть наполнению переживания смыслом, который помогает принять ситуацию одиночества и вынести из нее пользу, заключающуюся в преобразовании собственного внутреннего мира, саморазвитии.

В ходе теоретического исследования нами была разработана и верифицирована модель одиночества, которое рассматривается в двух аспектах.

1. Межличностное одиночество – это переживания, вызванные недостатком, в первую очередь, глубины социальных контактов. Оно характеризуется достаточно высоким уровнем осознанности и зависимости от восприятия человеком внешней ситуации межличностного взаимодействия.

2. Экзистенциальное одиночество связано с невозможностью полностью понять другого человека и быть понятым им. И. Ялом называл его «пропастью между собой и другими, через которую нет мостов» [2, с. 458]. Такие переживания связаны с моментами глубоких внутренних переживаний, решением серьезных психологических проблем, личностными кризисами.

Переживания одиночества в обоих аспектах имеют свой позитивный потенциал. Являясь своего рода механизмом обратной связи, межличностное одиночество указывает на проблемы во взаимоотношениях с другими людьми и подталкивает человека к их оптимизации и саморазвитию. Оба аспекта обращают человека к исследованию собственного внутреннего мира, к установлению оптимальных отношений не только с окружающими, но и с самим собой, являются механизмом осознания уникальности и ценности своего внутреннего мира и самопринятия. Экзистенциальное одиночество также служит творческой силой, помогая открытию и реализации творческого потенциала личности.

На основе описанных выше положений нами была разработана и апробирована система тренинговых занятий «Ресурсы одиночества», предназначенных для людей старшего подросткового возраста (14–16 лет). Программа предусматривает 15 занятий по 2 часа 1 раз в неделю в группе от 7 до 12 человек. Ее целью стало осознание, получение и использование позитивного опыта переживания одиночества.

Программа предусматривает 3 основных блока.

1. Одиночество как обратная связь (определение проблем в общении, о которых сигнализирует переживание одиночества и формирование коммуникативных навыков).

2. Самопознание и самопринятие (одиночество как переживание, обращающее нас к нашему внутреннему миру, осознанию собственной уникальности, принятию себя и налаживанию взаимоотношений, в первую очередь, с самим собой).

3. Одиночество в творчестве (экстериоризация негативных переживаний, нахождение в них творческой силы и стимула для саморазвития).

Апробация тренинга проводилась на группе учащихся параллели 8-х классов на базе ГУО «Гимназия № 33 г. Минска». Участниками тренинга стали 7 человек. Контрольную группу также составили 7 человек. Для получения данных о результативности тренинга использовался метод полуструктурированного интервью и качественный анализ полученных данных с опорой на выделение содержательных характеристик полученных ответов. Он показал, что у испытуемых экспериментальной группы наблюдались следующие изменения: большинство испытуемых либо перестало чувствовать себя одинокими, либо это стало случаться реже; стали реже случаи избегания одиночества, механизмы защиты от него сменились на более продуктивные; исчезли установки катастрофизации по отношению к одиночеству; появилось видение позитивного потенциала этого переживания; произошло увеличение осознанности переживаний, были сформированы и совершенствованы коммуникативные навыки; реализованы цели самопознания и самопринятия, открытия и реализации собственного творческого потенциала; снижение негативных переживаний в обоих аспектах одиночества. Значимых изменений в представлениях об одиночестве и его переживании у испытуемых контрольной группы не было выявлено.

Таким образом, переживания одиночества в межличностном и экзистенциальном аспектах имеют свой позитивный потенциал и практическую работу психолога с переживаниями одиночества необходимо направить именно на открытие, осознание и использование позитивных сторон этого феномена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василюк, Ф. Е. Психология переживания. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1984. – 200 с.
2. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: «Класс», 1999. – 576 с.

Гладун Т.И.

ВЗАИМОСВЯЗЬ Я-КОНЦЕПЦИИ ПОДРОСТКОВ С АКЦЕНТУИРОВАННЫМИ ЧЕРТАМИ ХАРАКТЕРА

Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина (Беларусь).

В работах К. Леонгарда, А.Е. Личко и др. хорошо зарекомендовал себя подход, основанный на выделении у подростков разных категорий и типов «акцентуации характера», так как в этом критическом для развития человека возрасте сбалансированный характер встречается крайне редко. Психологам и педагогам необходимо владеть фактическим материалом о причинах, последствиях и особенностях проявления нарушений в поведении подростков с акцентуированными чертами характера, включая и особенности формирования таких психологических механизмов регуляции их поведения и отношений, как Я-концепция и самооценка личности. Данные феномены определенным образом взаимосвязаны, и изучение и выявление особенностей этой взаимосвязи и зависимости является значимым в

теоретическом и практическом аспектах. Это поможет целенаправленно проводить с подростками психокоррекционную работу, своевременно оказывать им психологическую помощь и поддержку.

Исследования показывают, что формирование позитивной Я-концепции, адекватной самооценки в подростковом возрасте приводит к позитивным способам построения поведения и отношения с окружающими. Нарушения же в структуре Я-концепции подростка (негативный образ Я, неадекватная самооценка) могут привести к деформации личности, отклонениям в поведении, к появлению акцентуированных черт характера, что требует коррекционно-развивающей работы и оказания помощи подросткам по устранению данных нарушений в их личностном развитии.

Цель нашего исследования: изучить и выявить особенности развития и взаимосвязи самооценочного компонента в Я-концепции подростков с акцентуированными чертами характера. Для решения задач исследования был подобран комплекс методов и психодиагностических методик: методика выявления акцентуаций характера К. Леонгарда, методика исследования самооценки личности С.А. Будасси, методы математической обработки, интерпретационные методы. Испытуемые: 141 учащийся 7-х и 8-х классов СОШ № 19 и СОШ № 13 г. Бреста.

Анализ результатов исследования показал следующее. У 58% испытуемых девочек-подростков обнаружены ярко выраженные типы акцентуаций характера: у большинства циклотимный тип, сочетание циклотимного с экзальтированным типом, у некоторых тревожный тип, гипертимный в сочетании экзальтированным или с циклотимными типами. У 55% мальчиков-подростков обнаружены ярко выраженные типы акцентуаций характера: у большинства гипертимный и эмотивный типы, у некоторых сочетание гипертимного с педантичным или с экзальтированным.

У 75% девочек с акцентуированными чертами характера выявлена неадекватная самооценка, которая связана с акцентуированными типами следующим образом: у 33% испытуемых с циклотимным типом выявлена неадекватно завышенная самооценка, у 42% тревожного типа обнаружена неадекватная низкая самооценка. У 25% девочек выявлена адекватная самооценка, которая характерна для испытуемых с экзальтированным и циклотимным типом акцентуации характера.

У большинства (66%) мальчиков-подростков с акцентуированными чертами характера выявлена адекватная самооценка, которая связана с такими типами акцентуации характера, как гипертимность, циклотимность, а у 34% подростков выявлен неадекватно завышенный уровень самооценки, связанный с педантичным, экзальтированным или в сочетании гипертимного с эмотивными типами акцентуации характера.

Выявленные феномены взаимосвязи между акцентуированными чертами характера у подростков и особенностями их самооценки психологам и педагогам необходимо учитывать в коррекционно-развивающей и воспитательной работе с подростками.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ОБЪЕКТОВ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ДОВЕРИЯ У ПОДРОСТКОВ 2000-Х И 2010-Х ГОДОВ

Курганский государственный университет (Курган).

В концепции психологии доверия, сложившейся в последние десятилетия, доверие представляет собой специфический субъектный феномен, проявляющийся в специфическом отношении субъекта к различным объектам или фрагментам мира, заключающемся в переживании актуальной значимости и априорной безопасности этих объектов или фрагментов мира для человека. При этом особо отмечается динамичность доверия, уровень которого в значительной степени подвержен колебаниям вследствие различных воздействий. Большинство исследований посвящено анализу количественных показателей изменений проявлений доверия у конкретных возрастных, социальных, профессиональных групп, в то время как качественные характеристики подобных изменений изучаются в меньшей степени. В данном контексте интересен поколенческий подход, позволяющий сравнивать группы испытуемых, представляющих собой близкие по возрастным и социальным характеристикам общности, но разделенные временными рамками. Правомерно говорить о существовании «поколения 2000-х годов» и появлении «поколения 2010-х» как особых социальных общностей, имеющих схожие и различающиеся черты в социально-психологических и личностных характеристиках, сформировавшихся под влиянием определенных социальных, политических, экономических и иных факторов. Как показывает анализ публикаций, многие авторы указывают на присутствие значительных различий между социальными и экономическими условиями, определявшими жизнь общества в 2000-х и 2010-годах. В концепции социального капитала Д. Коулмена, Р. Патнема, Ф. Фукуямы утверждается, что основой развития общества является социальный капитал, представляющий потенциал взаимного доверия и взаимопомощи, направленно формируемый в межличностном пространстве. Межличностное доверие, с одной стороны, формирует общество, а с другой стороны, является производным от социальных, экономических, политических и иных условий, существующих в обществе. Соответственно, изменения, происходящие в обществе, обязательно должны отразиться на особенностях проявления доверия у представителей возрастных, социальных, профессиональных групп, формирующих общество.

Это предположение и послужило основой сравнительного исследования проявлений межличностного доверия у подростков 2000-х и 2010-х годов. Для проведения сравнительного анализа были использованы материалы исследований по изучению межличностного доверия у подростков, проведенных автором в начале 2000-х гг. Для изучения особенностей межличностного доверия у современных подростков совместно с Ю.Г. Миронович в 2012 г. было проведено исследование на группе подростков 11-13 лет, разделенных на равновеликие группы по 35 человек каждого возраста – всего 105 человек. Для выявления особенностей проявления межличностного доверия испытуемым было предложено ответить на вопросы: 1. «С кем бы ты мог поделиться своей тайной?», 2. «Кому бы ты мог рассказать о том, что тебе нравится определенный мальчик (девочка)?», 3. «Кому бы ты мог признаться в том, что совершил плохой поступок?». Выбор вариантов ответов испытуемых не ограничивался, имелось только количественное ограничение вариантов ответа – на каждый вопрос не более одного варианта. Допускался также выбор одного варианта ответа на все вопросы.

Сопоставление количества объектов репрезентации межличностного доверия, проведенное по возрастным группам, показало следующие результаты: Вопрос № 1 – 11 лет: 7 (2002 г.), 6 (2012 г.); 12 лет: 6 (2002 г.), 3 (2012 г.); 13 лет: 3 (2002 г.), 3 (2012 г.). Вопрос № 2 – 11 лет: 7 (2002 г.), 5 (2012 г.); 12 лет: 6 (2002 г.), 5 (2012 г.); 13 лет: 4 (2002 г.), 4 (2012 г.). Вопрос № 3 – 11 лет: 6 (2002 г.), 6 (2012 г.); 12 лет: 6 (2002 г.), 6 (2012 г.); 13 лет: 5 (2002 г.), 5 (2012 г.).

Представленные результаты свидетельствуют, что подростки 2010-х стали более сдержанными в проявлении доверия по сравнению с подростками 2000-х. Особо обращает внимание тот факт, что по характеристикам репрезентации объектов межличностного доверия, подростки 12 лет «поколения 2010-х» более близки к 13-летним, тогда как 12-летние подростки «поколения 2000-х» по характеристикам проявления межличностного доверия были более близки 11-летним. Этот факт может свидетельствовать о смещении рубежной границы кризиса подросткового возраста, отмеченной еще Л.С. Выгодским, с периода 12-13 лет на более ранний срок. Данное предположение подтверждается и качественными данными, характеризующими объекты межличностного доверия: у 11-12 летних подростков «поколения 2000-х» 1-е место в качестве объекта доверия занимала мама, а у 13-летних – друзья, а в «поколении 2010-х» друзья в качестве объекта доверия выходят на 1-е место уже в 12-летнем возрасте.

Результаты проведенного исследования с определенными допущениями свидетельствуют, что процессы, происходившие в обществе, действительно оказали существенное влияние на формирование и проявление межличностного доверия у подростков 2010-х годов по сравнению с их сверстниками 2000-х, повысив сдержанность и избирательность в выборе объектов доверия и спровоцировав в младшем подростковом возрасте проявление доверия, характерного для более старшего возраста, что, возможно, является признаком смещения психологического кризиса подросткового возраста, связанного с переходом от детства к взрослости, на более ранний период.

Дубовик Л.П.

ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ К СОЗДАНИЮ СЕМЬИ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНОЙ РАБОТЫ

Херсонский государственный университет (Украина).

Современная социально-экономическая ситуация в Украине вызывает значительные затруднения в выполнении семьей своих функций. В своих исследованиях А.П. Карасевич выделяет ряд объективных и субъективных факторов, которые неоднозначно влияют на готовность молодежи к созданию семьи. Среди объективных факторов исследовательница называет омоложение браков, недостаточную экономическую и социальную защищенность, общее ослабление моральных норм в обществе, распространение нетрадиционных форм брака. К субъективным факторам относятся раннее физиологическое созревание девушек и парней, которое сочетается с психологической и духовно-нравственной безответственностью отношений, нежелание иметь детей или откладывание этого акта на неопределенное будущее [1].

В нашем исследовании мы рассматривали «готовность студентов к созданию семьи» как морально-психологическую, социальную и поло-ролевую зрелость личности студента, достижения им социальных стандартов поведения, которые

регламентируют и обеспечивают успешное создание и функционирование полноценной семьи.

Подготовка будущих специалистов к созданию семьи осуществляется на факультете в рамках социально-гуманитарной работы и предусматривает:

- формирование навыков здорового образа жизни, овладение знаниями о профилактике заболеваний, передающихся половым путем, планировании семьи и сохранении репродуктивного здоровья молодежи, профилактике беременности;
- развитие коммуникативных навыков, способности к сотрудничеству, межличностному общению, способности сопереживать, сочувствовать, способности к компромиссу;
- формирование на основе экономических и технологических знаний умений и навыков в осуществлении многих видов труда, организации домашнего хозяйства, распределения обязанностей в семье;
- формирование полоролевой идентификации;
- формирование духовной и психологической культуры, которая предполагает умение быть терпимым и снисходительным, великодушным и добрым, принимать другого человека со всеми его недостатками, подавлять собственный эгоизм.

Понятно, что решить эту проблему самостоятельно куратор не может. Поэтому вокруг студентов создается благоприятная микросреда, т. е. совокупность таких социальных институтов, как высшее учебное заведение, деканат, кафедра, социальные службы, родительская семья, взаимодействие между которыми обеспечивает оптимальные условия для социально-гуманитарной работы по подготовке студентов к созданию семьи. С первых дней обучения куратор получает информацию о родительской семье студента, определяет наличие трудностей или конфликтов в семье, возможность привлечение родителей к организационно-воспитательной работе. Также организуются консультации с ведущими специалистами психологической службы ХГУ.

Под руководством гуманитарного отдела ХГУ проводятся общеуниверситетские мероприятия. Например, благотворительное мероприятие ко Дню святого Николая и благотворительные Пасхальные мероприятия для детей-сирот, детей из малообеспеченных семей. Участие в них способствует формированию способности заботиться о другом человеке, самоотверженно ему служить, активно делать добро. После них в академических группах проводим кураторские часы в разных формах: диспут «Почему есть дети без семьи?», беседа «Счастье отцовства», заседание круглого стола «Проблемы детского труда», тренинг «Кроха сын к отцу пришел...». В процессе обсуждения вопросов, которые волнуют студентов, формируются компоненты родительской любви: забота о ребенке (о его здоровье, физическом и духовном благополучии), отзывчивость, доброжелательность, уважение к ребенку и нетерпимость к проявлениям издевательства над ребенком.

Формированию навыков здорового образа жизни способствуют такие мероприятия, как «Студенты против наркомании», «Здоровая семья – основа нации», «Жизнь в борьбе со СПИДом».

Мероприятия, посвященные Дню Святого Валентина, направляем на раскрытие значения добрых отношений в период ухаживания, также обучаем различать чувства любви от похожих чувств, развиваем способность к сопереживанию, умение сочувствовать эмоциональному миру партнера.

Проведение мероприятий, посвященных Международному женскому дню 8 Марта (беседа «Улыбка матери - самое дорогое», деловая игра «Ты + Я - начинается семья») способствует формированию правильного понимания молодежью

роли семьи и брака в современном обществе, что, в свою очередь, связано с особенностями формирования у них установок, ориентации на создание семьи.

На факультете технологий и сферы обслуживания есть необходимые условия для проведения мероприятий, направленных на формирование навыков рационального ведения хозяйства, эффективной организации бюджета семьи: «Копейка рубль бережёт», «Кто в доме хозяин?».

Таким образом, проведение социально-гуманитарной работы способствовало подготовке студентов к созданию семьи, что отражалось в повышении ответственности молодежи к брачно-семейным отношениям, к формированию здорового образа жизни и психологической компетентности относительно особенностей взаимоотношений в семье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карасевич А. П. Формування готовності студентської молоді до створення сім'ї: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.07 «Теорія і методика виховання» / Карасевич Антоніна Павлівна; Інститут проблем виховання АПН України. – Київ, 2009. – 20 с.

Жигэу Е.И.

ИЗУЧЕНИЕ СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ КАК АСПЕКТА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Славянский университет Молдовы (Молдова).

Актуальность проблемы благополучия личности в значительной мере связана с ростом числа и характера стрессовых ситуаций, усложнением конструирования человеком собственной жизни, выбора жизненных ориентиров, трудностями социализации. Термин «субъективное благополучие» появился в аппарате психологической науки сравнительно недавно и связан с такими близкими понятиями, как: «душевный комфорт», «удовлетворенность жизнью», «качество жизни», «счастье», «психологическое здоровье». Субъективное благополучие является обобщенным и относительно устойчивым переживанием, имеющим особую значимость для личности. Благополучие оценивается самим индивидом с позиций его ценностей и целей. Так как они всегда индивидуальны, то универсальной для всех структуры благополучия быть не может. Поэтому так важно изучать факторы, которые влияют на чувство удовлетворенности жизнью.

Целью исследования явилось изучение факторов субъективного благополучия в юношеском возрасте. В качестве испытуемых выступили учащиеся 11-х и 12-х классов в возрасте 17–18 лет и количестве 100 человек теоретических лицеев г. Кишинева. Использовались следующие **методики**: шкала субъективного благополучия, разработанная Фетискиным Н.П., Козловым В.В., Мануйловым Г.М.; опросник оценки состояния здоровья; методика «Нравственный потенциал личности» Г. Резапкиной; методика исследования самоотношения Пантеева С.Р.; методика диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн; методика социально-психологической адаптированности К. Роджерса и Р. Даймонда.

Анализ полученных в исследовании результатов показал, что старшеклассники достаточно высоко оценивают субъективное благополучие (в среднем по выборке 7,68 стенов). В целом они считают себя благополучными, оценивают свое здоровье как хорошее, отдают предпочтение выбору положительных нравствен-

ных категорий. Их отличают хороший уровень социально-психологической адаптированности, принятие себя и других, эмоциональный комфорт.

Корреляционный анализ показал, что самоотношение, самооценка, социально-психологическая адаптированность, эмоциональный комфорт и физическое здоровье являются определяющими и взаимовлияющими в формировании удовлетворенности собственной жизнью в старшем школьном возрасте ($p \leq 0,05$). Не выявлены значимые взаимосвязи субъективного благополучия и нравственных предпочтений старшеклассников, а также между субъективным благополучием и локусом контроля.

В ходе исследования были выделены три группы старшеклассников с разным уровнем субъективного благополучия: высоким (14% выборки), средним (60%) и низким (26%). Сравнительный анализ групп показал, что юноши и девушки с высоким уровнем благополучия характеризуются высокой самооценкой здоровья, отдают предпочтение гуманистическим нравственным категориям, они менее ответственны в отношении того, что происходит в их жизни, в отношении своих неудач, взаимоотношений с другими людьми и в отношении здоровья. Им свойственно принятие себя и других, оптимизм, эмоциональный комфорт, неконфликтность, склонность к доминированию в своем поведении.

Фактор пола может рассматриваться как значимый в контексте проблемы субъективного благополучия в юношеском возрасте. Так, юноши выше девушек оценивают свое субъективное благополучие, живут в большем согласии с внутренними побуждениями, выше оценивают свои способности, ум, авторитет у сверстников и уверенность в себе. Девушки более конфликтны, выраженнее испытывают эмоциональный дискомфорт, более склонны к игнорированию и уходу от проблем, более пассивны, рассчитывают на толчок извне.

Анализ результатов показал, что субъективное благополучие юношей и девушек связано с различными показателями. У юношей благополучие связано с нравственным потенциалом личности, физическим здоровьем, уверенностью в себе, самооценкой характера, а снижению благополучия способствуют эмоциональный дискомфорт, зависимость от других, игнорирование и уход от проблем, внутренняя конфликтность. У девушек ощущение удовлетворенности жизнью связано с самоуверенностью, открытостью, представлением о том, что они являются источником активности и их личность вызывает симпатию окружающих. Пассивность в решении жизненных задач, расчет на толчок извне, внутренняя конфликтность и самообвинение девушек способствуют снижению индекса субъективного благополучия.

В целом, определение основных аспектов благополучного развития личности в юношеском возрасте позволяет своевременно выявить проблемные и пограничные варианты развития и грамотно организовать коррекционную и развивающую психологическую работу.

Завгородняя Е.В., Бастун Н.А.
ДИСГАРМОНИЧЕСКИЙ ИНФАНТИЛИЗМ:
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
Институт психологии им. Г.С. Костюка НАПН (Украина).

Одним из вариантов нарушения психологического здоровья в детстве есть так называемый дисгармонический инфантилизм, выделенный Г.Е. Сухаревой в 50-х гг., когда при нормальном когнитивном развитии и отсутствии органических

поражений ЦНС у ребенка наблюдается отставание в формировании мотивационно-потребностной сферы и волевых качеств. На начало подросткового приходится больше всего обращений к психологам в связи с особенностями поведения таких детей. Чаще всего родители и педагоги жалуются на упрямое нежелание учиться, склонность ко лжи, праздность, воровство, побеги из дома, а также резистентность к воспитательным влияниям. Детские психиатры определяют такое состояние как задержку психоэмоционального развития. Таким детям не назначают лекарственной терапии, а рекомендуют индивидуальный педагогический подход. Педагоги относят таких детей и подростков к категории трудновоспитуемых.

Анализ травмирующих ситуаций свидетельствует о том, что у детей разного возраста они различны по содержанию. Для дошкольников наиболее травмогенными оказываются ситуации, связанные с отсутствием или потерей чувства защищенности (отрыв от семьи, жестокая семья и т. п.). Для детей школьного возраста кроме этого психотравмирующими могут стать ситуации, связанные со школой. Самыми разрушительными являются ранние травмы («преждевременные травмы», по Г. Деверо), поскольку ребенок, еще не владея защитами, выработанными культурой (не говоря о способах осознанного совладания), реагирует деструктивными для его психического и личностного здоровья гиперзащитами.

Анализируя случаи из консультативной работы, мы пришли к выводу, что торможение личностного развития ребенка отчасти происходит на том возрастном этапе, на который пришлась полученная психическая травма. Перенесенные в раннем возрасте потрясения обычно порождают гиперзащиты, позволяющие травмированному ребенку ограждать себя от негативных эмоциональных состояний, вырабатывая «эмоциональную тупость», потерю живого интереса к жизни и свойственной здоровому ребенку любознательности. В конечном итоге это становится причиной редукции познавательной потребности, безразличия не только к школьным, но и внешкольным формам учебной и творческой деятельности. Блокирование способности к переживаниям, закрытость новому опыту, обеднение внутреннего мира приводит к отчуждению от общества более развитых ровесников и взрослых. Неспособность воспринимать жизненные впечатления во всей полноте, недостаток эмпатии и любознательности препятствуют нравственно-духовному становлению таких детей.

Стратегии психологической поддержки ребенка с данным вариантом личностного развития прежде всего основываются на гуманном отношении, предполагающем уважение к ребенку, позитивное внимание к нему, учет его индивидуального своеобразия, стремление его понять, заботу о нем, принципиальный отказ от простых архаично жестоких решений. Учитывая сложность затронутой проблемы, представляется важным дальнейшая разработка оптимальных тактик коррекционно-развивающего влияния на становление личности детей с дисгармоническим инфантилизмом.

Зайцева М. К., Кричевец Е. А.

**СОЗДАНИЕ СРЕДЫ, СПОСОБСТВУЮЩЕЙ ФОРМИРОВАНИЮ
ИНИЦИАТИВНОСТИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ
С НАРУШЕННЫМ РАЗВИТИЕМ**

Технологический колледж № 21 (Москва).

Специалисты, работающие с подростками и молодыми людьми с нарушениями развития (с выраженными интеллектуальными нарушениями, с аутизмом), ча-

сто сталкиваются с такой специфической проблемой у своих подопечных, как пассивность, несамостоятельность, отсутствие инициативы.

Так, наши ученики – молодые люди, осваивающие творческие профессии в мастерских при технологическом колледже, испытывают сложности организации собственной деятельности даже в простых бытовых ситуациях. Накрыть стол к общему чаепитию, подготовить рабочее место для определенного вида деятельности, убрать за собой – все это часто требует сопровождения и подсказок со стороны педагога. Трудности подобного рода наблюдаются также и в общении: оставаясь наедине друг с другом, наши ученики молчат или говорят на стереотипные темы, редко, когда они сами что-то пытаются рассказать, не отвечая на вопрос педагога. В обучении, в творческой деятельности тоже проявляется пассивность – большие усилия требуются, например, чтобы ученики начали создавать новые рисунки, а не стереотипно повторяли какие-то образы (человечков, домики и т. п.).

Откуда возникают эти пассивность и безынициативность? Конечно, здесь играют роль особенности мотивационно-потребностной сферы подростков и молодых людей (скудный набор и недостаточное осознание мотивов), специфика их познавательной деятельности (трудности анализа ситуации). Сказываются также недостаток произвольности (сложности построения программы действий), тревожность и страхи (так, один из наших учеников опасался острых предметов, поэтому возникновение в поле зрения, например, терки, могло дезорганизовать его деятельность).

Формирование данного феномена усугубляется и условиями обучения и воспитания. С самого детства такие дети практически постоянно находятся в ситуации гиперопеки, когда за них все решают родственники, постоянно подстраховывая каждый следующий шаг.

На коррекционных занятиях нередко происходит то же самое. Педагог, стараясь научить ребенка тем или иным конкретным действиям или их последовательностям, старательно инструктирует своего ученика, требуя от него пошагового выполнения указаний. А в результате нередко формируются зависимость ученика от инструкций, недостаточность собственной мотивации и активности при хорошем навыке выполнения указаний педагога (кстати, нередко наблюдаются и проблемы понимания обыденной речи при хорошем понимании речи инструктирующей).

Какие есть пути преодоления пассивности (и ее предупреждения) и стимуляции самостоятельности и инициативы? Конечно, важна работа с семьей – нередко родителям трудно «отпустить» своего уже довольно взрослого «ребенка», разрешить ему делать самостоятельно то, что он всегда делал с сопровождением. Так, в процессе обучения в колледже многие ученики все-таки начинают ездить сами на учебу и обратно на транспорте (хотя иногда это требует от них колоссальных душевных затрат).

Нужна и специальная организация среды, в которой легче сориентироваться (например, все необходимые на занятии предметы должны находиться на одних и тех же местах). Работают разнообразные подсказки в виде программы действий (словесной или в картинках). Хорошо, если сама ситуация подталкивает молодого человека к проявлению самостоятельности (например, дежуря в столовой, самому догадаться, что на столы надо разложить ложки, вилки и хлеб).

А как можно создать коммуникативную среду, которая стимулировала бы инициативу? Нужно минимизировать «инструктирующее общение»: употребление педагогом глаголов в повелительном наклонении, постоянное задавание вопросов, многократное повторение. Лучше, если речь педагога во время занятия будет

естественным описанием происходящего и в процессе этого описания ученику будет предложен какой-то набор возможных действий (однако решение о том, действовать или нет, будет принимать ученик). Пример подобного высказывания: «Смотри, у тебя есть зеленый и желтый фломастер, и есть две рыбки – большая и маленькая. Ты можешь взять желтый цвет и закрасить им большую рыбку».

Точно так же можно строить взаимодействие в группе, например, в ремесленной мастерской. Педагог сначала в общем виде говорит, что нужно сделать, потом каждому предлагается, кто чем может заняться (но нужно давать не конкретные инструкции, кому что делать, а каждый раз некоторый выбор). Завершает фразу снова общее высказывание. Например, при уборке класса после занятия: «Ребята, пора убирать на столах! Р., ты можешь, например, вылить воду, а ещё нужно помыть баночки, расставить все фактуры на свои места. Д., не сиди, пожалуйста, просто так, нужно заняться уборкой – вот грязные кисточки и краски нужно убрать. О., присоединяйся, тут ещё много дел – вода не вылита, и лишнюю глину нужно отнести. Можно попросить кого-то из парней помочь, а то она тяжелая. Чем быстрее мы закончим с уборкой, тем больше времени останется на чтение».

Лучше довольно подробно описывать набор действий – это поможет ученикам сформировать собственную картину происходящего, самостоятельно принимать решение о том, чем заняться (т. е. сформировать собственные мотивы), сориентироваться в действиях других людей и соотносить с ними свои действия.

Использование такого типа общения в каждодневных ситуациях обучения и взаимодействия в мастерской способствует развитию у подростков и молодых людей собственной активности и инициативы.

Злова Т.П.(1), Лебедева Ю.В.(2), Ахметова В.В.(3)
ПРОБЛЕМЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ УМСТВЕННОЙ
ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Центр ментального здоровья «Альянс» (1) (Москва), Читинская государственная медицинская академия (2), Издательство «Молодой ученый» (3) (Чита).

В последние годы в научной литературе опубликовано большое количество работ, в которых говорится о высокой распространенности умственной отсталости (УО) и пограничных форм интеллектуальной недостаточности в детской популяции различных регионов РФ. Указанная проблема давно вышла за рамки сугубо психиатрической, тревогу по поводу высокой распространенности интеллектуального недоразвития у детей бьют педиатры, детские неврологи, психологи, педагоги, социальные работники.

Цель исследования – анализ эпидемиологических особенностей УО у детей Забайкальского края с установлением проблем своевременного выявления когнитивных расстройств в раннем возрасте.

Проанализированы основные статистические показатели психического здоровья детского населения (от 0 до 14 лет) за последние 15 лет (1998-2012 гг.): официальные сведения ТОФС Государственной статистики по Забайкальскому краю; учетные формы № 030-1/у-02 (приказ № 420 от 31.12.2002 г.); ежегодные отчеты главного детского психиатра регионального МЗ; амбулаторные карты детей до 14 лет (n=1125), состоящих на учете у психиатра Краевого психоневрологического диспансера (КПНД).

Анализ динамики заболеваемости психическими расстройствами детской популяции Забайкальского края позволяет выделить два периода: 1) увеличение показателей (с 1998 по 2006 гг.) с максимумом в 2005-2006 гг. (742,9 и 710,5 на 100 000), что связано с активизацией МЗ края эпидемиологических исследований детского населения; 2) некоторое снижение показателей (с 2007 по 2012 гг.). В 2012 г. заболеваемость составила 591,3 на 100 000. При этом показатели на протяжении исследуемого периода ниже таковых по Сибирскому федеральному округу (СибФО) в среднем в 1,7 раз; и до 2003 г. ниже общероссийских, в течение же последних 10 лет практически соответствуют средним по РФ.

В структуре заболеваемости за исследуемый 15-летний период обращает на себя внимание уменьшение доли УО (66% в 1998 г.; 38% в 2003 г.; 27% в 2007 г.; 13% в 2012 г.) при одновременном увеличении непсихотических расстройств (29% в 1998 г.; 62% в 2003 г.; 73% в 2007 г.; 87% в 2012 г.). Показатель заболеваемости УО за 15 лет снизился в 2,9 раз – от 217,0 в 1998 г. до 74,0 на 100 000 в 2012 году; при этом заболеваемость непсихотическими расстройствами, напротив, выросла в 5,3 раза – от 97,5 в 1998 г. до 515,9 на 100 000 в 2012 г.

Динамика показателей болезненности за 15 лет в целом соответствует описанной динамике заболеваемости: 1) период постепенного увеличения показателей (с 1998 по 2007 гг.) с пиком в 2007 г. (3177,2 на 100 000); 2) некоторое их снижение (2008-2012 гг.). При этом показатели по краю в течение всего периода ниже таковых по СибФО в среднем в 1,3 раза; и до 2004 г. незначительно ниже среднероссийских, в течение же последних 8 лет статистически значимо не отличаются от таковых в РФ.

В структуре болезненности также постепенно снижается доля УО (78% в 1998 г.; 46% в 2003 г.; 33% в 2007 г.; 22% в 2012 г.) и одновременно увеличиваются непсихотические расстройства (12% в 1998 г.; 53% в 2003 г.; 65% в 2007 г.; 77% в 2012 г.).

Описанные статистические изменения на первый взгляд положительны: сокращение показателей УО при увеличении непсихотических расстройств (среди которых, главным образом, пограничные формы интеллектуальной недостаточности); приближение структуры заболеваемости и болезненности к общероссийской. Однако, показатели детской популяции нельзя рассматривать в отрыве от подростковой. В этой связи обращает на себя внимание соотношение заболеваемости и болезненности УО у детей и подростков в Забайкальском крае, которое кратно выше у подростков и в динамике за последние 10 лет неуклонно возрастает: 1:1,8 в 2003 г., 1:2,4 в 2007 г., 1:3,7 в 2012 г. Указанное соотношение требует детального анализа, поскольку не укладывается в логическое понимание установления диагноза УО – нозологии, которая берет начало в детском возрасте. При этом в СибФО и РФ такое соотношение стабильно и составляет в среднем 1,2:1.

Клинико-статистический анализ амбулаторных карт детей, состоящих на учете в КПНД с «Умственной отсталостью» (по МКБ-10 F7), показал, что диагноз в половине случаев был выставлен в возрасте 8-10 лет (47,7%), а в 15,3% в 11-14 лет. При указании причины чаще других (75%) в картах встречается шифр F.7*. *9 «неуточненные». Соотношение «Д» и «К» групп учета в районах составляет 1:2,4, в городе – 1:1,2. Большая часть детей (84,1%) до установления F7 на учете у психиатра не состояли, у остальных ранее была диагностирована пограничная интеллектуальная недостаточность (F8 или F06.7), однако в 27% случаев дети необходимое лечение не получали. При этом наиболее неблагоприятная ситуация с поздней постановкой на учет по УО характерна для детей из социально неблагополучных семей, особенно из районов края.

Таким образом, в Забайкальском крае обозначилась проблема поздней диагностики УО у детей. В ряду возможных причин 1) недостаточное развитие внутри- и межведомственного взаимодействия (педиатр–психиатр; психиатр–ПМПК; ПМПК–образовательные учреждения); 2) кадровый дефицит (нехватка психиатров в районах, детских психиатров); 3) недостаточная информированность родителей (это диктует необходимость внедрения психообразовательных программ). Так или иначе, проблема требует всестороннего изучения.

Козлова Е.А.

ЗНАЧЕНИЕ РАННЕГО ТЕМПЕРАМЕНТА ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

НИИ «физиологии и фундаментальной медицины» СО РАМН (Новосибирск).

Индивидуальные особенности проявляются с первых месяцев жизни и сохраняют устойчивость в различных ситуациях и непрерывность во времени. В психобиологической модели темперамент определяется как конституционально обусловленные особенности реактивности и саморегуляции, формирующиеся под влиянием наследственности, среды и опыта. Реактивность выступает в качестве результата активации и проявляется в двигательных, эмоциональных и ориентировочных ответах на внешние и внутренние стимулы. Саморегуляция представляет собой индивидуальные особенности, модулирующие реактивность и включает приближение-удаление, произвольное внимание, активационный и тормозный контроль.

В соответствие с моделью «хорошего и плохого соответствия», психическое развитие будет благополучным в том случае, если требования и ожидания среды согласуются с возможностями и особенностями ребёнка. В противном случае возникают проблемы, нарушающие ход развития и зачастую приводящие к социальным и психическим отклонениям на протяжении всей жизни. Поскольку профилактические и коррекционные программы, начатые на ранних этапах развития, вызывают большие надежды, изучение темперамента в первые три года жизни представляется актуальным.

Настоящее лонгитюдное исследование было проведено с целью установления прогностической значимости темперамента в младенческом и раннем возрасте в отношении психического здоровья детей в процессе дальнейшего развития.

Первое исследование охватило 567 детей (49,2% девочек). Средний возраст детей составил 23,4 месяцев (от 3 до 53 месяцев, $SD=8.3$). Повторное исследование охватило 99 детей (54,1% девочек) от 3 до 11 лет ($M=7.9$, $SD=2.1$) из города Новосибирска и сельских (36%) районов Новосибирской, Оренбургской и Омской области, а также Алтайского края. Интервал между исследованиями составил от одного до десяти лет ($M=6.8$, $SD=2.3$).

В первом исследовании были использованы адаптированные и валидизированные русские варианты родительских опросников темперамента в младенчестве (IBQ-R, Gartstein et al., 2003) и раннем детстве (ECBQ, Колмагорова и др., 2008), основанные на психобиологической модели. Модифицированный опросник поведения младенцев (IBQ-R) для родителей или основных воспитателей детей от 3 до 12 месяцев состоит из 191 вопроса, образующего 14 шкал и три фактора: положительную эмоциональность/подъем, отрицательную эмоциональность и ориентировочную регуляторную способность. Опросник поведения в раннем детстве (ECBQ) для родителей или основных воспитателей детей от 1 до 3 лет состоит из

201 вопроса, образующего 18 шкал и три фактора: экстраверсию, отрицательную эмоциональность и волевую регуляцию.

В повторном исследовании родителям был предложен для заполнения опросник «Сильные стороны и трудности» (SDQ, Goodman et al., 2005), охватывающий распространенные эмоциональные и поведенческие проблемы детей. Первая часть опросника из 20 пунктов образует 4 шкалы: эмоциональные симптомы (сниженное настроение, тревоги и страхи), проблемы со сверстниками (трудности в отношениях и общении), проблемы с поведением (вызывающее, агрессивное или анти-социальное поведение) и гиперактивность с невнимательностью (сложности в регуляции активности и сосредоточении). Сумма вопросов опросника составляет общее число проблем. Вторая часть опросника ССТ из 5 вопросов оценивает влияние проблем на каждодневную жизнь ребенка в важнейших сферах жизни, таких как трудности в повседневной жизни, дружеских отношениях и учебе.

Взаимосвязи между чертами темперамента в младенческом и раннем возрастах и показателями психического здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте изучали с помощью корреляций Пирсона. Установлено, что наиболее информативной для последующего психического здоровья оказалась шкала удовлетворение низкой интенсивности, имевшая достоверные прогностические корреляции со следующими показателями: эмоциональные проблемы ($r = -.31, p < .01$), экстернализация ($r = -.24, p < .05$), интернализация ($r = -.28, p < .05$), общее число проблем ($r = -.32, p < .01$) и влияние проблем на жизнь ($r = -.26, p < .05$). Кроме того, выявлена взаимосвязь сенсорной чувствительности с просоциальным поведением ($r = .32, p < .01$) и отрицательная корреляция волевой регуляции с эмоциональными проблемами ($r = -.26, p < .05$).

Проведенное лонгитюдное исследование позволило изучить взаимосвязь индивидуальных особенностей в младенчестве и раннем детстве с психическим здоровьем детей в дошкольном и школьном возрасте и также оценить прогностическую значимость полученных данных. Анализ показал, что среди различных особенностей раннего темперамента на благополучное развитие детей в последующие годы наибольшее влияние оказывает черта, характеризующая способность контролировать свое поведение с помощью целенаправленного внимания, контакта с воспитателем и в особенности с помощью удовольствия и радости в ситуациях низкой интенсивности, сложности, новизны и несоответствия; кроме того, имеет значение способность обнаруживать слабые стимулы низкой интенсивности во внешней среде и регулировать свое поведение.

Таким образом, раннее изучение индивидуально-психологических особенностей ребёнка позволяет выявить внутренние факторы психического здоровья и благополучного развития или предрасположенность к развитию эмоциональных и поведенческих проблем и создаёт возможность для разработки и проведения целенаправленных профилактических воздействий.

Кочкина Л.В., Конева Е.В., Солондаев В.К.
СИСТЕМОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
КОГНИТИВНОГО, ЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ПОВЕДЕНЧЕСКОГО
РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ¹
Ярославский государственный университет, Институт развития образо-
вания, (Ярославль)

В ситуации высокой урбанизации, происходящей в современном мире, кардинально меняющейся в связи с этим общей среды развития детей, проживающих в сельской и городской местности, системный анализ показателей развития приобретает особую значимость.

В рамках пилотного проекта, направленного на оптимизацию системы профилактики заболеваний и диспансеризации детского населения сельской местности, исходя из особенностей адаптации к современным условиям жизнедеятельности начиная с периода новорожденности и до 18 лет, было проведено обследование психического развития детей. Реализация пилотного проекта включала в себя обследование детей Большесельского района Ярославской области: доврачебный скрининг, педиатрическое обследование, осмотры детей врачами-специалистами, лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими стандартами диспансеризации, оценка качества жизни детей, углубленное психологическое обследование.

Всего в проекте приняли участие 785 детей. Психологическое обследование детей от 0 до 2 лет проводилось по модифицированной версии экспертной психодиагностической системы «Лонгитюд». Дети 3-8 лет обследованы по психодиагностическому комплексу Е.А. Стребелевой. Дети 9-17 лет обследовались при помощи теста интеллекта, свободного от влияния культуры, Р. Кеттелла и теста вербального интеллекта (ТВИ). С 3 лет для изучения эмоциональной и поведенческой сфер использовались проективная методика «Дом. Дерево. Человек» и карта наблюдения Д. Стотта. Качество жизни оценивалось по методике Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Росздрава.

Качество жизни рассматривалось как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования субъекта, основанная на его субъективном восприятии. Статистический анализ проводился с использованием описательной статистики, корреляционного и дисперсионного анализа. По результатам комплексного исследования, итоговые показатели здоровья, психического развития, качества жизни для детской популяции, проживающей в сельской местности, в целом являются независимыми факторами. Однако на определенных возрастных промежутках они «обрастают» внутрифункциональными связями.

Первый акцент в анализе результатов нашего исследования необходимо сделать на полученных данных, свидетельствующих о связях показателей психического развития детей, имеющих хроническое заболевание. Статистически значимые связи обнаружены между наличием хронического заболевания и отдельными показателями эмоционального, поведенческого и когнитивного развития детей в 7 ($p=0,016$) и в 12 ($p=0,0007$) лет.

Второй акцент результатов исследования – это наличие статистически значимых связей психического развития детей, его отдельных показателей между собой

¹ Исследование выполнено при поддержке РГНФ, проект 13-06-00650

и показателей качества жизни. В возрасте 7-11 лет - наибольшее количество статистически значимых связей; нарушения в эмоциональной и поведенческой сфере значимо связаны с физическим функционированием ($p=0,008$) детей и в целом с качеством их жизни. Мы наблюдаем в возрасте 12-15 лет связи между другими показателями психического развития и качества жизни, а именно с уровнем жизни как общей средой развития детей, умственным развитием, связи показателей интеллектуального и эмоционального развития. Интересным является факт, что мало значимых связей обнаружено в группе 16–17 лет, но это также связи между показателями психического развития и качества жизни.

Есть основания полагать, что существует системный характер связей между показателями эмоционального, когнитивного, поведенческого развития детей, здоровья и качества жизни. В тесной взаимосвязи как компоненты единой системы представлены когнитивное, эмоциональное, поведенческое развитие ребенка, его соматическое развитие и самоощущение с разными точками приложения по мере взросления. Находясь в непрерывном изменении, эти подсистемы единой общеорганизменной системы в любом случае обеспечивают ее целостность и адаптивные возможности. Возраст, в котором возникают и исчезают значимые связи между показателями здоровья, качества жизни и психического развития, может частично быть объяснен средовыми и генетическими влияниями, соотношением внешних и внутренних детерминант развития.

Показатели нарушений в эмоциональном и поведенческом развитии детей младшего школьного возраста имеют связи с параметрами качества их жизни, преимущественно с физическим функционированием и состоянием здоровья, что часто генетически детерминировано. В периоды мощной функциональной перестройки в ответ на меняющиеся условия общей среды (7, 12 лет) изменения в системе касаются всех подсистем, если рассматривать развитие как результат функционирования сложных систем, которые включают психологические, биологические и физические компоненты. В более старшем возрасте эти связи становятся менее значимыми, но система целостна, обеспечивает полезные, приспособительные результаты, хотя и по разным типам развития – нормативному или дефицитарному.

Существует при этом общая среда развития детей, проживающих в сельской местности, в которой они обучаются и воспитываются, и семейная и индивидуальная среда – несистематическая, уникальная. Эти средовые влияния и обеспечивают вторичный системогенез с 10-12 лет, где развитие основывается преимущественно не на врожденных компонентах, а на индивидуальном опыте.

Макарова З.С.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАННЕМ ОНТОГЕНЕЗЕ

**Российская медицинская академия последипломного образования
(Москва).**

Большую группу детей раннего и дошкольного возраста составляют дети с неблагоприятным течением раннего онтогенеза, в том числе анте- и перинатального периодов развития.

Под наблюдением находилось 703 ребенка в возрасте от 3 мес. до 3 лет, посещающих дошкольные учреждения и воспитывающихся в домашних условиях. Из них 585 детей имели патологическое течение раннего онтогенеза, включающе-

го наличие дизонтогенетических факторов риска в антенатальном, интранатальном, раннем неонатальном и неонатальном периодах развития, и составили основную группу. Учитывалось наличие и выраженность факторов риска в каждом из выделенных периодов, а также их суммарное количество. В группу сравнения вошли 118 детей того же возраста, не имеющие отклонений в раннем онтогенезе. Из 703 детей 506 наблюдались проспективно, динамически в течение от 1 г. до 5 лет (406 основной группы и 100 детей группы сравнения). Наряду с изучением параметров соматического здоровья была проведена оценка эмоционально-поведенческого статуса детей по показателям, разработанным на кафедре поликлинической педиатрии ГБОУ ДПО РМАПО.

На первом году жизни отклонения в поведении были отмечены у 71,1% детей. При этом выраженность и частота отклонений в поведении находилась в прямой зависимости от тяжести дизонтогенетических нарушений, количества имеющихся факторов риска. Ведущими в структуре отклонений в этом возрастном периоде явились диссомнические нарушения, т. е. нарушения засыпания, сна – 84,2%. С увеличением тяжести нарушений в раннем онтогенезе, накоплением дизонтогенетических факторов риска достоверно нарастает число детей с нарушениям аппетита (с 26,2% до 52,6%), что указывает на нарушение формирования у ряда детей пищевой доминанты, являющейся ведущей на протяжении всего первого года жизни; увеличивается количество детей с отклонениями в эмоциональном состоянии (малая эмоциональность, неустойчивое, отрицательное эмоциональное состояние - с 34,7% до 65,8%).

В раннем и дошкольном возрасте частота отклонений в поведении детей с неблагополучием в раннем онтогенезе продолжает увеличиваться и достигает 98%, что в 1,5 раза превышает таковую у детей в группе сравнения. Реализация их во многих случаях происходит на фоне минимальной мозговой дисфункции, ухудшения состояния здоровья, формирования хронической соматической патологии.

В группе детей, имеющих дизонтогенетические факторы риска, в 2,8 раза чаще отмечаются нарушения аппетита, в 2 раза проявления двигательной расторможенности и гиперактивности, в 3 раза – патологические привычные действия, в 4,4 раза чаще – фобический синдром. Наибольшее число отклонений в поведении выявляется в раннем возрасте, у детей с 3 лет 1 мес. до 4 лет, а также на 7 г. жизни. Выделенные периоды нарастания поведенческих нарушений совпадают с так называемыми кризисами 3 и 7 лет, принятыми в детской психологии и психиатрии.

Исследования структуры отклонений в эмоционально-поведенческом статусе детей с факторами дизонтогенеза также выявило её возрастные особенности. В раннем возрасте достоверно чаще, по сравнению с другими возрастными периодами, отмечались нарушения засыпания, сна, аппетита, пищевого поведения, повышенная возбудимость. Неусидчивость, невнимательность наиболее выражены у детей 4-го г. жизни, агрессивность – у детей раннего возраста и на 7-м г. жизни. Число детей, имеющих патологические привычные действия (кусание ногтей, раскачивание, сосание пальца и т. д.) достоверно нарастает к возрасту 6 лет 1 мес.–7 лет, когда они встречаются более чем у половины детей (56,3%). Число детей со страхами достоверно нарастает к 4 г. 1 мес.–5 г., 6 г. 1 мес.–7 г. (соответственно 50% и 52,2%). Жалобы на головную боль, утомляемость в основном предъявляют дети, начиная с 6 лет жизни. Число их нарастает к 7 г. жизни и достигает 39,1%.

Таким образом, с возрастом происходит расширение спектра отклонений в эмоционально-поведенческом статусе детей. Если нарушения засыпания, сна, ап-

петита, повышенная возбудимость, гиперактивность, соматовегетативные отклонения выражены у детей как раннего, так и дошкольного возраста, то к старшему дошкольному возрасту появляются церебрастенические и астенические проявления, значительно нарастают страхи и патологические привычные действия, что соответствует более высокому уровню нервно-психического реагирования.

Учитывая частоту и выраженность отклонений в эмоционально-поведенческом статусе детей с неблагоприятным течением раннего онтогенеза, можно считать, что они являются группой риска по формированию нервно-психических нарушений преимущественно невротического уровня и нуждаются в консультации и, при необходимости, наблюдении невролога, детского психиатра, психолога на протяжении всего раннего и дошкольного возраста.

Меренкова В.С.

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНОГО КОМПОНЕНТА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ЗДОРОВЬЯ

Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина (Липецкая обл.).

«Внутренняя картина здоровья» (ВКЗ) - особое отношение личности к своему здоровью, которое выражается в осознании его ценности и активно-позитивном стремлении к его совершенствованию. Внутренняя картина здоровья формируется у ребенка в процессе социализации, воспитания, но имеет и определенные соматические и индивидуально-природные детерминанты. Развитие внутренней картины здоровья ребенка осуществляется поэтапно и по мере его взросления перемещается внутрь личности, проявляясь в его поведении.

Выделяют следующие компоненты внутренней картины здоровья: ценностно-мотивационный, когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Когнитивный компонент представляет собой совокупность представлений, умозаключений, мнений о причинах, содержании, дальнейших прогнозах, способах сохранения, укрепления, поддержания и развития здоровья. Целью нашего исследования являлся сравнительный анализ когнитивного компонента внутренней картины здоровья детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста.

Для реализации цели была использована анкета «Представление о здоровье» Е.И. Николаевой. Анкета включает 13 вопросов, позволяющих получить информацию о том, как выглядит здоровый и больной человек, что он думает, чувствует и как себя ведет, а также, что необходимо делать, чтобы заболеть или быть здоровым.

В качестве испытуемых выступили дети старшего дошкольного возраста - 60 человек, а также младшие школьники 1-4 классов - 92 человека. Исследование проводилось на базе МБОУ СОШ № 10, 11 г. Ельца Липецкой области.

Полученные данные позволили сделать выводы о том, что в представлениях дошкольников и младших школьников о здоровье наблюдаются различия:

1. Представления младших школьников о том, как выглядит здоровый человек, отличаются содержательными характеристиками по сравнению с детьми старшего дошкольного возраста: так, среди старших дошкольников и первоклассников наиболее распространенным ответом является «хорошо» – 66,7% и 46%, «весело» – 30% и 50% соответственно, тогда как школьники, обучающиеся в третьем и четвертых классах предпочтение отдают таким ответам, как «бодро» – 84%. Аналогичные ответы звучат и в отношении вопроса «Как ведет себя здоровый человек?».

2. По мнению старших дошкольников и первоклассников, здоровый человек думает «о хорошем» – 65% и 72 % соответственно, тогда как доминирующим ответом у третьеклассников и четвероклассников является «о спорте» – 27% и 37 % соответственно.

3. В ответе на вопрос о том, что необходимо делать, чтобы быть здоровым, практически все испытуемые дают одинаковые ответы: «правильно и много питаться» – 3,3% (дошкольники), 33% (1 класс), 38% (2 класс), 27% (3 класс), 48% (4 класс); «бегать, прыгать, спортом заниматься» – 61,8 % (дошкольники), 17% (1 класс), 45% (2 класс), 46% (3 класс), 42% (4 класс). Присутствуют единичные ответы: «не есть снег», «тепло одеваться», «не курить, не пить».

4. Если в представлениях о здоровом человеке у старших дошкольников и младших школьников наблюдаются различия, то в представлениях о больном человеке различий нет. Так, испытуемые считают, что больной человек должен выглядеть «плохо»; «уставшим» и «грустно». В небольшом количестве получены такие ответы, как «неухоженным», «ленивым», «у него насморк, он лежит в кровати».

5. Больной человек думает о «плохом»; «о том, что он устал и ему хочется полежать»; «как ему выздороветь». Следует отметить, что только у испытуемых, обучающихся в четвертых классах, был получен такой ответ, как «о том, что все гуляют, а он дома сидит».

6. На вопрос о том, что чувствует больной человек, испытуемые приводят в качестве ответов симптомы заболеваний: «боль, тошнота», «тяжесть», «жар», «хочет спать (сонность)», «себя плохо и больным» и др.

7. Наблюдается разнообразие ответов на вопрос «Что необходимо делать, чтобы быть больным?». Наиболее распространенным ответом, как у старших дошкольников, так и младших школьников является «есть снег, сосульки, пить холодную воду» – 65% и 72%, «плохо питаться» – 26,8% и 17% соответственно. Также были ответы следующего характера: «чтобы сбила машина», «ничего не делать», «упасть с третьего этажа», «купаться в проруби», «есть много мороженого», «гулять раздетым», «не заниматься спортом, не делать зарядку», «сидеть дома» и «пить таблетки».

8. Ярко прослеживается наличие осознания ответственности за свое здоровье у испытуемых в представлениях о том, кто отвечает за здоровье человека: «он сам» – 61,7% (дошкольники) и 50% (младшие школьники).

Полученные результаты объясняются тем, что в дошкольном возрасте дети отличаются повышенной чувствительностью к мнениям и оценкам окружающих; они эгоцентричны, что проявляется в желании быть в центре внимания; испытывают высокую потребность в эмоциональных контактах. В младшем школьном возрасте отношение к здоровью так же, как и суждения о нем, связаны не только с приобретением определенных знаний, но и с возникновением сложных мыслительных операций.

Линова Е.М., Носова О.А.

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
БЕЗРЕЧЕВЫХ ДЕТЕЙ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков
(Москва).**

В последнее время логопеды в своей практике все чаще сталкиваются с безречевыми детьми, т. е. с детьми, у которых отсутствует речь. Они имеют комплексное органическое нарушение ЦНС, что значительно затрудняет и ограничивает работу с ними. Это дошкольники с диагнозами ЗПР, РДА, интеллектуальной недостаточностью, моторной и сенсорной алалией, тугоухостью. Что же является общим для этих детей?

Отсутствие мотивации к общению, неумение ориентироваться в ситуации, разлаженность поведения, негибкость в контактах, повышенная эмоциональная истощаемость – все, что мешает ребенку полноценно взаимодействовать с окружающим миром и развиваться. Также для детей с данной патологией характерным является недостаточный по возрасту уровень развития речи (вокализации, звукоподражания и звукокомплексы, лепетные слова, слоги), который не может служить для полноценного общения ребенка и не выступает «регулятором поведения».

При наличии общности проявлений основные симптомы различаются по качеству протекания и степени выраженности. Для постановки правильного диагноза логопеду необходимо учитывать особенности контакта, поведения, игры, уровня понимания речи, особенности проявления доречевых и речевых функций.

К сожалению, не все родители понимают, что такой ребенок нуждается в особом внимании и помощи специалистов. Действительно, порой сложно определить, что сдерживает речевое развитие, – либо это просто неумение, либо нежелание использовать свои речевые возможности. Помощь логопеда в данном случае необходима для выяснения причины отсутствия речи и разработки индивидуальной коррекционной программы, что поможет родителям определить дельнейший путь обучения ребенка, от которого зависит его социальная адаптация.

Савина Е.А., Саркисова Т.А.

**РЕЧЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН СОЦИАЛЬНОЙ
ДИЗАДАПТАЦИИ**

**Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков
(Москва).**

Проблематика данного сообщения относится к тому специфическому кругу вопросов логопедии, психологии, педагогики, которые в силу своей очевидности зачастую остаются за пределами углубленного изучения как в теоретическом, так и в прикладном, методическом аспекте. Рассматриваемый нами контингент – это дети младшего и среднего школьного возраста (от 6,5 до 13 лет). Основной сферой их социальной жизни является школа. Школьная дизадаптация (как частный вид социальной дизадаптации) – невозможность обучения и адекватного взаимодействия ребенка с окружением в рамках образовательного учреждения.

Негативное влияние речевой патологии на возможность ребенка адаптироваться в социуме, то, что наличие речевых нарушений усугубляет школьную дизадаптацию, – доказанные факты. В частности, по данным специалистов нашего

учреждения, среди детей, испытывающих трудности усвоения программы общеобразовательной школы по причинам, не связанным с нарушениями интеллекта, внимания, памяти, работоспособности, специфические речевые нарушения (общее недоразвитие речи, дизартрия, дислексия, дисграфия) выявляются у 85,9% детей.

В теоретической и методической литературе по психологии и педагогике отмечается, что даже младшие школьники с нормальным речевым и интеллектуальным развитием испытывают затруднения в усвоении речевых функций. В младшем школьном возрасте дети не владеют приемами перехода от темы к теме, необоснованно используют речевые игры, предпочитают интимную зону общения; теоретическое знание детьми формул речевого этикета не приводит к их использованию. Пользуясь «компьютерной» терминологией, нормально развивающийся младший школьник имеет персональный компьютер, но не обладает необходимыми программами.

В свою очередь, младший школьник с речевыми нарушениями не только испытывает трудности «программного обеспечения», но и имеет в своем распоряжении неукomплектованный или сломанный компьютер. Традиционно коррекционная логопедическая работа направлена на ремонт и восстановление «оборудования» и ими ограничивается, тогда как у детей с речевой патологией нарушается не только языковая система, но и усвоение функций речи, т. е. «программное обеспечение».

Таким образом, с точки зрения уровня речевого развития детей со школьной дизадаптацией мы можем говорить о двух группах. Первая – дети, имеющие в анамнезе и/или в статусе ту или иную речевую патологию, усугубляющую трудности общения и адаптации в микросоциуме. Вторая группа – дети с нормальным речевым развитием, у которых по тем или иным причинам оказываются недоразвиты или нарушены речевые функции, в том числе коммуникативная.

В настоящее время в теории и практике логопедии активно развивается компетентностный подход к анализу нарушений и построению коррекционной работы. Данный подход среди прочего предполагает не только оценку сформированности того или иного навыка, но и возможность его использования в прикладных целях. С этой точки зрения важным для логопеда становится формирование и развитие не только языковой системы, но и речевой деятельности ребенка, умения использовать речь в качестве средства общения, средства получения и передачи информации, средства самовыражения и саморегуляции. Соответственно, дети первой группы оказываются в относительно благоприятных условиях, если попадают в поле зрения логопеда. К сожалению, нерезко выраженная речевая патология, особенно в школьном возрасте, не вызывает у родителей достаточного беспокойства и далеко не всегда служит поводом для обращения к логопеду.

С другой стороны, дети второй группы вообще оказываются за пределами внимания логопедов. Если рассматривать нормальное речевое развитие, то при обследовании этой группы детей выявляется несформированность связной речи, как монологической, так и диалогической. Однако назвать такое недоразвитие специфической речевой патологией невозможно, поэтому дети не попадают на коррекционно-развивающие занятия ни в дошкольном, ни в младшем школьном возрасте.

Решение проблемы школьной дизадаптации вследствие языковых нарушений и несформированности функций речи возможно только при мультидисциплинарном подходе. Если логопед формирует, развивает и корригирует языковую систему, не обучая использованию речи в качестве средства общения, средства познания, средства самовыражения и саморегуляции, то есть не формируя соответству-

ющие функции речи, то он не доводит до логического конца, не завершает свою коррекционную работу. И с последствиями этой незавершенности сталкиваются психологи и психиатры, работающие с дизадаптированными детьми. И с этой точки зрения особое значение приобретает необходимость комплексного подхода к коррекции нарушений, постоянного и планомерного взаимодействия врача, психолога и логопеда как в лечебном процессе, так и на этапе профилактики социальной дизадаптации.

Стахейко Е.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗРОСЛЫХ,
ПОДВЕРГИВШИСЯ ЖЕСТОКОМУ ОБРАЩЕНИЮ В СЕМЬЕ:
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

Брестский государственный университет (Беларусь).

Анализ исследований указывает на наличие в семьях большого количества проблем, обусловленных нарушениями отношений в диаде «взрослые-ребенок». Жесткое обращение выступает как один из аспектов нарушений взаимодействия, приводящее к негативным последствиям для развития личности. Различают ближайшие и отдаленные последствия жестокого обращения с детьми. К ближайшим последствиям относятся физические травмы, повреждения, а также острые психические нарушения.

Насилие, пережитое в детстве, может приводить и к долгосрочным последствиям. Люди, которые подвергались насилию в детстве, обычно приобретают склонность к агрессии, могут иметь нарушения физического и психического развития, различные соматические заболевания, личностные и психоэмоциональные нарушения, склонность к различного рода злоупотреблениям. Оно может способствовать формированию специфических семейных отношений и особых жизненных сценариев. Такие взрослые имеют большее количество эмоциональных и поведенческих проблем, связанных с агрессией, которую они чаще всего изливают на более слабых младших или животных, либо, напротив, чрезмерно пассивны и не могут себя защитить.

Психологическим последствием физического насилия может быть и развитие «синдрома избиваемого ребёнка», проявляющегося в болезненной робости, раздражительности, грубости во всех ситуациях, даже вовсе безобидных. Е.Т. Соколова указывает на возможность развития таких синдромов, как: синдром «аффективной тупости», для которого характерны холодность, ощущение себя неспособным строить отношения эмоциональной привязанности и, как следствие, отвержение себя и других, и синдром «аффективной зависимости», которому свойственны ненасытная жажда любви, постоянный страх потерять объект привязанности, зависимость и тревожная неуверенность в себе и в других.

У детей, постоянно подверженных жестокому обращению, происходит интериоризация паттерна отношений «насильник—жертва», в котором фиксируется то, что базовые потребности можно удовлетворить, только переживая насилие или совершая его. В случае, когда он считает себя агрессором, он воспринимает себя, как подавляющего, всемогущего, сильного. Когда же он в роли жертвы, то его можно охарактеризовать, как беспомощного и слабого. Кроме того, отсроченными последствиями физического насилия могут быть садистские наклонности.

У большинства детей в семьях, где тяжёлое физическое наказание и брань в адрес ребёнка являются «методами воспитания», или в семьях, где они лишены

тепла и внимания, наблюдается задержка физического и нервно-психического развития. Зарубежные специалисты назвали это состояние «неспособностью к процветанию», проявляющееся в отставании в росте, массе, развитии, они реже смеются и значительно хуже успевают в школе. «Отставленными эффектами травмы», являются нарушения Я-концепции, чувство вины, депрессия, трудности в межличностных отношениях и сексуальные дисфункции. Главным последствием детской сексуальной травмы современные исследователи считают «утрату базового доверия к себе и миру».

Крупномасштабные эпидемиологические исследования позволили получить строгие доказательства того, что люди, пережившие жестокое обращение в детстве, подвергаются повышенному риску повторно испытать это во взрослой жизни.

Анализ психолого-педагогической литературы позволяет все последствия жестокого обращения свести к следующим видам:

1. Посттравматические стрессовые реакции (повторное переживание обстоятельств насилия, избегание обстоятельств, напоминающих о насилии, повышенная возбудимость).
2. Аффективные нарушения (депрессия, комплексы вины и самообвинения).
3. Аутодеструктивное поведение (суицидальные попытки, наркомания).
4. Трудности в сексуальном поведении (проституция, нарушения половой идентификации, импульсивность в сексуальном поведении).
5. Нарушения медицинского характера.
6. Личностные проблемы (проблемы установления доверительных отношений, нарушения самооценки, сверхконтроль).

В настоящее время в нашей республике не существует скоординированной системы оказания помощи и психологического сопровождения людей, столкнувшихся с жестоким обращением в семье. Однако начата активная работа в данном направлении: с 2009 г. в интернете работает форум психологической онлайн-помощи людям, оказавшимся в ситуации домашнего насилия; в г. Барановичи строится первый крупный экспериментальный центр по оказанию помощи жертвам домашнего насилия.

Суханова М.Д.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ИНДИВИДУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ В РАННЕМ И ДОШКОЛЬНОМ ДЕТСТВЕ

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

В современной России всё большее значение приобретают ценности общества потребления, в связи с этим повышается значение индивидуальной собственности. Данная тенденция имеет своё отражение в детском сознании и структуре собственности. В целом современные дети имеют гораздо больше личных вещей, особенно игрушек, чем большинство их сверстников в прошлом. Кроме того, для детей характерна повышенная восприимчивость к рекламе, которая пропагандирует потребительские ценности. В связи с этим приобретает **актуальность** проблема влияния индивидуальной собственности на самосознание ребёнка.

Собственность – это объект, обладающий двойной, материальной и идеальной, природой, возникший в результате присвоения предмета человеком/группой лиц и признания его/их прав на владение, распоряжение и использование соб-

ственности со стороны окружающих. Собственность как явление не существует вне психологического пространства. Ребёнок начинает осознавать принадлежность предметов и придавать ей значение в конце раннего детства [3]. На этот же возраст приходится один из важнейших этапов становления самосознания, который нередко сопровождается так называемым «кризисом 3-х лет». За этим переломным моментом следует период бурного развития самосознания, для которого характерны сенситивность, повышенная чувствительность к содержанию самосознания, а также опора представлений ребёнка о себе на внешние и предметные качества. В силу этого собственность, как один из внешних инструментов утверждения самосознания, приобретает особое значение. Именно в этом возрасте у детей появляются первые попытки собирательства, коллекционирования, любимые вещи, место в квартире и тому подобное. Дошкольное детство – это период ревностного собственностичества [1]. К концу дошкольного возраста представления ребёнка о себе становятся более глубокими и устойчивыми, и происходит переход от предметной оценки себя и других к оценке личностных свойств и внутренних состояний.

Таким образом, можно предположить, что при нормальном развитии ребёнка собственность играет особую роль в развитии самосознания в конце раннего и в дошкольных возрастах. Причём, к концу дошкольного возраста значение собственности должно снижаться. Так, Д.Б. Эльконин отмечал, что осознание принадлежности предметов «влечёт за собой выделение «Я»». [3, с. 105].

М.В. Осорина писала, что собственность дошкольника – это «не просто вещи, имеющие потребительскую ценность, они суть знаки-заместители самого ребёнка, они помогают обозначить своё место, закрепить его в сознании других людей, утвердить свою самость, материализовать своё «Я» [1, с. 30].

С опорой на теоретический анализ и предыдущие работы было разработано **эмпирическое исследование** отношения к собственности детей раннего и дошкольного возраста. **Целью** исследования является изучение возрастных и индивидуальных особенностей отношения к собственности и их взаимосвязи с уровнем развития самосознания. Основная **гипотеза**: отношение к собственности отражает индивидуальные и возрастные особенности самосознания.

Методы исследования: наблюдение, констатирующий естественный эксперимент, опросники для родителей и воспитателей, формирующий эксперимент.

Согласно плану, выборка исследования включает детей от 1,5 до 6 лет, посещающих государственный детский сад. Возрастной диапазон испытуемых позволяет проследить формирование отношения к индивидуальной собственности от момента возникновения восприятия предмета в качестве личного имущества до снижения значимости собственности.

В настоящий момент проведено **пилотное исследование**, в котором приняли участие 50 детей, посещающих государственное ДОУ города Москвы.

Пилотное исследование позволило выявить ряд закономерностей.

Для 3-4 летнего возраста:

- В 3-4 года дети недостаточно осознают неизменность принадлежности предмета при его временной передаче другому, в связи с этим они опасаются давать предмет другим детям.
- Личные игрушки ещё не имеют существенного влияния на общение детей и формирование их социального «Я».

Для 4-6 летнего возраста:

- С 4 до 6 лет большинство детей осознают неизменность принадлежности предмета при его временной передаче другому, в связи с чем предложение дать свою игрушку другому не вызывает у них беспокойства.
- Личные игрушки имеют существенное влияние на общение детей и формирование их социального «Я».

ЛИТЕРАТУРА

1. Осорина М.В. Секретный мир детей в пространстве мира взрослых. - СПб., 2007.
2. Суханова М.Д. Взаимосвязь Я-концепции и субъективной структуры собственности у детей дошкольного возраста, воспитывающихся в семье и в учреждениях интернатного типа // Психологические исследования, Вып. 4, 2008.
3. Эльконин Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах. - М., 1995.

Хрущ И.А.

СЕКСУАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕВУШЕК

Белорусский государственный медицинский университет (Беларусь).

Актуальность. В нашей стране теме сексуальности уделяется крайне мало внимания, что не является разумным, так как игнорирование проблем в сексуальной сфере часто ведёт к ухудшению качества жизни в целом.

Цель. Исследование сексуального профиля девушек 18-23 лет, выявление неблагоприятных сексуальных установок, таких как сексуальная невротичность, низкий уровень сексуальной удовлетворённости, отвращение к сексу. Планируется диагностировать спектр механизмов психологической защиты и их напряжённость, а также подтвердить или опровергнуть наличие связи между механизмами психологической защиты и сексуальными установками.

Задачи исследования:

1. Провести экспериментально психологический анализ сексуального профиля девушек 18-23 лет.
2. Выявить характерные для данной выборки механизмы психологической защиты, определить степень их напряжённости.
3. Подтвердить либо опровергнуть существование связи между видом и напряжённостью механизма психологической защиты и определёнными сексуальными установками.

Объект исследования: 66 девушек 18-23 лет (60 – БГМУ, 6 – другие учебные заведения).

Предмет исследования: сексуальный профиль и механизмы психологической защиты девушек 18-23 лет.

Гипотеза: в основу исследования положено предположение о том, что неблагоприятные сексуальные установки, являясь фрустрирующим фактором, могут способствовать повышению напряжённости того или иного механизма психологической защиты. В свою очередь, чрезмерное использование психологических защит препятствует решению проблем личности, в том числе и в сексуальной сфере (как пример, конфликт, возникающий в результате несоответствия поведенческих норм, сформированных воспитанием, и реальных сексуальных потребностей разрешается с помощью механизма психологической защиты «отрицание» – игнорируется существование сексуальной сферы как таковой).

Результаты исследования. Такие показатели, как дозволенность и реализованность, между собой не коррелируют. Вопреки ожиданиям, девушки с низкими показателями по шкале «реализованность» не всегда имели высокие значения сексуальной невротичности (значимая корреляция отсутствует). В то же время имеется отрицательная связь между сексуальной невротичностью и сексуальной удовлетворённостью. Кроме сексуальной невротичности, сексуальная удовлетворённость также отрицательно коррелирует с сексуальной застенчивостью.

Выявлена положительная связь между сексуальной невротичностью и показателем «физический секс», а также сексуальной невротичностью и показателем «обезличенный секс». Сексуальная невротичность коррелирует с такими механизмами психологической защиты, как регрессия, замещение (смещение), проекция, компенсация, гиперкомпенсация (реактивные образования), рационализация. Сексуальная невротичность имеет положительную связь с проекцией. Следует также отметить положительную корреляцию проекции с сексуальной застенчивостью.

Корреляцию сексуальной невротичности с гиперкомпенсацией следует рассматривать, не упуская из виду факт наличия положительной связи гиперкомпенсации с такими показателями, как сексуальная застенчивость и отвращение к сексу. Последний показатель здесь может выступать как реактивное образование по отношению к либидо.

Сексуальная застенчивость коррелирует с регрессией и вытеснением. Корреляция сексуальной застенчивости с вытеснением говорит об устранении из сферы сознания травмирующих мыслей, чувств, связанных с сексуальной сферой.

Высокие показатели по шкале «обезличенный секс» более характерны для мужчин. У девушек этот показатель положительно коррелирует с отрицанием. Высокие показатели по шкале «физический секс» указывают на активное стремление к реальному половому контакту, секс ставится выше всего, и самому половому акту уделяется особое внимание за счет других сторон любовных отношений.

Таким образом, показателями, связанными с сексуальной невротичностью являются:

1. Низкий уровень сексуальной удовлетворённости.
2. Высокий уровень сексуальной застенчивости.
3. Высокий уровень показателя «физический секс».
4. Высокий уровень показателя «обезличенный секс».

Шумилова С.В., Свистунова Е.В.

СПЕЦИФИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖАННЫМ РАЗВИТИЕМ

Московский городской педагогический университет: Институт психологии, социологии и социальных отношений (Москва).

Интерес к проблеме эмоциональной регуляции в детском возрасте обусловлен потребностью гармоничного формирования разных видов деятельности (познавательной, волевой и т. д.), а также развитием и совершенствованием функционирования регуляторных процессов социального и межличностного взаимодействия. Произвольная эмоциональная регуляция является новообразованием младшего школьного возраста, но формирование предпосылок развития эмоциональной регуляции необходимо начинать в дошкольном возрасте. Способность к регу-

ляции эмоций — естественная сторона детского психосоциального развития, проявляется она в эмоциональной реактивности и степени экспрессии, которые являются важными характеристиками как нормального, так и задержанного развития. При нормативном психическом развитии всегда имеет место произвольная и согласованная работа всех уровней эмоциональной регуляции. Задержка, какого-либо из них может привести к расстройству эмоциональной сферы в целом и, соответственно, к дизадаптации.

При задержанном развитии все уровни эмоциональной регуляции организма ребенка (полевая реактивность, стереотипы, экспансия, эмоциональный контроль) нарушаются. Проблемы эмоциональной регуляции у детей с задержанным развитием связаны со слабостью управляющих эмоциями структур или их отсутствием.

Наше исследование проводилось на базе ГБОУ детский сад № 1715 компенсирующего вида г. Москвы. В нем приняли участие 60 детей старшего дошкольного возраста (5-7 лет). Из них 30 детей с задержанным развитием составили экспериментальную группу, и 30 детей с нормативным развитием — контрольную группу.

Цель нашего исследования: выявить особенности эмоциональной регуляции дошкольников с задержанным развитием

Исходя из цели исследования, был подобран блок психодиагностических методик: Метод свободного наблюдения; Модификация проективного теста детской тревожности «Выбери нужное лицо» Р. Тэмпл, М. Дорки и В. Амен, который предназначен для исследования особенностей эмоционального реагирования ребенка на общение с окружающими людьми и определение источников эмоциональной напряженности. При применении методики исходные картинки мы оставили, но были изменены портреты для предъявления. Они соответствовали основным эмоциям. Модификация позволила проследить силу и адекватность экспрессии эмоциональной регуляции. Методика «Определение эмоционального состояния по картинкам» (Урунтаева Г.А., Афонькина Ю.А., 1995), предназначенная для изучения особенностей понимания эмоций детьми 5-7 лет, выявление общего уровня понимания детьми эмоциональных состояний других людей, изучение понимания эмоций в мимике, пантомимике.

В ходе нерегламентированной деятельности велось наблюдение за проявлением эмоций детьми. При этом, был сделан вывод о том, что регулировать эмоции, управлять ими дети экспериментальной (ЭГ) и контрольной групп (КГ) могли в различной степени. В КГ низкий уровень эмоциональной регуляции был у 30% детей. На среднем уровне находились 50% детей, высокий уровень эмоциональной регуляции был у 20% детей. У детей из ЭГ низкий уровень эмоциональной регуляции был у 43% детей, средний уровень — 56% детей, а высокого уровня не было ни у кого.

Результаты диагностики особенностей понимания эмоций показали, что дети из КГ в целом способны правильно воспринимать эмоциональное состояние человека (73% опрошенных детей в целом правильно определяют эмоции других людей). При этом дети достаточно легко отличают радость (93%), восхищение, веселье, страх (54%) и затрудняются в распознавании грусти, испуга, удивления (34% детей дали правильные ответы). Дети прежде всего обращают внимание на выражение лица, и только 10% детей учитывали особенности пантомимики (позы, жесты).

Дети из ЭГ показали более низкий уровень определения эмоций человека. Только 42% опрошенных детей в целом правильно определяют эмоции других людей, а эмоции страх, печаль, грусть дифференцируют с трудом (всего 7% детей

дали правильные ответы), зато эмоцию гнева предпочитают другим. Дети прежде всего обращают внимание на несущественные детали на предъявляемой картинке и только потом на выражение лица (мимику), на пантомимику обращали внимание только 3% детей.

По методике «Выбери нужное лицо» были получены следующие результаты: в КГ у 16% детей был выявлен высокий уровень экспрессии, у 66% - адекватный уровень экспрессии и у 17% - низкий уровень экспрессии. А в ЭГ у 33% детей был выявлен высокий уровень экспрессии, что больше чем в 2 раза, чем у КГ, у 40% - средний уровень экспрессии и у 53% - низкий уровень.

Исходя из данных диагностики, для детей КГ наиболее травмирующими ситуациями были: «Укладывание спать в одиночестве» - 26% негативных выборов; «Изоляция» - 26% негативных выборов и «Объект агрессии» - 23% негативных выборов, а для детей из ЭГ наиболее травмирующими ситуациями были: «Игра со старшими детьми» - 40% выборов, «Выговор» - 26,6% выборов, «Игнорирование» - 63% выборов, «Изоляция» - 33% выборов, «Ребенок с родителями» - 57%.

Неопределенные и негативные ситуации воспринимались детьми из ЭГ в отрицательном ключе и содержали для них эмоционально-дестабилизирующие факторы, что свидетельствует о том, что эти дети не могут самостоятельно и адекватно справляться с возникающими жизненными трудностями, их показатели состояния эмоциональной регуляции можно считать ослабленными или сниженными.

В основном дети из ЭГ переживают неадекватные или нейтральные эмоции реагирования, вызванные стрессовыми ситуациями (игра со старшими детьми, точное выполнение требований взрослых, агрессия со стороны других детей, наказание и др.).

В процессе исследования дети с низкими показателями эмоциональной регуляции проявляли беспокойство, неуверенность в себе, в правильности своих ответов. Их интересовало, что и как отвечали другие дети, проявлялись стереотипность поведения и вредные привычки невротического характера – кусали ногти, качали ногой, качались на стуле, говорили о других людях, покусывали нижнюю губу и т. д.

По данным нашего исследования, у детей с задержкой развития выявилась специфика уровня сформированности проявлений эмоциональной регуляции, которая проявлялась в ситуативности и стереотипности поведения, нестабильности эмоциональных реакций, слабой информативности эмоциональных знаний и, в конечном результате, в нереализованности возрастного потенциала в формировании эмоциональной регуляции поведения. Дети с задержанным развитием испытывали трудности вербализации эмоций, выражения их в мимике и пантомимике, адекватности реагирования на различные жизненные ситуации (стереотипность действий). У этих детей очевидна разница между произвольностью и адекватностью проявлений эмоциональной экспансии и эмоционального контроля.

Постоянное преобладание нейтрального или негативно-окрашенного эмоционального фона, вплоть до резких проявлений гнева и раздражения, является дестабилизирующим фактором личностного развития детей с задержанным развитием и требует целенаправленной коррекции.

Артемяева М.С., Кузнецов А.И., Брюхин А.Е.
**ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДИЗАЦИИ И ДИЗАДАПТАЦИИ
БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

Российский университет дружбы народов (Москва).

Нарушения пищевого поведения - весьма распространенные в детском, подростковом и юношеском возрасте психические заболевания, которые проявляются расстройством приема пищи, многообразными, чаще верхнерегистральными психопатологическими симптомами и выраженными соматическими, неврологическими и эндокринными осложнениями, что нередко обуславливает дизадаптацию пациентов и их инвалидизацию. Расстройства приема пищи (нервная анорексия - НА, нервная булимия - НБ, психогенное переедание, психогенная анорексия, психогенные рвоты и др.) занимают одно из первых мест среди психических болезней по угрозе летального исхода. По данным исследования, приведенного в Американском журнале психиатрии, общий показатель смертности в год составляет 4%. В нашей стране нет четких данных по летальности при расстройствах приема пищи, что обусловлено нередко отсутствием контактов с бывшими пациентами, с одной стороны, и регистрацией смерти от других соматических осложнений, вызванных именно нарушениями пищевого поведения, с другой. В основном это целый комплекс тяжелых соматоэндокринных расстройств, вызванных крайним истощением либо недостатком необходимых питательных веществ, микроэлементов, витаминов, обусловленных постоянными рвотами, злоупотреблением слабительными и мочегонными препаратами. Частой причиной смерти является и суицидальное поведение больных.

Нарушения пищевого поведения чаще протекают волнообразно, отличаются упорным рецидивирующим течением, нарастающими значительными изменениями во всех органах. Нами выявлено, что полная реабилитация наступала у 50% больных, частичная у 37% пациентов, дизадаптация в виде инвалидизации у 13% пациентов, при этом последняя цифра отражает наличие нарушений пищевого поведения эндогенной этиологии. Дизадаптация, характеризуется утратой трудовой деятельности и нарушением социальных контактов, что обусловлено тяжестью патологических форм пищевого поведения, полиморфизмом и стойкостью неврозо- и психопатоподобной симптоматики, аффективной патологией и нерезко выраженными дефицитарными расстройствами. Чаще всего дизадаптация наступает при развитии синдрома НА и НБ в структуре шизотипического расстройства или шизофренического процесса.

Проведенный нами анализ причин дизадаптации дает возможность выделить следующие критерии неблагоприятного прогноза: синдром НА и НБ при шизофрении, начавшейся, в детском и подростковом возрасте; политематический характер бредовой дисморфомании; наследственная отягощенность психическими заболеваниями у обоих родителей; преобладание тормозимых психопатических черт характера в преморбиде; дисгармоничные родительские семьи с неспособностью к адекватному сотрудничеству с больными, врачами и персоналом; раннее появление выраженной булимической симптоматики в структуре синдрома, чаще в виде варианта или этапа с развитием грубых патологических форм пищевого поведения в сочетании с другими видами патологии влечений; поздняя диагностика синдрома с отсутствием своевременной адекватной терапии.

НА и НБ имеют широкий спектр соматических и эндокринных осложнений, возникающих на фоне алиментарного голодания. Характерны нарушения сердеч-

ного ритма в виде синусовой брадикардии (ЧСС менее 60 уд. в мин.), на ЭКГ является удлинением интервала QT. Повышен риск внезапной смерти от фибрилляции желудочков, особенно когда вес снижается более чем на 35% от нормального. Нарушения со стороны показателей крови в первую очередь характеризуются развитием анемии. Особенно серьезной проблемой является злокачественная анемия, которая может быть вызвана резким понижением уровня витамина B12. При экстремально низкой массе тела костный мозг значительно сокращает производство клеток крови, что может привести к возникновению опасного для жизни состояния (панцитопении).

Эндокринные нарушения характеризуются снижением уровня эстрогенов, что приводит к развитию аменореи. После лечения и увеличения веса, уровень эстрогенов, как правило, восстанавливается. Однако нами установлено, что при тяжелой форме НА даже после адекватного лечения, нормальный менструальный цикл никогда не восстанавливается у 25% больных. Низкий уровень эстрогенов и кальция приводит также к развитию у 90% женщин с НА остеопении, а 40% имеют остеопороз, что приводит к повышенному риску переломов.

Больным с выраженным истощением также присуще развитие дистрофии нервной ткани, что способствует появлению неврологических осложнений в виде судорожного синдрома, периферической нейропатии, когнитивных нарушений. При экстремально низкой массе тела возможно развитие тяжелой полиорганной недостаточности, которая является угрожающим жизни пациентов состоянием.

Возникновение тяжелых соматических осложнений в динамике болезни, высокий уровень смертности при нарушениях пищевого поведения и сложность работы путей профилактики этих последствий являются серьезной проблемой для психиатрии. Полиморфизм психических проявлений заболевания, упорная диссимуляция больными своего состояния указывают на необходимость своевременной консультации психиатра в тех случаях, когда врачам-интернистам не удается найти объективных причин выраженного снижения массы тела.

Разработка четких стандартов диагностики и лечения больных с нарушениями пищевого поведения позволит оказать адекватную лечебно-реабилитационную помощь, осуществить своевременную профилактику тяжелых осложнений этой патологии и предотвратить дизадаптацию и инвалидизацию пациентов данной группы заболеваний.

Брюхин А.Е., Абдраева Н.К.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Российский университет дружбы народов (Москва).

В последнее время в практической медицине большой интерес вызывает такой критерий оценки лечения, как качество жизни. Он позволяет получить субъективную информацию о физическом, психическом и социальном функционировании человека. Это особенно важно для оценки эффективности лечения при длительно текущих заболеваниях, таких как нарушения пищевого поведения. Для данных расстройств характерно: начало в подростковом возрасте (чаще девочки), частые рецидивы, при длительном течении – развитие тяжелых соматоэндокринных нарушений, приводящих в 10% случаев к летальному исходу.

Цель настоящего исследования – проведение оценки качества жизни больных с нарушениями пищевого поведения в условиях стационарного и амбулаторного лечения.

Было проведено проспективное обсервационное исследование. Отбор пациентов осуществляли по результатам консультации на кафедре психиатрии и медицинской психологии Российского университета дружбы народов. В данной статье показаны результаты обследований 18 пациенток.

Были выделены две группы по возрасту: 15-19 лет (8 человек) и 20-24 года (10 человек). Критерием включения был возраст пациенток (до 24 лет включительно), наличие сверхценных переживаний по поводу собственной внешности, веса и фигуры (впервые появившихся в детском и подростковом периоде), а также наличие неадекватных способов снижения веса.

Обследование включало клинко-психопатологические методы: сбор анамнеза, клинический осмотр, изучение лабораторных исследований (ОАК, ОАМ, ЭКГ) и показателей опросников качества жизни. Используемые опросники: SF-36, SCL-90, шкала Йеля-Брауна, шкала самооценки депрессии Цунга (адаптация Т.И. Балашовой), шкала PSP.

В первой группе средний возраст пациенток составил 16,6 лет ($\pm 1,76$), во второй группе – 21,8 лет ($\pm 1,39$). В первой группе не было различий в социальном статусе и роде деятельности пациенток, во второй группе также не было различий в социальном статусе (не замужем), однако по роду деятельности группа разделилась на 50% работающих и 50% учащихся. Все пациентки первой группы обратились за помощью впервые, однако все сообщили о некоторой продолжительности заболевания (от полугода до 3 лет). Во второй группе 40% обратились за помощью впервые, остальные 60% имели опыт предыдущего лечения. Стоит также отметить, что у всех без исключения пациенток второй группы страхи прибавки веса и активные действия по его коррекции впервые проявились в подростковом возрасте. Средний индекс массы тела (ИМТ) пациенток первой группы составил 18,3 ($\pm 3,5$), второй группы – 16,5 ($\pm 3,8$). Лабораторные показатели пациенток первой группы существенно не отличались от здоровой популяции, во второй группе у большинства пациенток были изменения в ЭКГ (у 70% брадикардия) и некоторых показателях биохимического исследования крови (билирубина, мочевины, уровня АЛТ и АСТ).

По шкале самооценки депрессии Цунга средний уровень депрессии в первой группе составил 46,3 ($\pm 7,8$), во второй группе – 50,7 ($\pm 9,9$) (оба значения соответствуют отсутствию депрессии). Эти данные противоречат клиническим наблюдениям и данным шкалы депрессии по опроснику SCL-90 (2,0, что соответствует среднему уровню депрессии). По шкале обсессивно-компульсивных расстройств Йеля-Брауна пациенток первой группы можно условно разделить на две группы: с ОКР легкой степени (3 человека) и ОКР тяжелой степени выраженности (4 человека). Во второй группе большинство пациенток показало тяжелую степень ОКР (60%), и 40% среднюю степень. Наиболее высокие средние значения по опроснику SF-36 в первой группе были получены по шкале «физическое функционирование» (PF) – 89,3 ($\pm 7,7$), во второй группе – 82,5 ($\pm 14,9$). Эта шкала оценивает физическую активность, отражает объем повседневной физической нагрузки, который не ограничен состоянием здоровья: чем он выше, тем большую физическую нагрузку, по мнению исследуемого, он может выполнить. Наиболее низкие показатели были получены по шкале «психическое здоровье» в первой группе (MH) – 23,2 ($\pm 14,9$) и шкале «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» во второй группе – 23,2. Затем по степени уменьшения средних пока-

зателей идут шкалы: «интенсивности боли», «ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием», «общего состояния здоровья», «жизненной силы». Данное распределение результатов по шкалам совпадает с выводами западных исследований. Для оценки выраженности психопатологической симптоматики была использована шкала SCL-90. Среднее значение индекса GSI в первой группе $1,4 (\pm 0,8)$, что показывает низкий уровень психического дистресса, во второй группе индекс равен 1,48.

Таким образом, при сопоставлении показателей опросника SF-36 наиболее высокие значения были выявлены по шкале «физическое функционирование», а наиболее низкие по шкале «психическое здоровье». Высокие значения шкалы физического функционирования, учитывая низкое среднее значение ИМТ, объясняется особенностями данной патологии. Большинство пациенток при наличии дефицита массы тела оценивают свое физическое состояние как хорошее. Однако лабораторные исследования первой группы не показали существенной патологии, что можно объяснить небольшой длительностью заболевания. Мы можем сказать, что все пациентки первой группы адекватно оценивают состояние психического здоровья, признают наличие у себя obsessивных мыслей о еде, фигуре и весе. Это может служить показателем благоприятного прогноза для данных пациенток, в отличие от пациенток второй группы, у которых значительно снижена критика к своему состоянию.

Брюхин А.Е.

**СИНДРОМАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО
ПОВЕДЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО КРИТЕРИЕВ МКБ-10
Российский университет дружбы народов (Москва).**

Расстройства приема пищи занимают большое место в клинической практике как врачей-психиатров, так и интернистов. К нарушениям пищевого поведения традиционно относят нервную анорексию, нервную булимию, психогенное переедание, психогенную анорексию и атипичные формы этих расстройств. Несмотря на более чем 140-летнюю историю исследований этой группы расстройств, проблема изучения нарушений пищевого поведения остается весьма актуальной. Это обусловлено как распространенностью этих заболеваний, значительным ростом заболеваемости расстройствами приема пищи в последние десятилетия, так и многообразием клинических проявлений, трудностями диагностики, лечения, реабилитации, профилактики. Расстройства пищевого поведения занимают одно из первых мест среди психических болезней по угрозе летального исхода. Специалистами подчеркивается их склонность к затяжному и хроническому течению, высокий риск инвалидизации, суицидального поведения, значительная частота коморбидности с другой психической патологией. Для своевременного и правильного обнаружения нарушений пищевого поведения, разработки лечебно-реабилитационной стратегии и тактики важнейшим является выявление диагностических критериев заболеваний.

К основным психопатологическим синдромам нарушений пищевого поведения, по данным нашего многолетнего изучения, относятся (по частоте встречаемости): 1.синдром дисморфофобии-дисморфомании; 2.аноректический синдром; 3.булимический синдром; 4.obsessивно-фобический синдром; 5.аффективные синдромы; 6.тревожный синдром; 7.ипохондрический синдром; 8.синдром деперсонализации; 9.астенический синдром; 10.синдром личностных расстройств. Вы-

шеперечисленная симптоматика наблюдается у подавляющего числа пациентов с нарушениями пищевого поведения на разных этапах заболеваний. Несколько реже, но в значительном количестве наблюдений встречаются следующие синдромы: 11.психозэдокринный; 12.психоорганический; 13.синдром пароксизмальных расстройств; 14.синдром психосексуальных расстройств; 15.синдром патологического влечения к психоактивным веществам (преимущественно при нервной булимии). При тяжелых соматических осложнениях нарушений пищевого поведения, в состоянии выраженной кахексии наблюдаются: 16.психотические расстройства в виде бреда и галлюцинаций; 17.синдромы нарушенного сознания. В случаях возникновения нарушений пищевого поведения у больных с шизотипическим расстройством и шизофренией наблюдается своеобразная, присущая именно расстройствам приема пищи дефицитарная симптоматика.

В МКБ-10 все вышеуказанное многообразие симптоматики нарушений пищевого поведения сведено к нескольким рубрикам в разделе F5, при этом главными критериями считаются индекс массы тела при нервной анорексии и постоянная озабоченность едой при нервной булимии без четкой психопатологической квалификации этих симптомов. Подобная формализованная редукция выявляемых клинически множественных проявлений нарушенного пищевого поведения (как пограничных, личностных, так и субпсихотических и психотических) не позволяет провести адекватную диагностику заболеваний и выработать четкие стандарты оказания лечебно-реабилитационной помощи. В МКБ-10 отсутствуют прямые указания на возможность возникновения нарушений пищевого поведения как синдромов при других психических заболеваниях, в то время как для другой психической симптоматики (дисморфомания, ипохондрические расстройства, деперсонализация) такая возможность указана. Лишь в адаптированном для России варианте МКБ-10, составленном, в том числе, при участии сотрудников кафедры имеются некоторые указания на возможность синдромальной представленности нарушений пищевого поведения.

Выявленный полиморфизм психической патологии, множественные сомато-эндокринные нарушения при расстройствах пищевого поведения, указанные недостатки их диагностических критериев в МКБ-10 обуславливают необходимость дальнейшей работы над классификацией нарушений приема пищи с целью их своевременной диагностики и оказания адекватной помощи больным.

Гладышев О.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТИПОЛОГИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Несколько лет назад Международная конференция по нарушениям питания, состоявшаяся в Сиднее, пришла к выводу, что более 10% населения Земли страдают указанными расстройствами. Нервная анорексия (НА) не только вызывает стойкую социально-трудовую дизадаптацию, но и представляет непосредственную угрозу жизни больных. В последние годы отмечается заметное изменение картины заболевания в целом, что делает особенно актуальными раннюю диагностику, своевременное лечение и профилактику данного заболевания.

Цель работы: выявления корреляций доманифестных проявлений с течением и прогнозом болезни. Исследование выполнено на базе отделения гастроэнтерологии и гепатологии клиники НИИ питания РАМН. В нем участвовали 180 больных

женского пола 18–40 лет (средний возраст – 23.5+4.6 года) с диагнозом НА (согласно МКБ-10/CD-10). Основным методом исследования психического состояния пациентов был клинико-психопатологический, при этом клинические данные дополнялись результатами экспериментально-психологического исследования. Для этих целей использовались: цветовой тест Люшера, личностный опросник MMPI, опросник структуры темперамента и характера TCI (Temperament and Character Inventory) и расстройств пищевого поведения EDI (Eating Disorder Inventory). Длительность заболевания колебалась от 1 года до 25 лет. У преобладающего большинства пациентов индекс массы тела (ИМТ) был ниже нормы и составлял в среднем 16.5 кг/м². Лишь половина больных воспринимала дефицит массы тела как состояние, требующее медицинской помощи. Остальные свой внешний вид и состояние не расценивали как болезнь, и их обращение в клинику, а также госпитализация были обусловлены сопутствующей соматической патологией (эрозии пищевода, желудка; боли, тяжесть, дискомфорт в животе после еды; запор, вздутие живота, тошнота, рвота и т. д.). Для облегчения состояния 40% обследованных вызывали рвоту с разной периодичностью (один или несколько раз в день, несколько раз в неделю, изредка), что еще больше усугубляло течение болезни.

У 95% больных на доманифестном этапе выявлялись стертые аффективные фазы обоого полюса (чаще субдепрессивного). Среди личностных особенностей больных - стремление производить благоприятное впечатление, привлекать внимание окружающих, склонность к широким поверхностным межличностным контактам. Отмечались «правильность» поведения, стремление быть лучше, гиперсоциальные установки, высокие стандарты поведения, знаний и т. д. Кроме того, более четко обозначены черты личностной диссоциации, которая выражается в существовании разнонаправленных тенденций к поиску новизны, зависимости от мнения окружающих и самодостаточности, опоры на внутренние критерии. Свойственная таким больным эмоциональная неустойчивость, как с повышенным, так и сниженным полюсом, в развернутом состоянии могла сочетаться с депрессивной и маниакальной симптоматикой (смешанные состояния). Прослеживается корреляция между наличием аутохтонных колебаний аффекта в доманифесте, манифестации болезни с аффективных состояний и утяжелением течения НА, проявляющемся в более быстром формировании симптомов расстройства пищевого поведения. Особенно это характерно для состояний, манифестирующих с маниакальной фазы.

Следует отметить, что у данной группы пациентов с преобладанием фазного компонента отмечались более частые ремиссии в течении болезни и лучший ответ на фармакотерапию, что позволяет говорить об относительно благоприятном прогнозе. НА протекает на фоне (в рамках) аффективного фазного расстройства - закончилась фаза, значительно редуцировалась аноректическая симптоматика. У 71% пациентов с НА на доманифестном этапе выявлялась склонность к страхам, наличие разного рода опасений, формирующихся по реактивному механизму. Чаще отмечались такие черты личности, как высокая социальная ориентированность, склонность к тревожно окрашенным состояниям. Особенности течения доманифестного периода – повышенная уязвимость, особая значимость внешности для адекватной самооценки (зависимость от мнения окружающих), переживание чувства вины, избегание близких эмоциональных контактов, неуверенность в правильности принятых решений, нерешительность в поступках. На начальном этапе формирование аноректической симптоматики происходило в большинстве случаев как реакция обиды на чье-то замечание, насмешку, уничижительные реплики, сравнение с другими. Само снижение веса являлось провоцирующим (реактив-

ным) фактором для воздержания от еды. «Исправление фигуры», снижение массы тела были связаны не столько с повышением собственной самооценки, сколько с ожиданием принятия себя со стороны окружающих. Становление болезни было растянуто по времени на несколько лет, отмечалось лишь незначительное послабление симптоматики, ремиссий не возникало. Эндореактивный характер аффекта приобретал уже ближе к кахектическому этапу анорексии. То есть при преобладании реактивной составляющей психопатологического диатеза можно говорить о затяжном течении заболевания и малой его курабельности.

В результате клинического анализа материала представилось целесообразным выделить как минимум три типа НА: аффективный, социофобический и сверхценный (паранойальный).

Общее для всех типов НА - присутствие аффективной патологии, хотя механизм возникновения может быть различным (аутохтонным или реактивным). Присутствие гипоманиакальной или маниакальной фазы, независимо от механизма возникновения, значительно ускоряет становление симптомов НА, тем самым утяжеляя ее течение, но терапевтический прогноз лучше. При доминировании реактивной составляющей развитие заболевания затягивается, хронифицируется, и прогноз менее благоприятен.

**Гордеева Е.А., Портнова А.А., Усачева Е.Л., Подашевская Т.М.,
Серебровская О.В., Шинко Л.С., Милехина А.В.**

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

**Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков,
Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им.
В.П. Сербского (Москва).**

Актуальность проблемы. Нервная анорексия (НА) – одно из немногих психических расстройств, имеющих высокий риск летального исхода. Количество больных с тяжелой формой течения НА, вызывающей не только стойкую психосоциальную дезадаптацию, но и тяжелую, часто необратимую, полисистемную патологию внутренних органов, в последние годы увеличивается.

Цель исследования — разработка оптимальных подходов к лечению пациентов с тяжелым течением НА.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное исследование 45 девочек-подростков с нарушениями пищевого поведения в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст 14,7 лет), находившихся на стационарном лечении в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков.

Методы: клинический, экспериментально-психологический, клинико-анамнестический и методы статистической обработки данных. Всем пациентам проводилось комплексное соматическое обследование.

Результаты и обсуждение. Длительность заболевания составляла от 1 до 4 лет (наиболее часто — полтора года). Масса тела на момент госпитализации составляла от 28 до 41 кг (при среднем росте 160 см).

При определении тяжести состояния пациентки учитывались как соматические показатели, так и психопатологические и психологические. К наиболее грозным **соматическим осложнениям** были отнесены резкое снижение веса - более 15% от первоначальной массы, метаболический алкалоз с гипокалиемией, нарушения сердечного ритма; сердечная недостаточность; почечная недостаточность;

отеки, асцит. Выраженные соматические осложнения наблюдались у 19 человек из всех обследованных (42%)

Психопатологическими маркерами тяжелого течения НА нами рассматривались бредовый уровень убежденности в собственной полноте, настойчивая диссимуляция состояния, закрытость пациентки в сфере переживаний, выраженные депрессия, тревога, суицидальные мысли. Указанные нарушения наблюдались у 51% больных.

К неблагоприятным **психологическим особенностям** таких пациентов можно отнести нарушенные детско-родительские отношения в семье, включающие анозогнозию у родителей, отсутствие эмоциональной поддержки со стороны близких, недостаточную комплаентность родителей вплоть до игнорирования врачебных рекомендаций, резкое ограничение социальной активности пациентки, черты интровертированности.

Исходя из вышесказанного, кризисное лечение НА в условиях стационара строится на комплексном подходе с учетом тяжести заболевания и включает в себя соответственно три направления: соматическое, психиатрическое и психологическое.

Коррекция и поддержка физического состояния является, учитывая угрожающее жизни пациента состояние, первоочередной задачей на начальном этапе стационарного лечения. В этой связи обязательными в плане обследования пациентов являлись ежедневное наблюдение пациента педиатром, кардиологом. В некоторых случаях приглашался для консультации врач-реаниматолог. Основными задачами являются постепенная нормализация массы тела, восстановление баланса электролитов и жидкости в организме, нормализация деятельности внутренних органов и систем).

Собственно психиатрическая помощь включает в себя психофармакологическую и психотерапевтическую коррекцию, являющихся средствами воздействия на основную психопатологическую симптоматику. Однако интенсивность психофармакологической помощи на первых этапах в тяжелых случаях лимитируется соматическим состоянием, что делает приоритетным психотерапевтический подход. Основными задачами становятся снижение уровня тревоги, установление психотерапевтического альянса, формирование мотивации к лечению.

Психологическая помощь является неотъемлемым компонентом лечения и ставит задачи коррекции деструктивных установок, формирования адекватного восприятия своего тела, оптимизации взаимодействия пациента со значимыми близкими. Поскольку у подростков диагностируется в большинстве случаев нестабильная самооценка, отсутствие контакта с родителями, ощущение зависимости их отношения от степени его успешности во всех делах, психологическая коррекция направляется на нормализацию внутрисемейных отношений и восстановление личностного функционирования пациенток. Психокоррекционная программа строится с учетом проработки внутриличностного конфликта. Члены семьи, в том числе сиблинги, должны быть включены в лечение детей и подростков с расстройствами пищевого поведения. Вмешательства могут включать в себя обмен информацией, консультации по совладанию с поведенческими проблемами и облегчению коммуникации. Другой немаловажной задачей психологической работы является коррекция отношения пациента к питанию, отделение мыслей о массе тела от более широких личных проблем и смыслов, с которыми они переплелись; возобновление активной жизни.

С первых же дней пребывания в стационаре больным назначается диета, которая разрабатывается индивидуально врачом-диетологом. Диета содержит необ-

ходимые питательные вещества в требуемых количествах, учитывает индекс массы тела, степень истощения, наличие симптомов нехватки определенных веществ. Обсуждение с пациенткой схемы ее питания, состава и полезности продуктов несет в себе также и элемент рациональной психотерапии.

Фармакотерапия в условиях стационара является средством первого выбора для расстройств пищевого поведения, но при тяжелом течении НА используется в качестве дополнения к психотерапии или лечению соматических и коморбидных психических расстройств (депрессия, тревога или обсессивно-компульсивное расстройство). Наиболее часто используются антидепрессанты, нейролептики и транквилизаторы. Медикаментозное лечение также включает в себя препараты, улучшающие обменные процессы, питание различных органов и систем, в том числе центральной и периферической нервной системы.

Выводы. Терапия нарушений пищевого поведения предполагает полипрофессиональный подход к выбору эффективной психотерапевтической тактики с приоритетностью поведенческой и семейной коррекции в сочетании с фармакотерапией, диетотерапией и лечебно-реабилитационными мероприятиями. Тяжесть течения заболевания обуславливает приоритет психотерапевтической и психологической помощи на этапе восстановления общего физического состояния.

Дурнева М.Ю., Мешкова Т.А.

**ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕВУШЕК
С РИСКОМ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО
ПОВЕДЕНИЯ**

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Нарушения пищевого поведения (НПП) - широко распространенные расстройства, приводящие к функциональным ухудшениям и проблемам со здоровьем, а также увеличивающие риск развития ожирения, депрессии, суицидального поведения, тревожных расстройств, злоупотребления психоактивными веществами [цит. по 8]. Копинг-стратегии (совладающее поведение) – постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие способы преодоления специфических внешних и внутренних требований, которые оцениваются человеком как значительные или превосходящие его возможности [цит. по 2]. Результаты зарубежных исследований свидетельствуют о наличии связи между пищевым поведением и особенностями совладания со стрессовыми ситуациями (копинг-стратегиями). Например, Bittinger и Smith обнаружили, что девушки с высоким баллом по тесту пищевых установок (EAT-26) субъективно оценивают предложенные им экспериментальные ситуации как более стрессовые по сравнению с группой девушек с низким баллом по EAT-26. Авторы предполагают, что у девушек с риском НПП повышена восприимчивость к стрессовым ситуациям, в особенности имеющим отношение к образу тела и еде [3]. Высокий риск формирования НПП среди девушек подросткового и юношеского возраста часто связывают с использованием таких копинг-стратегий, как избегание проблемной ситуации и эмоциональный копинг, активизирующий эмоциональные ответы на стрессовую ситуацию; одновременно с этим девушки с риском НПП редко используют копинг, направленный на разрешение проблемных ситуаций [1, 3, 4, 6, 7, 9, 10].

Целью данного исследования является изучение особенностей копинг-стратегий у девушек подросткового и юношеского возраста с риском НПП.

Выборка. В исследовании приняли участие 203 девушки 12-24 лет - учащиеся общеобразовательных школ, выпускницы 11 классов и студентки (средний возраст $17\pm 2,93$). Все испытуемые не имеют клинического диагноза НПП или других психических расстройств.

Методики. Риск формирования НПП оценивался при помощи *теста пищевых установок - Eating Attitude test* (ЕАТ-26), состоящего из трех шкал – «Увлечение диетами», «Булимия», «Оральный контроль» [5]. Тест может применяться в двух вариантах – исследовательском и диагностическом. Мы использовали исследовательскую шкалу, в которой 0 баллов соответствует ответу «Никогда», 5 баллов - ответу «Всегда» (за исключением последнего утверждения, при оценке которого используется обратный ключ). Высокие значения ЕАТ-26 свидетельствуют о риске НПП.

Оценка особенностей совладающего поведения проводилась при помощи *опросника способов совладания – Ways of Coping Questionnaire (WCQ)*, разработанного Р. Лазарусом и С. Фолкман и состоящего из 8 субшкал: «Конфронтационный копинг», «Дистанцирование», «Самоконтроль», «Поиск социальной поддержки», «Принятие ответственности», «Избегание», «Решение проблемы», «Позитивная переоценка ситуации» [2].

Результаты. В соответствие с суммарным баллом по шкале ЕАТ-26 мы разделили всю выборку на три подгруппы, основываясь на значениях верхнего и нижнего квартилей: группу без риска НПП (50 человек), промежуточную группу (86 человек) и группу с риском НПП (47 человек). С помощью дисперсионного анализа указанные группы были сопоставлены между собой по 8 субшкалам опросника способов совладания. Статистически значимые различия были обнаружены по шкалам «Избегание», «Принятие ответственности» и «Самоконтроль» (табл. 1).

Таблица 1. Средние значения, стандартные отклонения и значения факторов оценок копинг-стратегий поведения

Субшкалы опросника способов совладания	Нарушения пищевого поведения						F
	Нет НПП (N=50)		Промежуточная группа (N=86)		Риск НПП (N=47)		
	M	Sd	M	Sd	M	Sd	
Самоконтроль	11,40	3,43	12,67	3,00	13,27	3,58	3,38*
Принятие ответствен- ности	6,02	2,70	7,20	2,50	7,86	2,04	5,66**
Избегание	8,92	3,59	11,89	4,19	12,46	3,87	9,54**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

При анализе различий в конкретных ответах на пункты опросника способов совладания между крайними группами с высокими (риск НПП) и низкими (нет риска НПП) баллами по тесту ЕАТ-26 наиболее значительные различия были обнаружены в вопросах 5, 25, 31, 34, 42 и 47.

Девушки с высоким риском НПП значительно чаще прибегают к таким стратегиям совладающего поведения как: использование еды, алкоголя, курения и т.п. для улучшения самочувствия; они избегают общения и стараются, чтобы другие не узнали об их неудачах; дают себе обещание, что в следующий раз такое не повторится; фантазируют и представляют, как могло бы все произойти иначе; критикуют и укоряют себя.

Полученные результаты позволяют обозначить проблему особенностей совладания со стрессом у девушек с риском НПП и нуждаются в дальнейшем эмпи-

рической проверке. Вероятно, тренинги, направленные на выработку более конструктивных стратегий совладания, могли бы быть полезны и для профилактики риска НПП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Келина М.Ю. Нарушения пищевого поведения и копинг-стратегии // Психология совладающего поведения: материалы II международной научно-практической конференции, 2010, Т.1. – С. 85-87.
2. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы исследований // Психологические исследования: электрон. науч. журн, 2011, №3 (17). URL: <http://psystudy.ru>
3. Bittinger J., Smith J. Mediating and moderating effects of stress perception and situation type on coping responses in women with disordered eating // Eating Behaviors, 2003, № 4, 89-106.
4. Garcia-Grau E., Fuste A., Miro A., Saldana C., Bados A. Coping Style and Vulnerability to Eating Disorders in Adolescent Boys // European Eating Disorders Review, 2004, № 12, 61-67.
5. Garner D., Olmsted M., Garfinkel P., Bohr Y. The Eating Attitude Test: psychometric features and clinical correlates // Psychological Medicine. 1982. № 12.
6. Loumidis K., Wells A. Exercising for the Wrong Reasons: Relationships Among Eating Disorder Beliefs, Dysfunctional Exercise Beliefs and Coping // Clinical Psychology and Psychotherapy, 2001, №8, 416-423.
7. MacNeil L., Esposito-Smythers Ch., Mehlenbeck R., Weismore J. The effects of avoidance coping and coping self-efficacy on eating disorder attitudes and behaviors: A stress-diathesis model // Eating Behaviors, 2012, № 13, 293-296.
8. Stice E., Ng J., Shaw H. Risk factors and prodromal eating pathology // Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2010, Vo51, № 4, 518-525.
9. Sulkowski M., Dempsey J., Dempsey A. Effects of stress and coping on binge eating in female college students // Eating Behaviors, 2011, № 12, 188-191.
10. Wonderlich-Tierney A., Wal J. The effects of social support and coping on the relationship between social anxiety and eating disorders // Eating Behaviors, 2010, № 11, 85-91.

Заржицкая О.А.

**КОМПЬЮТЕРНЫЙ ВИЗУАЛЬНЫЙ ТЕСТ «EMBODIMENT
ASSESSMENT TOOL» (EmAT): РАЗРАБОТКА, АПРОБАЦИЯ И
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
В ИЗУЧЕНИИ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ТЕЛЕ
Брестский государственный университет (Беларусь).**

Изучению представления различных аспектов телесности человека в индивидуальном сознании посвящено немало работ в области общей психологии, психологии личности, медицинской, гендерной психологии, психологии телесности, различных направлениях психотерапии. Тем не менее, данная проблема имеет еще один аспект, незначительно разработанный в зарубежной психологии и практически не представленный в русскоязычных исследованиях. Речь идет об анализе того, как современные молодые люди «осмысливают» собственное тело в современном социальном пространстве, под значительным давлением агентов социального влияния на формирование представлений о теле, что нередко приводит к деформации образа тела, неудовлетворенности телом, нарушениям пищевого поведения

как доказал ряд зарубежных исследований. Наиболее перспективной методологической основой, исходя из проведенного анализа современных теоретических и эмпирических исследований, в исследовании представлений о теле была выбрана теория социальных представлений и ее структурный подход как наиболее методически разработанный, позволяющий не только раскрыть механизмы порождения и конструирования обыденного знания о собственном теле, но и выделить ряд межгрупповых различий.

Проведенные нами исследования социальных представлений о теле среди девушек 14–25 лет в 2010–2012 гг. показали, что ядро социальных представлений в подростковом и юношеском возрасте в качестве наиболее значимых включает такие элементы как «стройный–худой», «ухаженный», «красота». Многочисленные исследования, проведенные в различных странах показали, что интернализируемый социальный идеал «худого» тела, формируемый под влиянием таких агентов социализации как родители, сверстники, СМИ, выступает мощнейшим фактором риска развития нарушений пищевого поведения и деформаций образа тела среди подростков и молодежи. В связи с этим, для более детального исследования выявленного феномена в структуре социальных представлений о теле было принято решение о разработке методики исследования, позволяющей выявить среди респондентов с интернализированной моделью «стройного–худого тела» группу риска. В качестве стимульного материала были выбраны статичные фотографии женщин с различным типом фигуры, различающиеся по такому параметру как индекс массы тела. Для сокращения времени организации, проведения исследования и обработки получаемых данных возникла необходимость в разработке авторской компьютерной программы (написанной на языке Delphi 7), дающей возможность посредством организации последовательной работы со стимульным материалом респондентов по единому алгоритму выявления содержательных особенностей их представлений о теле.

Методика «Компьютерный визуальный тест EmAT v_1.4» состоит из двух основных модулей: диагностического и аналитического модуля.

1. Диагностический модуль методики представляет собой целостную компьютерную программу с интуитивно понятным интерфейсом, написанную на языке Delphi. Модуль состоит из нескольких связанных друг с другом частей (блоков). В первой части программы происходит сбор социально-демографических данных испытуемых. Во второй части программы испытуемых просили оценить 52 фотографии женщин, отличающихся по такому показателю, как индекс массы тела по восьмibalльной шкале, крайние позиции которой были выражены словами «Идеал» - «Крайне неприемлемый». В третьей части теста проводилось косвенное шкалирование, пунктами шкалы выступали фотографии, выбранные во второй части теста. Испытуемых просили оценить по данной шкале особенности телесности представителей восьми «ролевых позиций» (например, мама, сверстник и т. д.). В четвертой части теста используется метод прямого и косвенного шкалирования, которое проводится уже с точки зрения агента социализации, - родители, сверстники, СМИ, - исходя из имеющихся у респондента знаний и социального опыта о возможных оценках со стороны данного агента. В пятой части теста представлена разработанная автором анкета открытого типа для сбора данных у респондентов о роли различных агентов социализации в формировании их представлений о теле.

2. Аналитический модуль «Компьютерного визуального теста EmAT v_1.4» представляет собой самостоятельную компьютерную программу, написанную на языке Delphi, позволяющую просматривать, редактировать и копировать полученные в диагностическом модуле первичные эмпирические данные, проводить ча-

стотный и/или графический анализ полученных результатов, рассчитывать ряд коэффициентов и показателей.

Результаты проведенного психометрического анализа позволяют утверждать, что «Компьютерный визуальный тест EmAT v_1.4» соответствует психометрическим стандартам и может быть использован для диагностики содержания образного компонента социальных представлений о теле, степени неудовлетворенности телом и выделения лиц группы риска нарушений пищевого поведения. С помощью факторного анализа воспроизведена структура центральных элементов стабильного ядра социальных представлений о теле. Выполненная стандартизация позволяет использовать опросник как с исследовательскими целями, так и в индивидуальной психологической работе.

Заржицкая О.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И СОДЕРЖАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ТЕЛЕ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ: ВЕРБАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ

Брестский государственный университет (Беларусь).

Значительный интерес для развития психопрофилактического направления в предупреждении формирования искаженной модели здорового образа жизни, деформаций образа тела и нарушений пищевого поведения представляют механизмы и закономерности социального познания тела человека как социально значимого объекта. Социальные представления в современной социальной психологии рассматривают как особую форму и инструмент социального познания. Социальные представления о теле, несмотря на их высокую значимость в современном социокультурном дискурсе, интенсивно поддерживаемом современными СМИ, являются недостаточно изученным научным объектом в отечественной психологии.

В исследовании структуры и содержания социальных представлений о теле приняли участие 330 респондентов, из них 125 респондентов женского пола подросткового возраста (от 12 до 15 лет) и 205 респондентов женского пола юношеского возраста (от 16 до 20 лет).

Для выявления представления о теле использовалась методика свободных ассоциаций. Испытуемых просили назвать до 50 ассоциаций с таким объектом, как «тело человека». После составления респондентами ассоциативного ряда, просили проранжировать данный ряд, где ранг № 1 присваивался наиболее значимой, по мнению респондентов, ассоциации, а порядковый номер последней ассоциации в ряду означал минимальный ранг для оценки ассоциаций. Для выделения структуры представлений использовался прототипический анализ Вержеса (N. Vergis, 1992), апробированный в русскоязычных исследованиях Бовиной И.Б. Согласно его методу был составлен тезаурус (словарь) социальных представлений о теле в подростковой и юношеской группе.

В соответствии с критериями Вержеса П. в число элементов ядра социальных представлений о теле в юношеском возрасте вошли такие элементы, как стройное (худое), атлетичное (спортивное) (в отношении мужчин), красивое, вес, здоровое, фигура, глаза, голова. В число элементов периферической системы, составляющих потенциальную зону изменения, включены: волосы, ноги, руки, рост, губы, мышцы, упругое, мягкое, молодое, пропорциональное, привлекательное, гибкость, мозг, сердце, полное. Собственно периферическая система состоит из элементов: лицо, внешность, болезненное, аккуратность, старое, сильное.

В соответствии с критериями Вержеса П. в число элементов ядра социальных представлений о теле в подростковом возрасте вошли такие элементы как *голова, сердце, лицо, глаза, внешность*. В число элементов периферической системы, составляющих потенциальную зону изменения, включены: *стройное, волосы, модное, красивое, здоровое, сильное, накачанное*. Собственно периферическая система состоит из элементов: *некрасивое, пропорциональное, фигура*.

Как видим из структуры социальных представлений о теле, в содержание репрезентаций входит две категории элементов: эстетические и функциональные. К эстетической категории элементов относятся характеристики, имеющие наибольшее значение при социальном общении. К функциональной категории относятся элементы, отражающие ряд физических параметров, характеристик, возможностей тела человека, обеспечивающих выполнение той или иной деятельности.

При анализе возрастных особенностей содержания и структуры социальных представлений о теле (вербальный компонент) были выявлены следующие закономерности. Во-первых, элементы, представленные в подростковой группе в зоне потенциального изменения (первая периферическая система), в юношеской группе представлены в центральной ядерной зоне социальных представлений о теле. Во-вторых, содержание и структура социальных представлений о теле изменяется в зависимости от условий проведения исследования. При использовании инструкции «подстановки» («описать тело человека с точки зрения сверстников») появляются дополнительные артефакты, которые имеют высокую социальную значимость в современной культуре для оценки и интерпретации особенностей телесности человека (*одежда, украшения, деньги*), а в подростковой группе появляются элементы, символизирующие техники модификационного поведения, что отражает, в свою очередь, влияние на социальные представления о теле ряда социальных агентов (сверстники, СМИ). В третьих, большая часть элементов как ядерной зоны, так и зоны потенциального изменения, относится к эстетической, а не функциональной категории, что, в свою очередь, указывает на ориентированность современной культуры в отношении телесности человека на «*созерцание*», а не «*деятельность*». Другими словами, в современной культуре телесность человека оценивается исходя из степени ее соответствия социально заданному эталону внешности человека, оцениваемой по шкалам – *модное, стройное, красивое* и т. д. Функциональные возможности телесности – *сила, работоспособность, гибкость, выносливость* и др. отходят на второй план, интерпретируясь в эстетических категориях, или не проявляются вообще. Такие характеристики телесности человека, как *работоспособность, выносливость, быстрота реакции* и т. д., в качестве элементов социальных представлений о теле в исследовании не появились ни в юношеской группе, ни в подростковой, что еще раз подчеркивает зону деформированности современной телесной культуры личности. В четвертых, такой элемент социальных представлений о теле *стройный (худой)*, связанный с факторами деформации представлений о теле, нарушениями пищевого поведения, в юношеской группе находится в зоне ядра, а в подростковой группе – в зоне потенциального изменения.

Выявленные возрастные особенности социальных представлений о теле раскрывают наиболее оптимальный период профилактики и предупреждения деформации представлений о теле и нарушения пищевого поведения, которым является именно подростковый возраст.

К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

НЦ психического здоровья РАМН, Московский городской психолого-педагогический университет, Московский психолого-социальный университет (Москва).

Пищевое поведение человека — вкусовые предпочтения, диета, режим питания — определяется культурными, социальными, семейными, биологическими и другими факторами. За последние годы участились случаи расстройств пищевого поведения детей, подростков и взрослых, в связи с чем важно проследить развитие пищевого поведения в дошкольном возрасте. Известно, что основные психологические новообразования дошкольного возраста и установки, заложенные в возрасте до шести лет, во многом влияют на дальнейший сценарий жизни человека. Нарушения питания уже давно описываются как спектр расстройств в руководствах по педиатрии, детской хирургии и инфекционным болезням, в последние годы и по психиатрии. Психологически обусловленные расстройства питания отражают трудности во взаимоотношениях ребенка, матери и других членов семьи, они чаще вызывают снижение или повышение веса, чем недокорм или специфические инфекции. Ни одна другая биологическая функция в ранние годы жизни не играет столь важной роли в эмоциональном состоянии человека, как питание. Возрастной аспект проблемы развития пищевого поведения представлен изучением преимущественно либо младенчества (в основном медицинские аспекты исследования), либо пубертата (нарушения пищевого поведения в виде нервной анорексии, булимии), а дошкольный возраст менее изучен.

Цель: изучение развития пищевого поведения у детей дошкольного возраста. В основе работы лежат следующие предположения: особенности пищевого поведения дошкольников проявляются в большей степени на начальных этапах поступления в ДООУ; адаптация к ДООУ влияет на пищевое поведение; особенности внутрисемейных отношений и новые социальные условия влияют на развитие пищевого поведения. Исследование строится по методу индивидуальных срезов (2 среза) с учетом фактора социализации и адаптации к дошкольному образовательному учреждению. Работа проводилась в два этапа: первый — осенью (сентябрь-октябрь), второй — весной (апрель-май) для оценки динамики развития пищевого поведения дошкольников при поступлении в ДООУ и в конце первого года пребывания.

Выборка: 40 детей от 4 до 6 лет (22 девочки, 18 мальчиков) поступивших в ДООУ, прошедших период адаптации и имевших последующее регулярное посещение средней и старшей групп.

Методы: наблюдение, беседа, психодиагностика, экспериментально-психологический, анкетирование, методы математической статистики.

Наблюдение проходило во время приема пищи детей по несколько раз в каждой группе для получения наиболее достоверных и устойчивых данных, затем составлялся протокол на каждого ребёнка, в котором также отмечались данные, полученные в ходе **беседы** с ребенком и с родителями о конкретных особенностях пищевого поведения, семейной ситуации, пищевые предпочтения, отношение к еде, оценивался уровень тревожности. Методический комплекс для исследования тревожности, пищевого поведения и особенностей семейной ситуации у детей дошкольного возраста включал **методики**, использованные в двух срезах: *оценка тревожности* (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен), оригинальная проба *рисунок любви*

мого и нелюбимого блюда; методика оценки предпочтения в еде по изображениям с едой. **Анкетирование** матерей проводилось на первом этапе для дополнительной оценки пищевого поведения, характера отношений “мать–ребенок” в контексте кормления ребенка и сбора информации о заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей, аллергиях, периоде грудного вскармливания и других факторах, которые могут повлиять на формирование пищевого поведения детей.

Два среза обеспечили большой массив данных по первичной оценке пищевого поведения и особенностям пищевого поведения детей в динамике на фоне адаптации к пребыванию в детском саду. У детей дошкольного возраста есть особенности пищевого поведения: повышенная отвлекаемость во время еды; медленное пережевывание; немотивированное беспокойство и отказ от приема пищи (связано с возрастными особенностями детей 4-5 лет, прежде всего неустойчивостью внимания). Выраженность перечисленных особенностей пищевого поведения на втором этапе проведения исследования достоверно ниже, т. е. адаптация к ДОО положительно влияет на развивающееся пищевое поведение. Особенности пищевого поведения, которые являются показателями тревожных состояний - медленное пережевывание, немотивированное беспокойство во время еды и отказ от приема пищи - менее выражены к 6 годам, что говорит о большей адаптивности детей этого возраста. Тревожность детей по мере адаптации к ДОО понизилась. Обнаружена прямая корреляционная связь уровня тревожности и особенностей пищевого поведения: чем выше уровень тревожности, тем больше проявляются особенности пищевого поведения у детей исследуемой выборки.

Наибольшее число предпочтений из изображений еды набрала пища, относящаяся к легкоусвояемым углеводам (шоколад, картофель, чипсы, пирожное, макароны), это может говорить о формирующемся типе пищевого поведения – «углеводной жажде». Специфическая избирательность в продуктах, свидетельствующая о психической патологии, не обнаружена. Обнаружена положительная динамика в предпочтениях продуктов детьми дошкольного возраста: дети стали меньше проявлять «углеводную жажду» и стали в большей мере ориентироваться на «полезные» продукты, что говорит о положительном влиянии нахождения детей в ДОО на развитие пищевого поведения в целом.

Материнско-детские отношения могут как положительно, так и негативно влиять на развитие пищевого поведения. Значительное количество внутрисемейных проблем и новые социальные условия влияют на развитие пищевого поведения.

Описанная технология исследования оказалась адекватной поставленным целям, получены новые данные, открывающие возможности изучения динамики развития пищевого поведения дошкольников.

Малыгин В.Л., Субботина Д. А., Гладышев О.А
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И
ВОСПРИЯТИЯ СВОЕГО ТЕЛА У БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ
Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова (Москва).

Актуальность проблемы нервной анорексии (НА) обусловлена ростом этой патологии в последние десятилетия, более ранним ее началом, трудностями диагностики и лечения в связи со склонностью больных к диссимуляции, несвоевременностью обращения пациентов к специалистам, малой курабельностью психо-

патологической симптоматики и трудностями при решении вопросов реабилитации больных, а также более ранним ее началом, увеличением остроты аноректической симптоматики. Распространенность нервной анорексии по данным зарубежных авторов 0,5-1%. Субклинические формы расстройства встречаются, по данным эпидемиологических исследований, у 7-10% подростков и молодых девушек от 12 до 19 лет. Процент смертности при НА колеблется от 6% до 12,3%. Клинико-социальная значимость проблемы определяется тем, что это заболевание возникает в препубертатном и пубертатном возрасте (преимущественно у девочек) и приводит к выраженной учебной и социальной дизадаптации больных. Следует подчеркнуть, что особенности проявления НА изучены недостаточно, не установлены четко очерченные клинические границы, не разработаны методы эффективной терапии и реабилитации больных. Недостаточная научная разработанность и высокая медико-социальная значимость проблемы определяют актуальность темы исследования.

Цель исследования: изучение особенностей эмоционального интеллекта и восприятия своего тела у больных НА.

Материалы и методы исследования.

Выборку составили 24 женщины в возрасте от 19 до 25 лет, из которых были сформированы две однородные по полу, возрасту и уровню образования группы. В экспериментальную группу вошли 12 женщин, больных НА, в возрасте от 19 до 25 лет, проходящих стационарное лечение в ПКБ № 14 Департамента здравоохранения г. Москвы. Контрольную группу составили 12 условно здоровых женщин в возрасте от 19 до 25 лет.

Методы исследования: 1) Методика исследования эмоционального интеллекта (MSCEIT V2.0) в адаптации Сергиенко Е.А., Ветровой И.И); 2) Методика «Телесный образ я» (М. Feldenkreiz, адаптация И.А. Соловьевой); 3) Методика «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» А.Ш. Тхостова; 4) Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, L.R. Derogatis, адаптация Н.В. Тарабриной); 5) 16-факторный личностный опросник Р. Б. Кеттелла.

Результаты исследования. Эмоциональный интеллект больных НА достоверно ниже по компонентам: использование эмоций для повышения эффективности мышления и деятельности, понимание и анализ эмоций, сознательное управление эмоциями для личностного роста и улучшения межличностных отношений. Особенности искажений образа тела у больных свидетельствуют о нарушении контакта эмоций, тела и сознания, проблемах в сфере общения, нарушениях в сексуальной сфере, а также нарушении контакта со своими желаниями. У женщин, больных НА, наблюдается тенденция к сравнительно большему искажению образа тела, что может свидетельствовать о значимости дисморфобического компонента формирования НА. У больных статистически достоверно более выражены показатели угрожающих здоровью болезненных телесных ощущений. У больных НА достаточный репертуар для обозначения телесных ощущений, но нет структурированности и дифференцированности словаря интрацептивных ощущений. Значительное количество недифференцированных телесных ощущений у больных способствует концентрации на них внимания и вызывает тревогу. Имеется взаимосвязь уровня эмоционального интеллекта с выраженностью искажения образа тела и словарем интрацептивных ощущений: чем ниже эмоциональный интеллект, тем больше искажений образа тела и тем менее дифференцирован словарь интрацептивных ощущений. Выявлены отличия характерологических особенностей больных НА: замкнутость, обособленность, высокая обязательность, перфекцио-

низм, ответственность, мечтательность, склонность к идеализации. Больные НА отличаются высоким уровнем депрессивных симптомов и высоким уровнем межличностной сенситивности.

Милехина А.В.

**ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ
ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (СИНДРОМ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ)
ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (Москва).**

Эффективность профилактики расстройств пищевого поведения у психических больных детского и подросткового возраста в значительной мере обусловлена результатами применения лечебно-реабилитационных программ во время их пребывания на психиатрическом стационарном лечении. Клинико-психопатологическое исследование пациентов детского и подросткового возраста с расстройствами пищевого поведения, находившихся на стационарном лечении психиатрической больницы НПЦ ПЗДП г. Москвы показало, что пациенты с проблемами пищевого поведения в детском и подростковом возрасте составляют примерно 5% от всего контингента больных и их количество с каждым годом продолжает увеличиваться. При исследовании 32 больных с нарушениями пищевого поведения выявлено, что для них характерны: достаточно высокая частота встречаемости депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств и стойкость обсессивной симптоматики, а также наличие соматической патологии разной степени выраженности. Этим объясняются длительные сроки пребывания пациентов на стационарном психиатрическом лечении (от 1,5 до 4,5 месяцев, в среднем 2 месяца). Большинство клиницистов считает пациентов с нервной анорексией (НА) тяжелыми больными за счет сочетания грубой психопатологической симптоматики и наличия тяжелых соматических нарушений. Таким образом, с одной стороны, специфика психиатрического лечения этих больных заключается в тяжести клинико-социальных характеристик, с другой, в тяжести соматической патологии и скорости развития полиорганной патологии, что диктует необходимость дифференцированного поэтапного осуществления комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий при проведении стационарного психиатрического лечения.

Терапевтическая тактика при синдроме НА строится по принципу непрерывного интенсивного длительного психотерапевтического и медикаментозного воздействия, которое проводится в четырех основных направлениях: 1) воздействие на основную психопатологическую симптоматику (отказ от приема пищи произвольное вызывание рвоты, чрезмерность физических упражнений, патологическое искажение восприятия своего тела); 2) коррекция аффективных расстройств; 3) коррекция соматических расстройств (снижение индекса массы тела, отсутствие ожидаемой прибавки веса в пубертатном возрасте и, как следствие, эндокринные, желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые расстройства); 4) профилактика обострения заболевания. Прогностически более благоприятными в осуществлении мероприятий по реабилитации считаются пациентки, у которых в истории болезни отсутствуют произвольное вызывание рвоты и прием слабительных средств с целью похудения. Также более благоприятными в прогнозе заболевания считаются пациентки, у которых длительность периода полного отказа от пищи была сравнительно небольшой и завершилась госпитализацией в психиатрический стационар,

по сравнению с теми пациентами, у которых этот период завершился амбулаторным посещением гинекологов, диетологов и терапевтов.

Для эффективного выполнения реабилитационных мероприятий у больных с нарушениями пищевого поведения необходимо снижение интенсивности навязчивого страха полноты и сформированной небольшой глубины аномального дефекта в поведении (вызывание рвоты, прием слабительных средств, чрезмерной активности, ведущей к полноте) при сохранности и положительных установок, направленных на лечение со стороны ближнего окружения пациентки (семья, друзья, одноклассники).

Пациентам с первых дней стационарного лечения назначается комплексная медикаментозная терапия. Применяются антидепрессанты и нейролептики, причем последние назначаются в малых и средних дозах для коррекции психопатологических особенностей поведения, аффективной напряженности и активности больных в достижении и реализации своих патологических идей. Антидепрессанты выбираются из списка разрешенных к использованию в детской психиатрии и подходящие к индивидуальному состоянию пациента, направлены на коррекцию депрессивных и/или обсессивных нарушений. Применение этой терапии способствует редукции симптомов, характеризующих остроту состояния больных. Не менее важна и своевременность начала применения лечебно-восстановительных воздействий, что относится к первоочередной задаче при проведении стационарного психиатрического лечения.

Мильке Е.А., Свистунова Е.В.

ВОЗРАСТНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

Московский городской педагогический университет: Институт психологии, социологии и социальных отношений (Москва).

Возрастная идентификация является одной из базовых характеристик личностной идентичности и рассматривается как процесс осознания и переживания индивидом собственного Я во времени. Понимание своего возраста формируется в ранний период и в дальнейшем развивается на протяжении всей жизни человека. В современных исследованиях недостаточно полно раскрыты особенности возрастной идентификации подростков с ограниченными возможностями здоровья. К одной из таких категорий относятся подростки, имеющие избыточный вес, для которых мотивация к изменению своего тела тесно связана с адекватным осознанием и принятием себя во все возрастные периоды.

Нами проведено исследование, целью которого было изучение особенностей возрастной идентификации подростков с избыточной массой тела. Исследование проводилось на базе ГУ ЭНЦ РАМН Института детской эндокринологии (г. Москва). Экспериментальную группу составили 59 подростков, имеющих II-III степень ожирения, из них 27 девушек и 31 юноша. В контрольную группу вошло 64 подростка с нормативным весом (30 девочек и 34 мальчика). Средний возраст по группам составил 15 ± 2 г.

Для достижения поставленной цели был использован блок диагностических методик: «Возраст. Пол. Роль. (ВПр)»; «Неоконченные предложения». Статистический анализ проводился при помощи программы STATISTICA 6.0 (Stat-Soft, 2001). Значимость различий между группами проверялась по критерию Mann-Whitney для независимых выборок.

Изучение возрастных предпочтений у девушек-подростков обеих групп показало, что девушки с избыточным весом значительно чаще (50%), чем девушки из контрольной группы (28%), идентифицируют себя со своим возрастом. При этом они говорят о том, что не хотели бы никаких изменений, если бы им представилась такая возможность.

В отличие от девушек с нормативным весом, девушки из экспериментальной группы реже выбирали портреты детей как предпочитаемые (42% и 29% соответственно). Одной из причин может быть косвенное непринятие своей роли будущей мамы. В их высказываниях часто звучали опасения по поводу невозможности создания семьи и рождения собственного ребенка («Кому я такая нужна», «У меня никогда не будет детей»). Второй причиной, объясняющей отвержение детских портретов, а вместе с тем себя в раннем возрасте являются проблемы веса, начавшиеся в раннем возрасте («Если бы стала маленькой: изменилась бы в размерах; меньше бы плакала; прожила бы жизнь по-другому; не была бы такой толстой»).

Девушки с избыточным весом реже, чем их сверстницы, выбирали портреты людей молодого и зрелого возраста (38% и 62% соответственно). Отличалась и качественная оценка этих возрастных периодов. Если у девушек контрольной группы преобладало желание создать семью, родить ребенка, сделать карьеру, то у девушек с избыточным весом чаще встречались полярные высказывания: «Съехать от родителей» – «Заботиться о родителях»; «Много работать» – «Много путешествовать». У некоторых респондентов с избыточным весом в высказываниях появлялся страх перед будущим: «Если бы сейчас стала взрослой, то испугалась бы», «Стану взрослой, буду смешной».

Портреты пожилого возраста преимущественно отвергаются всеми респондентами, но в высказываниях девушек больше проявляется ожидание нарушения здоровья и одиночества.

Юноши с избыточным весом значимо чаще, чем в контрольной группе, выбирали портреты детей как привлекательные (40% и 22% соответственно) и портреты пожилых людей как резко отрицательные (51% и 38% соответственно).

Подростки из экспериментальной группы явно стремятся отсрочить момент взросления. В их комментариях, независимо от обсуждаемого возраста, доминировали высказывания: «Буду отдыхать», «Буду гулять», «Сидеть на диване и смотреть телевизор», «Получать пенсию».

Юноши с избыточным весом меньше, чем их сверстники, склонны к изменениям. В ответ на вопрос «Чтобы ты изменил, если бы снова стал маленьким?», либо говорили «Ничего» (68% по сравнению с 28% в контрольной группе), либо изменения касались избегания неудовольствия («Не ел кашу», «Не ходил в школу», «Долго спал бы каждый день»).

Полученные данные указывают на изменение возрастной идентификации подростков с избыточным весом по сравнению со сверстниками.

Юноши и девушки с избыточной массой тела не принимают свои возрастные изменения. При этом юноши инфантильны и предпочитают оставаться в детском возрасте, а девушки ригидны и отвергают любые изменения как в более раннем, так и более позднем возрасте.

Стойкое нежелание возрастных изменений у подростков с избыточным весом, возможно, снижает мотивацию и к другим изменениям, в том числе своего тела.

АНОРЕКТИЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ИЛИ ВОЗРАСТНОЕ СМЕЩЕНИЕ СОМАТОВЕГЕТАТИВНОГО УРОВНЯ РЕАГИРОВАНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Калининградская областная психиатрическая больница № 1 (Калининград).

На протяжении последних лет в детских психоневрологических интернатах (дома-интернаты для умственно-отсталых детей) приходилось наблюдать детей с патологией пищевого поведения, по внешним признакам напоминающей аноректическое поведение у подростков. Однако возраст до 10 лет, а также значительное интеллектуальное снижение с отсутствием осознанного отношения к патологическому пищевому поведению вроде бы не позволяют отнести эту патологию к категории нервной анорексии. Можно предположить, что в основе аноректического поведения лежат неосознанные архаичные механизмы аффективного реагирования либо патологии влечений. С другой стороны, подобные нарушения характерны для раннего (0—3 года) соматовегетативного периода нервно-психического реагирования (по В.В. Ковалеву), а в указанных случаях приходилось наблюдать детей старше 3-4 лет. Можно предположить, что при значительном интеллектуальном недоразвитии происходит возрастное смещение уровней реагирования с понятным отсутствием, точнее замещением эмоционально-идеаторного уровня.

В интернате одномоментно таких детей немного — 6 на 130 детей, т. е. 4,6%, из них 2 - с тяжелыми проявлениями, и они представляют значительные трудности в содержании и терапии, а ухудшение состояния может доходить до угрозы жизни ребенка, главным образом, за счет значительного снижения веса до критических показателей.

Представляется клинический пример.

Девочка 17.05.95 г.р., от 9-й беременности, 8-х родов с весом 2000 г. С 2 мес. находилась в специализированном доме ребенка, отставала в психомоторном развитии, в 4 г. переведена в дом-интернат для УОД, в это время ела только каши, отказывалась от супов, 2-х блюд, постепенно стала есть другую пищу, но подолгу держала во рту пищевой комок, что вызывало подозрение на недоразвитие рефлекса глотания, постоянно сосала большой палец руки, потом с его помощью стала вызывать у себя рвоту. Получала церукал, первое время с положительным эффектом, затем рвота возобновилась, причем после каждого приема пищи на фоне высокой аффективности с раздражительностью, злобностью. Отличалась необщительностью, речи не было. Диагностирована тяжелая умственная отсталость. Кушала, не пережевывая пищу, отмечалась прожорливость — могла ночами искать, что бы поесть, ела мусор, мелкие камушки, кал. Значительно снизилась масса тела. Консультирована гастроэнтерологом, эндокринологом, психиатром, проходила лечение в психиатрической больнице, получала фосфалюгель, мотилиум, бифидум-бактерин, преднизолон, этаперазин, эглонил, азалептин, галоперидол, но вес продолжал снижаться. В 7 лет 10 мес. была переведена в другой интернат для УОД, где уход и выхаживание тяжелых лежащих детей-инвалидов были лучшие организованы. При переводе вес 13 кг, рост 109 см, ИМТ 10,8. Стала постепенно набирать вес: за 9 мес. - до 24 кг при росте 110 см, ИМТ 19,8, ела самостоятельно ложкой, рвоту не вызывала, но отрывивала пищевой комок, пережевывала и опять глотала, оставалась копрофагия, по-прежнему была легковозбудимой, злобной, аутоагрессивной - била себя по лицу, билась головой о пол, была неопрятной мочой и калом. Через год, в 8 лет 11 мес.

была возвращена в 1-й интернат, в котором находилась 1 год 4 мес., снова стала терять в весе и снова была переведена в 2-й интернат в возрасте 10 лет 3 мес. с весом 19,2 кг при росте 110 см, ИМТ 16. Снова стала прибавлять в весе - 6 кг за 4 мес., затем 2 кг за 3 мес., а потом постепенное снижение до критических цифр в 14 лет до 19,5 кг при росте 133 см, ИМТ 10,8. Все это время получала тизерцин, этаперазин, пиразидол, амитриптилин, однако, булимия с копрофагией, срыгивания, рвоты оставались, усиливаясь в случаях, когда на смене был персонал, который ей по той или иной причине не нравился. В 10 лет была обследована в гастроэнтерологическом отделении, диагностированы хронический эзофагит, хронический гастрит, дуодено-гастральный рефлюкс, назначенное лечение эффекта не дало. В 14 лет на фоне приема тизерцина и финлепсина отмечалось некоторое улучшение, а очевидный положительный эффект наблюдался в 14,5 лет с назначением неулептила, финлепсина и этаперазина - 32,5 кг при росте 136 см, ИМТ 18,1. Через год - 43 кг при росте 144 см, ИМТ 20,5, еще через год - 49,5 кг, рост 150 см, ИМТ 22. В дальнейшем снижения веса не наблюдалось, срыгивания, рвоты практически прекратились на фоне приема неулептила 30 мг/сут., финлепсина 400 мг/сут., этаперазина 30 мг/сут.

Скобло Г.В.

РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В МЛАДЕНЧЕСКОМ И РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Проблема расстройств приема пищи - одна из самых актуальных в первые годы жизни, о чем свидетельствует частота соответствующих жалоб родителей, обращающихся к специалистам по раннему возрасту. Но если раньше она была прерогативой преимущественно педиатров, то сейчас к ее разработке активно подключились психологи и психиатры, занимающиеся ранним вмешательством. Ими выдвинута общая парадигма процесса кормления в младенчестве и раннем возрасте как акта наиболее тесного и частого взаимодействия ребенка и матери, в котором они приобретают первый большой опыт сотрудничества. Подчеркивается важность того, чтобы маленький ребенок не просто удовлетворял свою потребность в пище, но и получал положительные эмоции от этого сотрудничества.

В данном сообщении акцент будет делаться на психопатологических аспектах нарушений пищевого поведения в первые годы жизни. В общем виде они выражаются в трудностях регулярного и достаточного приема пищи при отсутствии патологии пищеварительной системы. Пищевой режим не соответствует физиологическим потребностям ребенка и не регулируется чувствами голода и насыщения, ребенок обычно недостаточно прибавляет в весе или теряет его. Наиболее подробно ранние нарушения приема пищи освещены в последнем пересмотре Международной Diagnostic Classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood, - сокращенно DC: 0-3R (2005).

Расстройства приема пищи как составной диагностический элемент (не всегда, правда, обязательный) входят практически во все диагностические составляющие DC:0-3R. Так, они могут сопровождать посттравматическое стрессовое расстройство, быть значительно выраженными при депривационных, депрессивных и тревожных состояниях, иметь место при расстройствах адаптации, нарушениях аутистического спектра (в DC: 0-3R они носят название мультисистемных нару-

шений развития), а также при так называемых регуляторных расстройствах (соответствующих синдромам невропатии).

Дополнительно в DC:0-3R представлена отдельная диагностическая рубрика нарушений приема пищи, которые первично не связаны с вышеперечисленной патологией, а могут существовать обособленно. Рубрика включает 6 состояний со своими диагностическими критериями. Это: 1) нарушение регуляции поведения во время приема пищи; 2) нарушение приема пищи из-за отсутствия реципрокности (взаимности) с лицом, осуществляющим кормление; 3) инфантильная анорексия; 4) антипатия к сенсорным особенностям еды; 5) расстройства пищевого поведения после соматического заболевания; 6) расстройства пищевого поведения, связанные с предшествующим травмированием желудочно-кишечного тракта. Предлагается также отнести сюда известные состояния руминации и поедания несъедобного из МКБ-10.

Согласно нашему клиническому опыту и данным литературы, перечисленные расстройства во многих случаях наблюдаются все же не изолированно, а в купе с определенными патологическими состояниями. Так, нарушения регуляции поведения при приеме пищи (по DC:0-3R, они, начинаясь с рождения, характеризуются неадекватной возбужденностью во время кормления или, наоборот, сонливостью и заторможенностью) часто свойственны детям из групп высокого риска по расстройствам шизофренического и аутистического спектров, отражая дисрегуляцию вегетативно-инстинктивной сферы. Один из вариантов инфантильной анорексии связан с дистимической симптоматикой во время кормления. Расстройства приема пищи из-за отсутствия реципрокности (взаимности) с лицом, осуществляющим кормление, все же в большей степени типичны для детей с выраженными протестными реакциями, склонными к негативизму и упрямству. Состояния руминации обычно свидетельствуют о наличии депривационных расстройств. Такого рода взаимосвязи могут быть продолжены, что говорит в пользу возможности включения дополнительных диагностических критериев в рубрики категории нарушений пищевого поведения в DC:0-3R.

Отдельная большая проблема при обсуждаемых расстройствах у детей — это психическое состояние матери, особенно на этапе грудного кормления. Именно при этом процессе приобретают большое значение взаимная чуткость и подлаживание. Более ответственной фигурой здесь является мать: ее чувствительность к сигналам ребенка, адекватность в ответах на них, необходимая гибкость при их изменении. Мать должна обладать хорошей побудительной активностью, развитой эмоциональностью, контролем над своими эмоциями, достаточными когнитивными способностями для понимания потребностей ребенка. По нашим данным, к состояниям, представляющим риск для осуществления полноценного грудного кормления, относятся послеродовые депрессивные эпизоды (преимущественно умеренно-тяжелые); психопатологическая выраженность тревожного радикала, способствующая как преждевременному прекращению грудного вскармливания из-за опасений и страхов перед возможным недокормом ребенка, так и неоправданно длительному грудному кормлению; расстройства личности, особенно такие, как эмоционально неустойчивый (импульсивный) и истерический тип, для которых характерны повышенная эмоциональная возбудимость и слабый контроль над импульсами; шизотипическое расстройство и пограничная умственная отсталость, для которых типичны недостаточная критичность женщины и сниженная эмоциональная дифференцированность; выраженные психические заболевания матери, которые сопровождаются ее недостаточно адекватным поведением из-за волевого и эмоционального снижения и когнитивной неполноценности (ши-

зофрения, олигофрения). Надежный фактор антириска - высокая и адекватная мотивация к полноценному кормлению ребенка, которая может иметь место и невзирая на психопатологические нарушения матери.

Шебанова В.И., Шебанова С.Г.

ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Херсонский государственный университет (Украина).

Постановка проблемы. Исследования Национальной Программы Обследования детей (Англии, Шотландии, Северной Ирландии, Уэльса) отмечают, что 22% 5-летних детей и 33% 11-летних страдают от лишнего веса и ожирения, а следовательно, имеют повышенный риск заболеть нарушениями сердечно-сосудистой системы включая повышенное давление (в сравнении с теми детьми, которые имеют нормальный вес). Также обращает на себя внимание проблема, которая связана с чрезмерной худощавостью – нервной анорексией. Соответствующие результаты исследований за последние годы показывают, что это заболевание зафиксировано у 5% людей (в то время как лишь 30 лет тому оно отмечалось/фиксировалось у 2-3% населения Земли). Показатели анорексии в fashion-сфере (модели, балерины, танцоры и т. п.) свыше 70%. Появился даже научный термин, который описывает такую тенденцию, как «аноректический взрыв в популяции». Такая тенденция роста данного расстройства вызывает понятную озабоченность специалистов, потому что смертность от анорексии при отсутствии эффективного лечения составляет 10%-20%. При этом наиболее распространенные причины смерти — истощение организма, сердечная недостаточность, присоединение вторичных инфекций, следствием которых являются пневмония, отек легких, туберкулез и т. п., а также суициды. По данным многочисленных опросов, анорексия занимает третье место среди наиболее распространенных хронических заболеваний у подростков. Средний возраст начала расстройств пищевого поведения – 11-13 лет. Свыше 50% девушек в возрасте между 13 и 15 годами считают, что у них избыточный вес (что не соответствует объективным показателям). Около 80% 13-летних девушек осуществляли попытки снижения веса с помощью «модной диеты» или различных ограничений.

Расстройства пищевого поведения представляют собой биопсихосоциальные нарушения и рассматриваются как:

- психосоматические заболевания, при которых возникает фиксирование на пище как средстве восстановления эмоционального равновесия при столкновении с травмирующими ситуациями (что, с точки зрения психодинамической концепции, формируется в основном в детском возрасте, чем объясняется особая стойкость симптоматики и трудности терапии;
- патологическая адаптация: а) как социально приемлемый вид аддиктивного поведения в пределах поведенческой теории;
- неполноценная форма психоэмоциональной адаптации.

Существенное значение в формировании пищевого поведения играет неправильное воспитание в раннем детском возрасте. В некоторых семьях приему пищи уделяется повышенное внимание. Ребенку не разрешается вставать из-за стола, пока не съест всё, даже если он уже сыт. Прекращение еды зависит не от насыщения, а от заданного количества пищи. Такие ситуации препятствуют разграничению голода и сытости, нарушают формирование внутреннего контроля за количе-

ством пищи. В доме всегда имеются запасы сладкого, доступ к которому открыт для ребенка. Стандартное воспитательное выражение в таких семьях: «Ешь больше, иначе не выздоровеешь, будешь слабым» и т. п. Родители принимают любой дискомфорт ребенка за голод. Любимое блюдо - это основное средство утешения, налаживания отношений, стимуляции к исполнению неприятных дел и т. п.

Формирование нарушений пищевого поведения начинается уже в грудничковом возрасте. Ребенка кормят всегда, стоит ему только заплакать. Если у него врожденный повышенный аппетит, он легко поддается такому воспитанию и впоследствии сам использует пищу как основное средство достижения цели. Вкусная еда является в таких семьях ведущим, а часто и единственным регулятором поведения ребенка. Закрепляется привычка: «когда плохо, я должен поесть». Переедание становится средством защиты. Это ведёт к тому, что пища становится основным регулятором поведения и повзрослевшего человека. Эти соображения, даже при наличии нерезко выраженных психологических изменений, всегда должны учитываться при решении задачи нормализации веса тела.

При патологии пищевого поведения обращают на себя внимание, в первую очередь, особенности детско-родительских отношений. Например, считается, что общение взрослых с детьми как до начала расстройства приема пищи, так и после него эмоционально обеднено. В этих условиях еда является единственным «средством коммуникации» родителей и детей. Уделяя чрезмерное внимание питанию ребенка, матери часто рассматривают отказ детей от еды как личное оскорбление. Матери часто высказывают свое неудовлетворённость тем, что ребенок «не оправдывает» их ожидания». Они чрезмерно озабочены физическим и телесным благополучием ребенка в ущерб его эмоциональному комфорту. Достаточно распространённым стереотипом является убежденность многих родителей в том, что обильное питание в первые годы жизни — залог будущих интеллектуальных успехов ребенка. Представления матери о значимости для ребенка пищи в данном случае сильно искажены.

Шинко Л.С., Милехина А.В.

ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им.В.П. Сербского (Москва).

Диагностический этап психокоррекционной работы при нервной анорексии (НА) включает оценку состояния пациентов с нарушением пищевого поведения:

- интервью (тщательная оценка часто выявляемых у пациентов нарушений образа собственного тела, дизадаптивного пищевого поведения и экстремальных методов контроля массы тела);
- опросник самооценки (позволяет в большей мере оценить, уточнить и объективизировать информацию, касающуюся симптоматики, связанной с нарушениями пищевого поведения и общей психопатологией);
- процедура самомониторинга (осуществляемая пациентом, обеспечивает психолога важной информацией об особенностях пищевого поведения, полученной в естественных условиях).

Необходимым условием для достижения положительных результатов в лечении больных является проведение психокоррекционной работы. Психокоррекционная работа у таких пациенток направлена на: 1) коррекцию искаженного характера восприятия собственной внешности, 2) уменьшение его влияния на само-

оценку; 3) поиск альтернативных источников, определяющих собственную значимость индивида, который позволит в процессе катamnестического наблюдения констатировать достоверное ослабление выраженности сверхценного отношения к массе и форме тела.

В процессе интервью клиницист должен оценить наличие и выраженность этих проявлений нарушения образа тела, а также характер их влияний на самооценку пациентки и ее способность к адаптации. Принимая во внимание тесную связь нарушений образа собственного тела с самооценкой, целесообразно учитывать, что они играют предикторную роль в отношении тяжести клинических проявлений и терапевтического ответа, особенно при НА. Таким образом, наряду с вопросом о характере восприятия и ощущения женщиной ее веса и формы тела, интервьюер должен оценить: – «смысловую нагрузку» поведения по достижению (поддержанию) ею идеальной массы тела; – влияние, которое оказывает набор (снижение) веса на ее мысли и чувства в отношении самой себя; – характер восприятия окружающими ее веса и формы тела; – степень избегания или ограничения видов активности, связанных с предъявлением собственной внешности (например, плавание, физические упражнения, сексуальная активность и др.).

Работа с нарушением образа собственного тела:

1. Расстройство восприятия (т. е. искажение образа тела), при котором пациентка воспринимает отдельные части тела как неестественно большие.

2. Расстройство когнитивного и аффективного функционирования (т. е. неудовлетворенность образом тела), когда пациентка негативно оценивает свою внешность.

3. Поведенческие нарушения (т. е. «избегание» образа тела), при которых женщина регулярно занимается «перепроверкой» своего тела и избегает ситуаций, провоцирующих тревогу по поводу тела (например, избегает посещения пляжей, тренажерных залов, ношения обтягивающей одежды и др.).

Блинова Е.Е.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Херсонский государственный университет (Украина).

Факторами снижения стабильности современной семьи являются уменьшение ответственного отношения к функциям семьянина, материальная и статусная поляризация граждан, а также (и это нужно подчеркнуть особо) – выезд родителей за границу на заработки. Дети трудовых мигрантов, которые оставлены родителями на продолжительный срок, являются наглядным примером социального сиротства, признаком нарушения репродуктивной функции семьи. Семью трудовых мигрантов следует рассматривать как семью, находящуюся в сложных жизненных обстоятельствах, среди которых называются: бедность, безработица родителей; низкий уровень воспитательного потенциала семьи, безнадзорность детей; психологические условия – стрессы, депрессии, конфликты, физическое и психологическое насилие. Все эти обстоятельства могут быть как факторами, так и следствиями вынужденной трудовой миграции одного или нескольких членов семьи.

Семья, находящаяся в сложных жизненных обстоятельствах, переживает кризис. По классификации жизненных кризисов трудовую миграцию можно опреде-

лить как кризис значимых отношений, поскольку происходит вынужденная разлука с близкими людьми, и как кризис самореализации.

Мотивация миграционного поведения состоит в формировании внутренне побудительных сил для принятия решения относительно миграции и осуществления миграции, влияющей на потребности, интересы, желания, стремления, ценностные идеалы и мотивы с целью достижения ожидаемой реализации миграционного поведения. Миграционная готовность – это явление кризисного характера, возникающее в условиях, депривирующих потребность личности в самореализации. При этом обесцениваются условия и возможности самореализации в своем регионе и происходит формирование нового эмоционально-установочного комплекса, побуждающего к миграционной активности.

Нами разработана анкета, дающая информацию о семейном положении респондентов, их отношении к семейным ценностям, к браку и воспитанию детей. Кроме того, мы выясняли мнение относительно желательности собственного трудоустройства за границей, насколько этот жизненный выбор вынужден и обусловлен неудовлетворительной оценкой своего реального положения и перспектив. Всего было опрошено 87 человек, в опросе приняли участие респонденты, имеющие собственный опыт трудоустройства за пределами Украины. Семейное положение испытуемых: 48,1% – женаты (замужем); 57,5% опрошенных имеют детей.

Респонденты отвечали на вопросы, касающиеся удовлетворенности своим семейным положением, оценки значимости семьи и родительской роли в жизни человека. Мы полагаем: если человек подчеркивает значимость семьи для себя лично, полностью удовлетворен семейной жизнью, считает свою семью счастливой, соответствует образу «хорошего отца» («хорошей матери»), осознает перспективы развития своей семьи и свою роль в этом развитии, это свидетельствует о зрелой семейной идентичности. И наоборот, если при высокой значимости семьи в жизни человека она не может считаться счастливой, респондент называет факторы, которые мешают развитию его семьи: заработной платы не хватает для материального обеспечения семьи, приобретения жилья, отсутствуют взаимопонимание, взаимоуважение, человек не считает себя «хорошим родителем»; это может свидетельствовать о кризисе ролевой семейной идентичности.

На основе полученных данных, нами выделены две группы факторов, которые характеризуют счастливую семью: 1) психологические факторы, связанные с качеством взаимоотношений между членами семьи (36,4% респондентов) – «взаимопонимание», «уважение», «любовь», «дружеская семья», «гармоничная семья», «здоровые семейные отношения»; 2) материальные факторы, связанные с материальной обеспеченностью семьи (82,4% респондентов) – зажиточная семья, обеспеченная семья, собственное жилье, хорошая работа, благосостояние, достойный заработок и т. п.

Результаты говорят о том, что на первом месте среди факторов, которые, по мнению трудовых мигрантов, обеспечивают счастье и гармоничность семейной жизни, находится материальное благосостояние, что свидетельствует о значительной фрустрированности базовых потребностей человека. Подтверждение мы видим также на основе анализа ответов на вопрос: «Чего, по Вашему мнению, не хватает Вашей семье, чтобы быть полностью счастливой?». Результаты показали, что на первом месте находятся «деньги», такой ответ дали больше двух третей респондентов (70,7%), еще треть опрошенных указывает на отсутствие собственного жилья (32,1%), а уже потом каждый пятый респондент упоминает «взаимопонимание» (19,8%), и совсем незначительный процент в качестве важных, значимых

факторов отмечают «любовь» и «уважение друг друга» (по 8,5%), еще 7,6% считают, что семье для счастья не хватает детей.

Таким образом, работа за границей, по мнению испытуемых, дает возможность получать большее вознаграждение за свою работу, все другие возможные следствия трудовой миграции оцениваются сдержанно, осторожно и преимущественно негативно – респонденты обращают внимание на выезд высококвалифицированных специалистов из страны, потерю трудовыми мигрантами профессиональной квалификации, разрушение украинской семьи. Результаты доказывают, что ситуация трудоустройства за границей осознается как вынужденная и возникает при блокировании базовых потребностей личности и потребности в самореализации.

Брындин Е.Г., Брындина И.Е.

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ

Технологическая платформа «МЕДИЦИНА БУДУЩЕГО» (Новосибирск).

Современная социально-экономическая ситуация ставит благополучие человека в прямую зависимость от его психофизического здоровья. В то же время, на современном этапе развития нашего общества, учитывая все большую открытость экономики страны и включения ее в мировую экономику, для развития и процветания страны, а также для собственного благосостояния молодым людям необходимо иметь более высокий уровень образования. Молодое поколение ценит здоровье (видя насколько высокие требования предъявляет общество к успешному человеку), но не уверено в своих возможностях сохранить его, т. к. не получает достаточно квалифицированной помощи в формировании ответственного отношения к здоровью.

Сегодня школьное образование вынуждено изменяться. Однако реакция школьного образования всегда происходит с большей или меньшей задержкой. Школу нужно ориентировать на передачу знаний, умений и навыков здорового образа жизни. Перед образованием становятся новые цели. Приоритетной среди них является цель формирования, сохранения и развития здоровья ребенка. Для ее реализации требуются теория и практика формирования здорового образа жизни как первостепенной задачи сегодняшнего дня [1-3].

Неотъемлемая часть процесса формирования культуры здоровья - обучение здоровому образу жизни. В процессе этого обучения должны быть сформированы: научное понимание сущности здоровья и здорового образа жизни; отношение к здоровью как к ценности; целостное представление о человеке; навыки управления своим здоровьем; знания в области профилактики вредных привычек и зависимостей, культура межличностных отношений; навыки безопасного для здоровья поведения в различных жизненных ситуациях;

Достичь этого, давая неполные знания в рамках некоторых школьных предметов (например, биологии, природоведении, географии), не представляется возможным. Обучение здоровому образу жизни необходимо строить по комплексной программе [3].

Новосибирская некоммерческая организация «Исследовательский Центр ЕСТЕСТВОИНФОРМАТИКА» по результатам фундаментальных исследований этапов перехода на здоровый образ жизни предложил программу, включающую

теоретические, методические и практические основы. Цели программы «Основы здорового образа жизни»: формирование личности, способной реализовать себя максимально эффективно в современном мире, творчески относящейся к возникающим проблемам, владеющей навыками здорового образа жизни и безопасного поведения. Проект вошел в библиотеку лучшего Российского опыта по здоровому образу жизни. Получен сертификат от Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Современное, чаще всего употребляемое в контексте образовательных процессов, определение понятия «здоровье» впервые было сформулировано Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1940 г. Было принято, что здоровье – это не просто отсутствие болезней, а состояние физического, психического и социального благополучия. При этом подразумевается гармоничное сочетание социального, физического, интеллектуального, эмоционального и духовного аспектов жизни. Осуществить такую деятельность способен только человек, обладающий здоровьем, творческим мировоззрением, высоким уровнем развития личности, мотивацией, знаниями и умениями перехода на здоровый образ жизни.

Переход на здоровый образ жизни осуществляется в четыре этапа: освоение щелочного стиля жизни, развитие оздоровительных способностей, приобретение навыков ежедневного здоровья сбережения, накопление годового опыта здорового образа жизни. Освоение щелочного стиля жизни нужно для восстановления и сохранения кислотно-щелочного баланса биологических сред организма. Развитие оздоровительных способностей на духовном, энергетическом, физиологическом и анатомическом уровнях нужно для достижения здорового состояния. Приобретение навыков здоровья сбережения нужно для сохранения здорового состояния. Накопление опыта здорового образа жизни навыками здоровья сбережения в различных домашних, социальных и природных сезонных условиях (весной, летом, осенью и зимой) нужно для здоровой жизнедеятельности и сохранения здорового состояния в течение года.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брындин Е.Г., Брындина И.Е. Основы здорового человека и общества. Науч.-метод. изд. - Новосибирск: ИЦЕ, Томск: ТПУ; 2011. - 302 с.
2. Евгений Брындин, Ирина Брындина. Основы здорового долголетия. Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing. 2012. 225 с.
3. Брындин Е.Г., Брындина И.Е. Как перейти на здоровый образ жизни. - Новосибирск: ИЦЕ, Томск: ТПУ. 2013. - 288 с.

Бычкова А.А.

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ В ТРАДИЦИОННЫХ ОБЩЕСТВАХ (НА ПРИМЕРЕ ПЛЕМЕН НАГА, ШТАТ НАГАЛЕНД, ИНДИЯ)

НИУ «Высшая школа экономики» (Москва).

Этнопсихологическая проблематика отражает механизмы жизнедеятельности групп. Исследование этнического самосознания, особенностей символического мира и ценностных ориентаций невозможно без изучения этнических особенностей социализации детей. Нагаленд, населенный племенами, говорящими на языках тибето-бирманской группы, – первый «племенной» штат Индии. Статья 371А Конституции Индии (Special Provision with Respect to the State of Nagaland) – основание для сохранения традиционной системы землевладения и землепользования и применения обычного права. Социально - психологический архетип - племя-

деревня-патронимия-семья – диктует стиль воспитания. Уровень самоидентификации представителей племен – семейно-клановый.

Морунг – дом холостяков или мужской дом как символ и инструмент воспитания юношей в той или иной степени сохранился у всех племен Нагаленда. Мальчики племени ангами начиная с 12 лет постоянно ночуют в доме холостяков. Обстановка здесь спартанская: общий деревянный настил и общий длинный деревянный брусок вместо подушки. Во время праздников приглашаются девушки, но им запрещено оставаться на ночь. Девушки воспитываются дома; их наставницами также выступают незамужние пожилые женщины, которые приглашают девочек своей патронимии на «посиделки». Внутри *морунга* существуют возрастные группы с разницей в три года. Во время работы в поле и выполнения общественных работ «команды» формируются в соответствии с этими возрастными группами. Хотя каждая семья обрабатывает свой участок собственными силами, такие «команды» молодежи оказывают помощь семьям своей патронимии. В племени ао *морунг* скорее клуб, где молодежь собирается во время праздников, но мальчики и юноши не обязаны постоянно оставаться там ночевать. В течение всей жизни мужчина сохраняет принадлежность к своей возрастной группе *морунга*, в частности при выполнении общих хозяйственных работ. В некоторых деревнях дом холостяков получил развитие как Центр овладения навыками для повышения качества жизни (Center for Learning Skills for Progressive Living). Методы обучения в таких центрах основаны на традициях племени. Основное внимание уделяется вопросам окружающей среды и улучшению методов земледелия.

Можно проследить взаимосвязь между типичным стилем воспитания и социальным характером, личностными особенностями взрослого жителя Нагаленда.

Варганова И.И.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: САМООТНОШЕНИЕ И ЦЕННОСТНЫЕ КОНФЛИКТЫ СТАРШЕКЛАССНИКОВ МГУ имени М.В.Ломоносова (Москва).

Диагностика психологического здоровья при переходе от подросткового к юношескому возрасту требует комплексного подхода, который подразумевает анализ мотивации, системы ценностей и характера самооотношения в их взаимосвязи. При этом, с учетом многоуровневости регуляции поведения человека, необходимо рассматривать систему отношений (смысловых образований) и ценностей старшеклассника как минимум с двух сторон: со стороны ведущей мотивации, побуждающей и направляющей деятельность большей частью на неосознанном, эмоциональном уровне, а с другой – система ценностей должна выстраиваться на уровне сознательного усвоения социальных норм и правил взаимоотношения, построения жизненных планов. В то же время построение старшеклассником своей жизненной перспективы непосредственно связано с представлением о доступности тех или иных ценностей в будущем. Причем, если оценка старшеклассником важности той или иной сферы жизни не совпадает с его представлением о доступности этой сферы для себя, то можно говорить о наличии внутреннего конфликта и блокады функционирующих в мотивационной сфере ценностно-смысловых образований [3]. Специфику этих конфликтов следует рассматривать с учетом самооотношения как выражения смысла «Я».

Методика. Экспериментальное исследование было проведено в трех десятых классах (всего получено полных отчетов для 59 человек). Опрос состоял из четы-

рех заданий: в первом задании осуществлялось шкалирование по 25 парам прилагательных (в соответствии с методикой Семантического дифференциала Ч. Осгуда) 10 ценностей школьной жизни. Во втором и третьем задании каждый подросток осуществлял ранжирование 22 ценностей путем их попарного сопоставления в соответствии с модифицированной методикой Е.Б. Фанталовой [3]. В четвертом задании использовалась методика «Исследование самооотношения» (ИС), разработчик С.Р. Пантеев [2]. В качестве вспомогательных использовались методика неоконченных предложений А.Д. Андреевой [1].

Результаты. Выделено 5 типов эмоционально-мотивационного отношения к ценностям школьной жизни, и вся выборка учащихся была разделена на следующие группы: 1) с мотивацией аффилиации (потребностью принятия), 2) с мотивацией достижения успеха, 3) с мотивацией престижа, 4) с учебно-познавательной мотивацией, 5) с мотивацией конкуренции. Выделенные типы подтверждены содержательным анализом письменных материалов, полученных по методике неоконченных предложений.

Сопоставление с сознательным ранжированием ценностей показало, что для группы учащихся с мотивацией аффилиации средняя частота случаев наличия психологического конфликта (суммарно по всем ценностям) составила 0.42, а вакуумов – 0.42. Эти учащиеся в целом характеризуются пониженным саморукководством, сомневаются в своей способности вызвать у других уважение. Для них характерны также повышенная внутренняя конфликтность и самообвинение.

Для учащихся с мотивацией достижения характерна наибольшая согласованность значимости и доступности ценности: средняя частота конфликтов – 0.12, а вакуумов – 0.06. Они уверены в себе, имеют высокое саморукководство. У них низкие внутренняя конфликтность и самообвинение.

Для учащихся с мотивацией престижа средняя частота конфликтов составляет 0.62, а вакуумов – 0.62. Учащиеся этого типа относятся к себе, как к уверенному, самостоятельному и надежному человеку, которому есть за что себя уважать. Они имеют высокое саморукководство, часто верят в свою способность вызвать у других симпатию и уважение. Учащиеся этой группы имеют низкое значение по шкале «самообвинение».

Для учащихся с учебно-познавательной мотивацией средняя частота конфликтов составляет 0.58, а вакуумов – 0.50. Учащиеся этого типа уверены в себе так же, как учащиеся с мотивацией достижения, однако у них обнаруживаются низкие оценки по шкале самопривязанности и относительно высокие значения по шкале самообвинения – они часто ставят себе в вину собственные промахи и неудачи.

Для учащихся с мотивацией конкуренции средняя частота конфликтов составляет 0.38, а вакуумов – 0.31. Для этой группы также характерны относительно высокая уверенность в себе, саморукководство и внутренняя конфликтность.

При сравнении различных типов мотивации можно увидеть, что наиболее благополучной является группа подростков с преобладанием мотивации достижения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева А.Д. Особенности отношения к учению подростков и старших школьников: Дис... канд. психол. наук. – М., 1989.
2. Пантеев С.Р. Методика исследования самооотношения. – М.: Смысл, 1993. – 32 с.

3. Фанталова Е.Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов (на контингенте больных артериальной гипертензией и здоровых людей) // Психологический журнал. Т. 13, № 1, 1992. - С.107-116.

Грошева Е.В.

**САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ КАК
ЭЛЕМЕНТ ИГРОВОГО ПОВЕДЕНИЯ В РАМКАХ ПОДРОСТКОВОЙ
СУБКУЛЬТУРЫ**

ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина (Санкт-Петербург).

Традиционно аутоагрессия, самоповреждения и суицидные действия расценивались специалистами как признак серьезной психической патологии или, как минимум, тяжелой социальной дизадаптации и ситуационных эмоциональных и поведенческих расстройств. Эпизоды самоповреждающего поведения наблюдались чаще у подростков с асоциальным и делинквентным поведением, тяжелыми акцентуациями характера или психопатиями. На сегодняшний момент наблюдается расширение спектра патологии, при которой встречается нанесение себе повреждений, не связанных со стремлением к суициду. Все большее значение имеет так называемое «до-морбидное» и «вне-морбидное» самоповреждающее поведение – то есть вне явной психической патологии. В современной жизни и клинической практике нетяжелое самоповреждение используется подростками с целью разрешения внутриличностных и межличностных конфликтов и является способом адаптации. Наиболее распространены демонстративно-шантажные самоповреждения, чаще всего принимающие форму поверхностных порезов рук от кисти до локтя, не имеющие цели нанести себе серьезный вред. Травмы сразу или почти сразу предъявляются объекту манипуляции (чаще всего родителям). Такая форма манипуляции была распространена и раньше, хоть и не так широко.

«Просоциальный» тип самоповреждения, который также обозначают как культурно-обусловленный, – это ритуальные, связанные с культурой повреждения тела – татуировки, проколы тела с внедрением инородных частей (серьги, «тоннели»), художественное шрамирование. В современной подростковой среде данный тип самоповреждения становится все более популярным, но в то же время примитивным: мальчики и девочки делают друг другу примитивные татуировки с помощью иголок с мотивацией «сделать красиво», выцарапывают имена «любимых» на коже (по нашим наблюдениям, до 15-летнего возраста последнее более характерно для девочек). Такое поведение повышает статус девочки в компании, а также служит для манипуляции молодым человеком – «смотри, что я для тебя делаю!». Кроме того, оно само по себе доставляет им удовольствие, суть которого они часто не могут вербализовать: «прикольно», «интересно», «нравится».

Особый акцент подростки делают на взаимности и смене ролей при нанесении повреждений. К «телу» допускаются лучшие друзья, подруги, «любимые», при этом эстетическая ценность результата не значима. Один из подростков разрешает другому наносить себе повреждения, потом роли меняются; в конце каждый из подростков «завершает» картину повреждений у себя самого в соответствии со своими вкусами. Другой пример совместного самоповреждения: «подушечки». Иголкой повреждаются кожа и частично подкожный слой, потом туда вносятся чернила, и образуется черный припухлый шрам. Наиболее изощренные чернила «выцарапывают», чтобы шрам имел телесный оттенок.

В последнее время наблюдается изменение мотивации самоповреждающего поведения у детей, внесение в него игровых элементов. Самоповреждения приобретают характер элемента подростковой субкультуры, особенно распространенной среди подростков с низким уровнем материальной обеспеченности, семейно-педагогической запущенностью, непростой семейной ситуацией. Повреждения наносятся и в одиночестве, и в группе сверстников, не носят шантажного характера, далеко не всегда служит для снятия напряжения.

Нами наблюдались своеобразные взаимные игры у гипосоциальных, примитивных подростков, особенно с семейно- и социально-педагогической запущенностью, где самоповреждение включено в структуру и условие игры. Игра «50 городов». Подросток трет острым предметом предплечье другого, пока тот не назовет 50 городов. Формальная тематика игры могла меняться. Игра продолжается до кровотечения, роли детей меняются. В чем удовольствие от такой игры, дети формулировали с трудом – «интересно... смешно». В такие игры играли дети личностно примитивные, запущенные, со склонностью к рискованному поведению и слабой способностью к предвидению последствий собственных действий. Другой вариант «игрового» самоповреждающего поведения – «Минутка». Монетой в течение 1-5 мин. трется кожа на руке. Цель игры окончательно смещена на процесс самоповреждения. В зависимости от длительности и глубины повреждений меняется название – «Минутка», «Трехминутка», «Пятиминутка». Можно предположить, что мы имеем дело с элементами реакции, которую А.Е. Личко назвал «группированием со сверстниками».

Анализируя самоповреждающее поведение как элемент субкультуры, нельзя не отметить, что эта тенденция активно поддерживается в СМИ. Изображения окровавленных рук, бритв, шрамов на тонких юношеских руках появляются на обложках компакт-дисков и модных постеров. Тема аутоагрессии очень популярна в современных музыкальных и художественных произведениях, в модных японских мультфильмах жанра «Нуар». Аутоагрессия и самоповреждающее поведение стали модным трендом.

Таким образом, самоповреждающее поведение в подростковой субкультуре имеет комплексный, мультифакторный характер, несет непосредственную угрозу жизни и здоровью подростков и юношества. Перед специалистами встает задача разработки комплексных, медико-социально-психологических программ по замене деструктивных адаптационных стратегий конструктивными.

Дубовая Т.Н., Огурцова Е.А.

**ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНАХ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО
ОПАСНЫХ ПРОИЗВОДСТВ**

Центральная детская клиническая больница ФМБА России (Москва).

Состояние здоровья детей является одним из наиболее информативных опосредованных показателей, характеризующих санитарно-гигиеническое и экологическое состояние окружающей среды, в связи с чем актуальной является проблема комплексной оценки распространенности и структуры детской заболеваемости в районах с потенциально неблагоприятными эколого-геохимическими условиями. Психологическое обследование в рамках комплексной оценки состояния психического здоровья детского населения проводится в условиях массовых образовательных учреждений методом скрининг-диагностики, основной целью является

выявление в популяции детей с различными отклонениями и нарушениями психического развития.

Материалы и методы. Проведена комплексная оценка состояния здоровья детей и подростков, проживающих в селитебной зоне полигона по отжигу ракетных двигателей твердого топлива (г. Красноармейск). С 18 июня по 2 ноября 2012 г. обследована 1000 детей в возрасте от 2 до 18 лет, среди них 470 мальчиков и 530 девочек. Использовались методики патопсихологического и нейропсихологического обследований, метод клинико-психологической беседы и «следящей диагностики», анкетирование родителей и педагогов, опросники на выявление уровня тревожности и склонности к отклоняющемуся поведению. Анализ полученных результатов проводился по четырем возрастным группам: дети дошкольного возраста, младшие школьники, младшие и старшие подростки.

Результаты и их обсуждение. В результате скрининг-диагностики выявлены отклонения в психическом развитии в 54,5% от общего числа обследованных детей всех возрастных групп. Проведена оценка специфики выделенных отклонений и нарушений психического развития по различным возрастным группам.

В *дошкольном возрасте*, на этапе первичной социализации ребенка в ситуации организованного воспитания и обучения в среде сверстников, на первый план выступали нарушения когнитивной сферы: 17,9% в исследуемой возрастной выборке. Диагностированы различные проблемы нервно-психического развития дошкольника: наиболее представленными являлись задержки появления активной фразовой речи, моторных действий, памяти и внимания, различные отклонения в поведении, трудности адаптации в новых условиях, недостаточная сформированность навыков самообслуживания и коммуникации со сверстниками.

На этапе начала обучения в массовой школе отмечалось увеличение числа нарушений когнитивной сферы с 17,9% в дошкольном возрасте до 25,0% в *младшем школьном*, обусловленное сменой ведущей деятельности ребенка, увеличением умственной нагрузки и требований к нему со стороны родителей и педагогов. Было показано, что учебная программа, не адекватная возможностям ребенка, вызывает постоянный психоэмоциональный стресс, что приводит к нарушениям процессов умственного развития.

В *младшем подростковом возрасте*, на фоне церебрального созревания и формирования в учебном процессе навыков произвольной и целенаправленной деятельности, на первый план выступали проблемы когнитивного развития: 31,0% нарушений по сравнению с 25,0% на предыдущем возрастном этапе. Кроме того, в условиях адаптации к новым требованиям наблюдалось увеличение частоты аффективных расстройств преимущественно тревожного спектра: повышение с 12,6% в младшем школьном до 23,0% - в младшем подростковом. В этот же возрастной период из-за осознания своей неполноценности у детей данной возрастной группы отмечалось появление отрицательного отношения к носителям недоступной им информации (учителям и успевающим сверстникам), приводящее к увеличению невротических и патологических поведенческих форм реагирования (24,0% в данной возрастной подгруппе).

В *старшем подростковом возрасте* в 22,7% случаев выявлялся высокий риск реализации различных форм девиантного поведения, обусловленного специфическими возрастными особенностями в сочетании с незрелостью интеллекта и моральных устоев.

Проведенный клинико-психологический анализ различных форм отклонений показал, что в возникновении и формировании у детей и подростков выявленных расстройств когнитивного, аффективного и поведенческого уровня участвует весь

комплекс биологических и социально-психологических факторов. Среди биологических причин к наиболее значимым относились: ранние органические повреждения головного мозга и недостаточность функционирования нервной системы. Основными социально-психологическими факторами, влияющими на различные варианты нарушения развития, выделялись: семейная дисфункция и преморбидные особенности личности ребенка. Было показано, что в большинстве случаев биологический фактор является патологической почвой, предрасполагающей к развитию психологических нарушений в неблагоприятных средовых, в первую очередь семейных, условиях развития ребенка.

Заключение. Применение методов клинико-психологической диагностики, профессиональное участие медицинских психологов в составе комплексных врачебных бригад позволяет существенно повысить качественный уровень диагностической работы, направленной на изучение психологического благополучия детского населения, проживающего в районах расположения потенциально опасных производств.

Жарков Г.В.

**СОЦИАЛЬНАЯ САНКЦИЯ НА БУЛЛИНГ И ПЕРСПЕКТИВЫ
ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ И
МОЛОДЫМ ЛЮДЯМ С СУБКУЛЬТУРНОЙ САМОИДЕНТИФИКАЦИЕЙ
Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).**

В последние годы проблема буллинга и, в частности, кибербуллинга, которые определяются как «длительный процесс сознательного жестокого отношения, физического и (или) психического, со стороны одного или группы детей/подростков к другому ребенку (другим детям)» (в случае кибербуллинга – с применением средств интернета) вызывает повышенное внимание отечественных исследователей. Во многом это связано с тем, что формы буллинга становятся все более изощренными, процент пострадавших – все большим, а последствия для жертв – соответственно, все более тяжелыми.

Однако, как показывает наша практика (проведено более 100 полуформализованных интервью с подростками и молодыми людьми, принадлежащими к пяти основным типам субкультур: «пацанской/уличной», «фанатской», «идеологически/философской», националистической, а также субкультуры ЛГБТ), одним из важнейших факторов отечественного буллинга является социальная санкция со стороны взрослых «моральных авторитетов». Это представители различных «родительских сообществ», общественных организаций, политических деятелей, в последнее время все чаще священнослужители. Примерно в 1/3 случаев именно они были прямыми инициаторами буллинга в отношении представителей субкультурных сообществ, еще более чем в половине случаев буллеры обосновывали свои действия санкцией со стороны таких авторитетов или примерами из интернета. Чрезвычайно тревожным фактом является также и то, что в 45% случаев родители, в 37% педагоги и в 67% случаев сотрудники правоохранительных органов (в тех случаях, когда дело доходило до соответствующего разбирательства) поддерживали буллеров уже после того, как к ним поступили просьбы жертв буллинга о защите. Данные экспертных оценок представителей этих групп примерно соответствуют тем данным, которые дают сами жертвы буллинга).

На последние годы пришлось две санкционированные государством практики, которые породили волны социально санкционированного буллинга – мы гово-

рим о практике фактически принудительного тестирования школьников и студентов на наркотики и, в еще большей степени, принятое законодательство против педофилии, пропаганды гомосексуализма, а в самое последнее время и против любых других «нетрадиционных» отношений.

На сегодняшний день мы вернулись к ситуации начала 90-х годов, когда практически любое проявление подростковой сексуальности, не говоря уже об особенностях психосексуального развития, могут сделать подростка жертвой самых крайних (в том числе в виде сексуального же насилия) форм буллинга. Причем, если для ситуации «нулевых» уход в тот или иной вариант субкультурного развития становился для подростка формой переживания травм, связанных с подобной ситуацией, то сейчас принадлежность к субкультуре сама по себе становится все более распространенной причиной буллинга. В случае с употреблением наркотиков буллинг чаще всего развивается по чисто шантажному варианту, при этом между пребыванием в субкультуре и употреблением наркотиков ставится знак равенства.

В случае субкультур необходимо выделять два вида буллинга – в отношении представителей собственной субкультуры и в отношении представителей иной субкультуры. Причем, представители собственной субкультуры фактически находятся под угрозой двойной санкции – во-первых, как совершающие отвергаемые собственной субкультурой действия и, во-вторых, как совершающие действия, находящиеся под общесоциальной санкцией. В случае же с иной субкультурой отказ от участия в буллинге ее представителей рассматривается как повод для буллинга, поскольку заставляет подозревать наличие отвергаемых черт и форм поведения.

Социальная и, более того, законодательная «санкции» на буллинг фактически исключают возможность психологической помощи подросткам и, шире, несовершеннолетним с особенностями психосексуального развития, поведения и, шире, принадлежащим к различным субкультурным сообществам. Дело в том, что введя санкцию, например, за пропаганду «нетрадиционных» отношений, законодатель никак не защитил психологов, работающих с этими категориями подростков. Соответственно, любой родитель или общественник может обвинить психолога если не в собственно «извращенно-педофильских» действиях, то хотя бы в их пропаганде, даже (и в особенности) в тех случаях, когда подросток попал на консультацию по инициативе того же родителя или, к примеру, учителя (соответствующие примеры уже имеются в нашей практике). Психолог, который сейчас рискнет оказать помощь такому подростку, с высокой долей вероятности сам окажется объектом травли (пример, посмертная судьба И.С. Кона).

Отдельной проблемой является медиализация субкультурных особенностей подростков и молодежи, в частности, попытки предельно расширить понятие «зависимости» или медицински проблематизировать рискованное поведение. В данном случае мы имеем дело с замкнутым кругом: сначала субкультурная особенность становится объектом буллинга, важной составляющей которой является шантаж «психушкой», затем подросток может действительно попасть в стационар и по выходе из него (особенно в случае постановки на учет) становиться объектом буллинга уже как «псих» или «наркоман». Попытка самоповреждения или суицида в таком случае становится дополнительным подтверждением «диагноза» и еще более усиливает буллинг.

Понятно, что подобную ситуацию можно назвать совершенно нетерпимой. Она требует, на наш взгляд, от профессионального сообщества, с одной стороны, разъяснения возникших проблем на государственном уровне, а с другой, разра-

ботки как более жестких этических стандартов, так и новых практик помощи подросткам с субкультурными особенностями развития, включающими в себя профилактику и отработку стратегий борьбы с проявлениями буллинга.

Илюшина Н.Н.

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ВОЖАТОГО
ДЛЯ ДЕТСКОГО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛАГЕРЯ
Московский городской педагогический университет (Москва).**

Здоровье детей является одной из актуальных задач современной медицины и образования. Результаты исследований НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН свидетельствуют о том, что в последние годы произошло значительное ухудшение состояние здоровья школьников. Летние каникулы – это время, когда наши дети могут полноценно отдохнуть и укрепить своё здоровье. Эту возможность предоставляет детский *оздоровительный* лагерь (ДОЛ). Основные задачи ДОЛ: организация содержательного досуга детей; обеспечение необходимых условий для личностного, творческого, духовного развития детей, для занятий детей физической культурой и спортом, *укрепления их здоровья, привития навыков здорового образа жизни;* и др. (курсив наш - Н.Н.) [3].

С 2012-2013 учебного года Институт педагогики и психологии образования ГБОУ ВПО МГПУ готовит вожатых для ДОЛ. В 2012 г. нами был разработан «Практикум по подготовке к летней практике в детских оздоровительных лагерях». Подготовка к ней осуществляется комплексом учебных предметов, центральное место среди них занимают психолого-педагогические дисциплины, а также детская анатомия и физиология, основы медицины, ОБЖ и др. В мае 2013 г. Институт педагогики и психологии образования отправил на первую смену более 70 вожатых в ДОЛ Подмосковья.

ДОЛ - это пространство детства, но особое пространство: здесь нет рядом родителей, ребёнок далёк от семьи, его окружают новые сверстники, новые взрослые, новая обстановка, новый режим дня, часто и новые климатические условия. Детскому организму и личности предстоит *приспособиться* к этим новым условиям. «Здоровье ребёнка – это его способность к формированию оптимальных *адаптационных* и компенсаторных реакций в процессе роста» [2: с. 268].

Вожатый временного детского коллектива в определённой мере воздействует на условия, в которых разворачиваются адаптационные процессы физического и психического благополучия детей. Вожатый планирует с детьми и проводит творческие дела, соревнования, экскурсии, прогулки, праздники, регулирует конфликтные ситуации, в конечном счёте, создаёт психологический климат во временном детском коллективе, выбирает стиль собственного педагогического общения. Поэтому в ходе обучения у наших студентов необходимо формировать коммуникативную компетентность и учить быть коммуникативным лидером среди детей.

Данные компетенции формируются на основе изучения педагогики (теория и методика формирования временного детского коллектива) и психологии (педагогическое общение, его специфика во временном детском коллективе и т. д.), а также смежных дисциплин. В содержании практикума педагогика и психология органично дополняют друг друга, проникают друг в друга, интегрируются в знания по педагогической и возрастной психологии [1: с. 32-33]. В основу педагоги-

ческого практикума заложена теория и методика воспитания временного детского коллектива. Содержание практикума включает в себя четыре раздела: 1) традиции лагерного движения в России и типы детских оздоровительных лагерей; 2) личность отрядного вожатого и лаборатория его деятельности; 3) теория и методика воспитания во временном детском коллективе; 4) психодиагностика. Идея высокой коммуникативной компетентности вожатого красной линией проходит через всё содержание практикума.

ЛИТЕРАТУРА

1. Илюшина Н.Н. Вожатый как коммуникативный лидер в детском оздоровительном лагере: психолого-педагогическая подготовка // Проблемы здоровьесберегающего образования: Сборник материалов городского круглого стола Института педагогики и психологии образования ГБОУ ВПО МГПУ (22 ноября 2012 г.) / [Отв. Ред. С.Д. Якушева]. – М.: Экон информ, 2013. – С. 32-36.
2. Козырева Е.А., Максимах И.Р. Медико-психолого-педагогическая программа профилактики нарушений психического здоровья в условиях школы // Вестник московского образования. – 2012, № 12. – С. 265-299.
3. Типовое положение о детском оздоровительном лагере. <http://sankurtur.ru/officially/item/3433/>. Режим доступа 02.07.2013.

Карина О.В.

ДИНАМИКА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСТАНОВОК МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДОПИНГУ

Балашовский институт (филиал) Саратовского государственного университета имени Н.Г. Чернышевского (Саратовская обл.).

Вопросы использования запрещённых методов стимулирования организма в спорте относятся к кардинальным направлениям исследований в отечественной, зарубежной социальной и спортивной психологии. К настоящему времени в отечественной науке пока не сложилась систематизированная и полновесная картина, отражающая все существенные социально-психологические закономерности становления молодых спортсменов. Как следствие, нет ответа на вопрос о том, каким образом может эффективно проводиться групповая и индивидуальная профилактика использования допинга в спорте с учётом анализа всех значимых внешних условий и внутренних факторов. Данная проблема поднимается нами в рамках проекта «Допинг как феномен искаженной самодетерминации молодых спортсменов: системный анализ, пути профилактики», осуществляемого при финансовой поддержке РГНФ (проект № 11-06-00685а).

На ранних этапах взросления занятия спортом выступают как действенное средство оптимизации физического и духовного становления растущей личности. В школьные годы спорт становится не только сферой развлечения, но и одним из важнейших условий развития таких составляющих характера как целеустремлённость, настойчивость, ответственность и смелость. Спорт способствует развитию у школьников навыков физической координации, личностной самоорганизации, развитию умений оптимизировать выбор стратегий командного взаимодействия.

Еще большую актуальность фактор конкуренции приобретает в момент перехода растущей личности в так называемый «большой спорт». Как правило, это происходит в подростковом или юношеском возрасте, когда сознание молодых спортсменов предельно открыто к любым как положительным, так и отрицательным воздействиям со стороны ближайшего окружения и общества в целом. Моло-

дые люди чуть ли не каждый день видят и слышат о позитивных спортивных достижениях, влияющих на социальный статус и финансовое благополучие профессиональных спортсменов. Состоявшиеся чемпионы и рекордсмены становятся примерами личностной самореализации для представителей молодого поколения, каждый из которых так или иначе стремится найти образцы для проектирования собственной спортивной карьеры, траектории своего продвижения в успешную взрослую жизнь.

Мы провели исследование среди 148 спортсменов, занимающихся различными видами спорта, проживающих в Саратовской, Пензенской, Псковской области, по поводу их отношения к допингу. Данные респонденты были разделены на две группы: молодые спортсмены, которые занимаются спортом от 1 до 5 лет, и которые находятся в спорте более 5 лет.

Так было установлено, что молодые люди, занимающиеся спортом менее 5 лет, больше склонны к риску ($W=4191$, при $p=0,001$), нежели их коллеги по спорту, занимающиеся спортом более 5 лет. Вероятнее всего, молодые люди убеждены в том, что возможности, которые им представляет жизнь, надо использовать независимо от обстоятельств, так как это способствует приобретению новых знаний и жизненного опыта. В противовес этому показателю выступил показатель резистентности спортсмена по отношению к допинг-легитимирующей субкультуре. А именно, те спортсмены, которые занимаются спортом более 5 лет, в отличие от молодых людей, занимающихся спортом менее 5 лет, оправдывают применение допинга, некритично относятся к негативным последствиям употребления различных допинг-препаратов ($W=5349$, при $p=0,039$).

Таким образом, молодые спортсмены, которые недавно пришли в спорт, не готовы принимать допинг, но готовы к любому риску в спорте, а те спортсмены, которые более длительно занимаются спортом, уже осознанно одобряют принятие допинга в спортивных соревнованиях. Следовательно, если рассматривать динамику становления отношения к применению допинга у молодых спортсменов, можно сказать, что готовность к риску способствует менее критичному отношению к применению фармакологических средств в значимых спортивных состязаниях. Поэтому профилактику социально-психологических установок по отношению к применению препаратов, искусственно стимулирующих организм, необходимо начинать в более раннем возрасте, когда спортсмены только становятся на путь профессионального спорта.

Катаева Н.А., Рязанова Т.В.

РЕВИТАЛИЗАЦИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПРОСТРАНСТВА КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОМФОРТНОСТИ

Управление организационно-информационного обеспечения администрации города Кирова, Центр по работе с детьми, молодежью и семьей «Калейдоскоп» (Киров).

жении 30 лет. Условно нашу опытно-экспериментальную работу по изучению и преобразованию социума можно разбить на несколько этапов.

1 этап (1980-е годы) Создан многопрофильный клуб «Калейдоскоп» в отдаленном и социально-неблагополучном микрорайоне города Кирова. Здесь закладывались основы самоуправления как детей, так и взрослых, составлена социальная карта микрорайона, его воспитательных институтов, создан инициативный совет микрорайона.

2 этап (1990-е годы.) Модель межведомственного социально-педагогического Центра в микрорайоне стала экспериментальной площадкой ВНИКа «Школа-микрорайон» АПН СССР, затем Центра социальной педагогики РАО. В основу межведомственного Центра были включены положения Концепции социального воспитания:

1. Содействие саморазвитию личности, выявление и развитие потенциала личности;
2. Приоритет семейного воспитания;
3. Перенесение акцента с борьбы со следствиями на искоренение социально-психологических причин негативных явлений;
4. Интеграция воспитательных институтов общества: возможность не только оперативной социальной помощи населению, но и выявление и поддержка инициатив граждан по преобразованию среды;
5. Территориальный принцип структурирования социально-педагогических и социально-психологических служб, максимальное приближение к месту жительства, работы, учебы.

3 этап (2000-е годы) Межведомственный социально-педагогический Центр преобразован в муниципальное учреждение «Кировский межведомственный научно-практический центр социальной педагогики», с 2011 года - муниципальное казенное учреждение «Центр по работе с детьми, молодежью и семьей «Калейдоскоп», на базе которого был открыт первый в городе Центр местной активности.

Мониторинг уровня социально-психологической напряженности в 7-тысячном микрорайоне, где работает Центр, проводится постоянно. На вопрос «безопасно ли жить в нашем микрорайоне» в 1995 г. более 80% ответили «нет» и указали разные причины; в 2010 г. соцопрос показал, что 76% опрошенных считают микрорайон комфортным для проживания, 56% отметили, что в микрорайоне хорошие условия для воспитания и обучения детей.

4 этап (с 2010 г.) Муниципальным образованием «Город Киров» разработана «Стратегия социально-экономического развития муниципального образования «Город Киров» на период до 2020 года», в которой особая роль отводится поддержке инициатив горожан по созданию комфортной городской среды и улучшению качества жизни горожан через ревитализацию общественного пространства.

По апробированной модели Центра работы в социуме с 2010 г. в городе Кирове открыты **15 центров по работе с населением по месту жительства «Центров местной активности» (ЦМА)**. В нашей модели на базе ЦМА работают городские общественные приемные, общественный совет территории, где инициатива и активность каждого приветствуется. Важно, что сами жители определяют проблемные вопросы своего общественного пространства, социально-психологические проблемы и совместно с властью, социально-ответственным бизнесом и общественным сектором разрабатывают социальные проекты, направленные не только на обустройство городской среды, а в первую очередь на укрепление добрососедских отношений и социально-психологической комфортности в социуме.

В рамках проектов строятся детские и спортивные площадки, разбиваются скверы и цветники, проводятся праздники домов, дворов, улиц, проводятся благотворительные и социальные акции: «Весенняя неделя добра», «Дерево дружбы», «День соседей», «Добрый Киров», «День любви, семьи и верности», «Добрососедское милосердие». Итоги конкурсов подводятся на традиционном ежегодном «Форуме инициативных граждан» под девизом «Мы – вместе!», на котором вручается Знак общественного признания и соборная грамота.

В 2012 г. администрации города Кирова в здании Правительства г. Москвы был вручен Диплом «Гран-при» за лучшие городские практики на Российском уровне.

Киселева М.А.

ПРОФИЛАКТИКА ПРОДОПИНГОВОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ

Балашовский институт (филиал) Саратовского государственного университета имени Н.Г. Чернышевского (Саратовская обл.).

В настоящее время в спортивной практике усилилась тенденция продопингового поведения спортсменов. Это обстоятельство связано, в первую очередь, с потребностью молодых людей, профессионально занимающихся спортом, достичь предельно высоких результатов. Данная проблема поднимается нами в рамках проекта «Допинг как феномен искаженной самодетерминации молодых спортсменов: системный анализ, пути профилактики», осуществляемого при финансовой поддержке РГНФ (проект № 11-06-00685а).

На наш взгляд, наиболее эффективной мерой профилактики продопингового поведения спортсменов является разработка психологических программ, позволяющих не только влиять на укоренившиеся в сознании установки, вызванные рядом социально-психологических причин, но и формировать отрицательное отношение к применению допинг-препаратов. Основными задачами подобных программ являются: оптимизация осознанного отношения к эффектам применения допинга; формирование ответственного выбора стратегий достижения желаемых результатов в спорте; развитие умений построения эффективных способов достижения спортивных целей молодыми людьми; дифференциация социальных установок, касающихся применения допинга, осознания степени зависимости; оптимизация личностных вкладов в процесс достижения желаемых спортивных результатов.

При построении структуры и содержания психологических программ профилактики продопингового поведения молодых спортсменов необходимо ориентироваться на достижение значимых сдвигов по следующим направлениям личностного развития молодых людей:

1. Темпоральное направление – для актуализации взаимосвязанности прошлого опыта и значимости актов настоящего в контексте построения перспективных планов;
2. Телеологическое направление – для развития антиципации перспективы, построения эффективной модели спортивных достижений;
3. Адаптационное направление – для развития способности принимать объективные ситуации и реалистично оценивать их;

4. Интерпсихическое направление – для развития способности к позитивному мышлению, принятию собственно «Я», ощущению гармонии спортивных и, в целом, жизненных устремлений молодых людей.

Следует особо отметить, что упражнения, включенные в программы профилактики продопингового поведения, необходимо ориентировать на развитие и закрепление в сознании молодежи конструктивных форм реализации желаемых спортивных целей. Кроме того, программы подобного рода позволят нивелировать одну из основных проблем, вызывающую готовность принятия запрещенных допинг-средств, проблему утраты целостного восприятия социально-психологической реальности в контексте построения спортивной карьеры. Необходимо также учесть, что защитные механизмы психики личности срабатывают иногда далеко не предсказуемо, поэтому наряду с психологическим блоком должен быть включен в данные программы и психофизиологический блок, отвечающий за контроль реакций организма молодых спортсменов.

Таким образом, реализация специальных коррекционно-профилактических программ, направленных на нивелирование продопинговых установок у молодых спортсменов, будут способствовать здоровьесберегающему поведению и гармоничному мировосприятию молодых спортсменов.

Колпаков Я.В.

РЕСУРСЫ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ЮНОШЕЙ 14-16 ЛЕТ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФУТБОЛОМ ННЦ наркологии (Москва).

Основные положения исследования. Целью исследования была оценка ресурсов совладающего со стрессом поведения у юношей 14-16 лет, занимающихся футболом. Были обследованы 20 юношей указанного возраста 14-16 лет ($14,6 \pm 0,9$ года), учащихся ДЮСШ г. Москвы по направлению «футбол» в течение последних 3 лет ($2,1 \pm 0,4$ г.) в качестве основной группы, и 20 ($14,3 \pm 1,1$ г.) из средней популяции г. Москвы, не занимающихся никаким видом спорта, в качестве контрольной группы. Использовались следующие психодиагностические методики: 1). «Шкала общей самооффективности» (GSES) Р. Шварцера и М. Ерусалема в русскоязычной адаптации В.Г. Ромека (1996), 2). «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» (MSPSS) Дж. Зиммета в русскоязычной адаптации Н.А. Сироты и В.М. Ялтонского (1994-1996), 3). «Шкалы самооценки» Дембо-Рубинштейн. Статистическая обработка проводилась с использованием программы SPSS 15 © 2008 SPSS Inc. Применялись процедуры дескриптивного анализа, анализа нормальности распределений по критерию Z Колмогорова-Смирнова, анализа значимости различий по критерию U Манна-Уитни и корреляционного анализа с использованием непараметрического коэффициента R Спирмена. Достоверность определялась на уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования. Лишь по одному показателю исследуемые группы достоверно различаются: самооценка по шкале «Счастье» у юношей-футболистов была достоверно выше – $8,25 \pm 2,58$ балла ($SE = 0,62$ балла), чем у юношей из контрольной группы – $6,00 \pm 3,05$ балла ($SE = 0,79$ балла) – $p = 0,033$ ($U = 66,500$; $Z = -2,150$). Общая самооффективность у юношей-футболистов положительно коррелировала с самооценкой красоты ($R = +0,583$; $p = 0,018$), ума ($R = +0,537$; $p = 0,032$), силы ($R = +0,613$; $p = 0,012$) и здоровья ($R = +0,705$; $p = 0,002$). В

контрольной группе юношей общая самооффективность положительно коррелировала с самооценкой счастья ($R=+0,743$; $p=0,002$).

Заключение. Выявленные различия в структуре ресурсов совладающего со стрессом поведения могут учитываться при разработке дифференцированных программ формирования здорового жизненного стиля у юношей 14-16 лет.

Королева Е.В., Серебрякова Т.А.

РОЛЬ КОГНИТИВНОГО КОМПОНЕНТА В СИСТЕМЕ РАБОТЫ ПО РАЗВИТИЮ ТОЛЕРАНТНОСТИ СТУДЕНТОВ ВУЗА

**Нижегородский государственный педагогический университет им.
К. Минина (Нижний Новгород).**

Нивелирование духовных, нравственных, ценностных аспектов бытия нередко приводит сегодня к таким негативным социальным явлениям, как депривационные формы поведения, дизадаптация, негативное отношение к окружающим, а порой и явно выраженная агрессия. Особенно отчетливо это проявляется по отношению к людям другой национальности и культуры. Неприязнь к ним зачастую граничит с абсолютной нетерпимостью к их образу жизни, верованиям, убеждениям, привычкам и т. д.

Целью нашего исследования является разработка подходов к развитию толерантности как личностного образования у студентов вуза.

Методологическую основу исследования составили ключевые положения аксиологии. Основываясь на базовых идеях теории ценностей, мы полагаем, что формирование толерантного отношения к другому человеку, в первую очередь, должно происходить на основе восприятия его как самоценности, что предполагает безоценочное отношение к окружающим, признание, принятие, уважение их, открытость по отношению к ним и т. д. Толерантность, на наш взгляд, является также и показателем интеллектуального развития человека, его готовности обогащать и совершенствовать свои кругозор и поведенческий опыт, в том числе, и посредством расширения сферы своих контактов с людьми, имеющими иную точку зрения, культурные традиции, поведенческий опыт и пр.

Содержательной составляющей нашего исследования является учебный курс «Иностранный (английский) язык».

Задачи, направленные на формирование у студентов толерантности как личностного образования в процессе изучения данной учебной дисциплины:

1. Активизация имеющихся знаний о культуре и традициях других стран.
2. Расширение опыта общения с представителями других культур.
3. Формирование готовности конструктивно отстаивать собственную позицию, не унижая других и не попадая в зависимость от чужих приоритетов.
4. Развитие интеллектуальных умений и творческих способностей при сборе, обработке и интерпретации различных видов культуроведческой информации.

Особое внимание мы уделяли отбору содержания материала, знаний, предлагаемых к изучению студентами. Так, одной из емких тем, изучаемых студентами 1 курса (форма обучения – «бакалавриат») является тема «Great Britain». В систему работы по изучению данной темы мы включили следующие виды деятельности студентов:

1. Чтение и перевод страноведческих текстов по темам, охватывающим быт, культуру, традиции людей, проживающих в Великобритании, которые ориентиро-

ваны на развитие у студентов как языковой и коммуникативной компетентности, так и толерантного отношения к иному национальному миру.

2. Составление на основе той информации, которую студенты получили из прочитанных и переведенных текстов, мини-монологов на темы «London», «Education», «British Meals», «British Literature», «Weather in Britain», «History of London» и т. д.. Акцент при оценке монологов мы делали не только на информативном поле, раскрываемом студентами (объем представленной информации, степень ее осознания, легкость воспроизведения и пр.), но и на «отношенческой» составляющей.

3. Подготовка диалогов по темам «Holidays in Great Britain», «British Meals», «Weather in Britain» с выполнением заданий разного уровня сложности, что способствовало формированию у каждого студента умений и навыков дискурсного поведения, знакомило со спецификой национальной британской культуры.

4. На заключительном этапе спроектированной нами системы работы студентам рекомендовалось подготовить реферат, доклад или презентацию по одной из заинтересовавших тем.

Данная форма работы использовалась нами и как форма контроля эффективности разработанной и апробированной системы занятий по английскому языку, направленной на формирование толерантности как личностного образования студентов. На наш взгляд, если студент с интересом излагает емкий диапазон информации, высказывает свои суждения, умозаключения, отношение к тому, о чем идет речь, можно предположить, что эта информация им усвоена прочно, у него сформировалось положительное отношение не только к излагаемому содержанию материала, но и к людям, являющимся носителями этой новой, не типичной для русских студентов культуры.

Проведение итогового контроля позволяет сделать вывод об эффективности разработанной и предлагаемой к активной реализации в образовательно-воспитательном процессе системы работы по использованию иностранного (английского) языка в целях формирования у студентов толерантности как личностного образования.

Корчинская В.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕКЛАМЫ НА ЦЕННОСТИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Брестский государственный университет (Беларусь).

От того, насколько изучен мир ценностей современной молодежи, ее установки, жизненные планы, во многом зависит эффективность мероприятий, которые разрабатываются в области образования, в сфере работы и занятости. Не понимая того, чем живет молодежь, не понять самой молодежи и ее специфических проблем. По мнению российских и белорусских исследователей, в условиях социально-экономических и политических изменений, происходящих в обществе, особенно трудно приходится молодежи с ее еще неустоявшимся мировоззрением, подвижной системой ценностей. Бездуховность и ее результат – потребительское, эгоистическое отношение к жизни порождают у многих молодых апатию, безразличие к себе и другим, что грозит потерей нравственного и духовного здоровья нации. Поэтому социальные проблемы молодежи должны находиться в фокусе внимания. Определение средств, форм и методов работы с молодежью находится в прямой зависимости от знания экономических, возрастных, психологических и

социальных особенностей данной группы населения, ее социального статуса, проблем и основных тенденций развития молодежной субкультуры в современных условиях.

Изучение психологического влияния социальной рекламы на ценности в юношеском возрасте, а именно социальные ценности, вызывает особый научно-прикладной интерес. Данный интерес вызван особой ролью социальных ценностей в системе социальных характеристик общества и человека. Социальные ценности не только входят в число основных компонентов мотивации человеческой деятельности, но и во многом детерминируют специфику познания индивидом окружающей действительности. Реклама является на сегодняшний день одним из существенных инструментов психологического влияния на массовое сознание. Социальная реклама способна дать молодым людям и обществу понимание самоценности человеческой жизни, воспитать уважение прав и суверенитета личности. Большая часть социальной рекламы рассчитана именно на молодежь.

В исследовании выявлялись особенности психологического влияния рекламного сообщения на социальные ценности личности в юношеском возрасте. В нем приняли участие 120 человек в возрасте от 16 до 18 лет (65 девушек и 55 юношей). Была использована методика «ценностные ориентации» М. Рокича.

Для большинства респондентов (44,3%) главной ценностью-целью является любовь, которая подразумевает духовную и физическую близость с любимым человеком. Второе место занимает свобода (23%). Под свободой понимается свобода от внутренних противоречий и сомнений. Также среди наиболее значимых ценностей-целей респонденты выделяют уверенность в себе (15%), под которой подразумевается самостоятельность, независимость в суждениях и поступках, внутренняя гармония. Следующими по предпочитаемости являются развлечения (10%), здоровье (5,7%) и счастливая семейная жизнь (4,3%), которая может трактоваться двояко: как создание новой семьи либо как изменение уже существующей.

Полученные нами данные демонстрируют, что у большинства респондентов преобладают терминальные ценности личной жизни над ценностями профессиональной самореализации.

Второй этап исследования заключался в непосредственном просмотре испытуемыми рекламных видеороликов, после которого респонденты повторно проходили методики на определение ценностной структуры.

Исходя из тем роликов, мы объединили их в следующие группы: здоровье, семейные отношения, вредные привычки, социальные неурядицы. Повторное проведение методики М. Рокича позволяет говорить о следующих результатах.

Для большинства респондентов по-прежнему главной ценностью-целью является любовь (50,6%). Второе место занимает, как и на первом этапе исследования, терминальная ценность свободы (20%). На третьем месте среди наиболее значимых ценностей-целей респонденты по-прежнему выделяют уверенность в себе (17%).

Произошли изменения в предпочитаемости испытуемыми ценности **психического и физического здоровья** (13%) и **счастливой семейной жизни** (8,2%), а также **продуктивной жизни и жизненной мудрости** (6%). После повторной диагностики респондентов терминальная ценность развлечений занимает последнее место (4,3%).

Таким образом, мы можем сделать вывод, что рекламное сообщение, воздействуя на бессознательном и сознательном уровне, способно изменить чувства, отношения, ценностную структуру личности и поведение человека в целом.

**ПРЕДСТАВЛЕНИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ ОБ ОДНОПОЛЫХ БРАКАХ
Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина (Беларусь).**

Происходящие на постсоветском пространстве процессы демократизации затрагивают различные сферы жизни общества, в том числе и такие фундаментальные как брак и семья. Те разнообразные идеи о возможных формах сексуальности и брака, о которых сегодня активно спорят взрослые, усваиваются подрастающим поколением, и завтра будут ими реализовываться непосредственно в собственной жизни. С этой точки зрения – как перспективы ближайшего будущего страны – представляет интерес исследование представлений молодых людей о нетрадиционных формах брака. В проведенном с этой целью анонимном опросе принимали участие 100 молодых людей в возрасте 18–21 лет.

Обработка данных показала, что большинство опрошенных не являются гетеросексистами и позиционирует себя как сторонников однополых браков (65%). Это свидетельствует о точности прогноза И.С. Кона, который утверждал, что «В первой половине XXI в. ... дискриминация людей по признаку их сексуальной ориентации станет такой же юридически и морально неприемлемой как расизм или антисемитизм» [1, с. 40]. Объясняют свою позицию молодые люди следующим образом (по частоте аргументации): – свобода выбора – 63%; – личное дело каждого – 54%; – любовь – 45%; – бисексуальная природа человека – 10%; – не надо себя «мучить», не следует «портить» себе жизнь – 7%; – у нас «дремучее гомофобное государство» – 3%. Однако, даже признавая право однополых браков на существование, многие из участников опроса отметили, что их сильно раздражает шум по этому поводу в СМИ, а поборникам таких союзов следует быть скромнее и избегать лишней саморекламы.

Противники однополых браков, которых оказалась одна треть опрошенных, доказывают свою правоту через две основные позиции: как невозможность продолжения рода при подобной сексуальности и как болезнь/извращение. Только один молодой человек для объяснения использовал категорию греха («против Божьих законов»).

Уровень толерантности молодых людей относительно воспитания ребенка в однополых союзах оказался значительно ниже, чем относительно права человека на альтернативную форму сексуальности. На вопрос «Могут ли однополые родители воспитывать детей?» ответы в выборке распределились следующим образом: да – 32%, возможно (спорный вопрос) – 23%, нет – 45%.

Положительные стороны для детей, воспитывающихся однополыми родителями, по мнению молодых людей, заключаются в следующем: – атмосфера любви и заботы – 36% (особенно для детей из учреждений интернатного типа), – воспитание терпимости к непохожести – 10%.

Негативные последствия воспитания ребенка опрошенные описывают таким образом: – изгой в обществе (издевательство, нападки и т.п.) – 56%; – проблемы половой самоидентификации («ни мальчик, ни девочка», «сам будет таким же») – 26%; – наличие психических нарушений – 25%; – трудности взаимопонимания с другими людьми из-за непохожести на них – 21%; – усвоение искаженных представлений о браке и семье – 18%; – формирование комплекса неполноценности – 6%.

Содержание ответов демонстрирует, что в сознании молодых людей из различных семейных функций наиболее очевидно представлена функция социализации.

зации ребенка. Причем имплицитно сформировавшееся понимание содержания социализации скорее соответствует эксплицитной концепции интеракционизма как результата межличностного взаимодействия. Вероятно, подобное содержание представлений еще раз демонстрирует селективность сознания, определяющего отбор информации через призму актуальных потребностей, среди которых для молодых людей потребность в общении является одной из основных.

Изменение точки отсчета, а именно приближение ее к системе собственного «Я» значительно трансформирует и имеющуюся картину вариативности ответов. «Примеривание» на самого себя возможности воспитания однополыми родителями со стороны молодых людей категорически и фактически единодушно отвергается («Ни за какие деньги!!!», «Уж лучше мать пьяница, чем мужчина!» и т. п.). Только один из опрошенных отметил, что ему «все равно» какого пола были бы его родители. Также один молодой человек указал, что ему было бы интересно пообщаться с ребенком, который воспитывался в такой семье.

Таким образом, результаты опроса свидетельствуют о происходящей демократизации и гуманизации массового сознания, признающего право самостоятельного выбора человеком формы сексуальности. Однако, используя пространственные понятия, можно зафиксировать, что вариативность форм брака и семьи имеет для молодых людей право на существование только вдалеке от них самих.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кон, И.С. Человеческие сексуальности на рубеже XXI века / И.С. Кон // В поисках сексуальности. – СПб. : «Дмитрий Буланин», 2002. – С. 24–46.

Никитина Л.Е.,

МОЛОДЕЖНЫЙ ЭКСТРЕМИЗМ КАК СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

НИИ семьи и воспитания РАО (Москва).

В 2012 г. канцлер Германии Ангела Меркель, комментируя провал мультикультурного проекта адаптации иностранцев в Европе, заявила: «Эпоха толерантности подходит к концу». Молодежные волнения граждан некоренных и нетитульных национальностей в таких странах, как Италия, Великобритания, Испания, Греция и др., стали уже привычным явлением. Основной причиной молодежных экстремистских бунтов как в Европе, так и в России, большинство экспертов называет то обстоятельство, что русская молодёжь, как и коренная молодёжь любой другой страны, стала чувствовать себя ущемлённой на своей родной земле. Молодежь, убедившись, что бесполезно ждать от власти справедливости в интересах большинства народа, решает восстанавливать социальную справедливость самостоятельно, как она это понимает. В последних опросах ВЦИОМ 2013 г. 35% россиян наиболее реальной опасностью для нашей страны назвали «заселение России представителями иных национальностей» и 33% - «упадок культуры, науки и образования», соответственно поставив эти проблемы на 1 и 2 места. Это своего рода сенсация, поскольку никогда до этого соотечественники не видели угроз своему существованию со стороны мигрантов, а вопросы образования, науки и культуры составляли предмет национальной гордости в течение нескольких столетий.

Однако у данной проблемы есть ещё важнейший аспект. Поскольку речь идёт о молодёжи и подростках, то педагогический контекст рассмотрения уместен, а

поскольку одних педагогических средств для искоренения молодёжного экстремизма недостаточно, уместен также и социальный контекст.

Совершенно очевидно, что следует прежде всего понять, какая именно молодёжь радикальна и готова была биться с омовцами, сидеть в КПЗ, отправляться на тюремные нары. Я вычленил несколько типических групп «буйной» молодёжи:

1. Фанаты «Спартака» и других спортивных группировок, для которых акции на Кронштадтском бульваре и на Манежной площади есть мера солидарности и превентивного контроля за расследованием дела об убийстве одного из товарищей, который был популярен в их среде.

2. Члены радикальных молодёжных группировок, в том числе фашистского толка, для которых эти акции – проба сил и долгожданный повод для демонстрации мускулов.

3. Молодёжь из когорты «рассерженных горожан», которым живётся сытно, но скучно, а перспективы жизнеустройства зыбки и туманны.

4. Стихийная, неорганизованная молодёжь, которая в смутном ощущении несправедливости общественного устройства, лицемерия властей и коррумпированности полиции готова поверить любому лидеру, который знает, что надо делать. И если надо драться против кавказцев, других мигрантов или полиции, то она готова подставить свои головы. Их большинство.

Изменение идеологического формата и, как следствие, информационного поля – насущная социально-педагогическая проблема. Краеугольным камнем идеологической конструкции светского российского государства должно стать понятие **социальной справедливости**, а для этого власть должна выступать гарантом исключения перевеса политического влияния тех или иных групп и слоев граждан (например, силовиков, олигархических кланов, РПЦ, региональных и национальных элит).

Инициатива граждан, направленная в русло борьбы за улучшение жизни, на обустройство гуманной и толерантной среды обитания, должна получить юридически закреплённую норму в виде Закона об общественном (гражданском) контроле. Такой Законопроект будет внесён в Мосгордуму от имени семи политических партий осенью этого года. Участие молодёжи, наиболее активной её части в процедурах общественного контроля явится хорошим социально-педагогическим средством позитивного общественного служения, формирования хозяйского, ответственного отношения к явлениям социальной жизни.

В виду нарастания межэтнической напряжённости следует вести политику мягкой ассимиляции иммигрантов: не допускать образования национальных гетто, закрыть образовательные учреждения с «национальным компонентом» (культивированием национальной идентификации должны заниматься диаспоры в культурных и религиозных формах), не создавать национальные воинские подразделения, передать решение кадровых вопросов в образовательных и иных учреждениях социального блока от администрации трудовому коллективу, например, в школе – педагогическому совету совместно с родительским комитетом) и т. д.

В социально-педагогическом плане целесообразно создание мощной структуры, подобной Коммунистическому Интернационалу молодёжи (КИМ), который вёл бы среди молодых людей разъяснительную работу об экономической, а не национальной или конфессиональной природе общественных проблем и противоречий. МИМ (Московский Интернационал Молодёжи) через непродолжительное время может стать силой метаполитической как сплочённый коллектив лидеров молодёжи, имеющих влияние и связи среди младших членов своих диаспор и, разумеется, русскоязычных москвичей. Иммигранты и гастарбайтеры – самая бес-

правная часть населения Москвы, все они, как правило, молодые люди, одинокие и ущемлённые в своих правах, о них не заботится власть, их притесняет полиция, и они будут благодарны молодым москвичам, протянувшим им руку дружбы.

Зачастую под толерантностью понимается нравственный нигилизм, индифферентность к различным порокам, религиозной истине, к тем ценностям, которые веками формировались в стране. Такое понимание толерантности имеет мало общего с истинным смыслом этого важнейшего принципа организации общественной жизни в XXI веке. Толерантность базируется на самодостаточности и достоинстве личности. Антипод толерантности – экстремизм, и делать выбор не в пользу толерантности значит делать его в пользу экстремизма.

Силаева Е.Г.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ВОЛОНТЕРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ МОЛОДОГО ЧЕЛОВЕКА **Средняя школа № 838 (Москва).**

В условиях резкой трансформации традиционных социальных институтов и ценностей в современном обществе процесс социализации молодежи – активного взаимодействия с социальной средой – существенно затрудняется. Оканчивая образовательное учреждение, призванное осуществлять главным образом его подготовку к прохождению государственной аттестации, юноша зачастую оказывается не готов к подобному деятельному диалогу с обществом. Будучи социально неразвитым – не имея рефлексированного самосознания и коммуникативных навыков, не стремясь к социальной ответственности и созиданию, он легко усваивает ценности потребительского образа жизни или становится объектом влияния деструктивных организаций. В связи с этим актуальным является вопрос поиска (или создания) эффективных механизмов вхождения молодого человека в общество.

Одним из таких механизмов, позволяющим удовлетворять социальные потребности и развивать ценные для общества качества личности, может считаться участие в социально-ориентированном волонтерстве, практика осуществления которого требует от молодого человека освоения конкретных приемов деятельности и коммуникации, в целом изменения самосознания. Российские и зарубежные исследователи отмечают многочисленные *достоинства и позитивные психологические эффекты* участия в такого рода волонтерстве – добровольном безвозмездном непрофессиональном общественно-полезном труде – для социализации личности. Среди них специалисты отмечают развитие таких качеств, как социальная ответственность, активность, альтруизм, инициативность, толерантность, гуманность, доброжелательность, коммуникабельность и т. д., а также указывают, что волонтерская деятельность в целом способствует эффективной личностной самореализации и повышению самооценки.

Сегодня на добровольчество /волонтерство в нашей стране возлагаются большие надежды как в плане реформирования социальной системы общества, так и в плане гуманизации сознания личности, повышения ее социальной активности и ответственности. Вместе с тем, волонтерская деятельность сама по себе не может рассматриваться в качестве своеобразной «панацеи» – универсального средства для решения всех социальных проблем современного человека. Как и всякая помогающая деятельность, предполагающая соприкосновение с травматическими психическими состояниями человека, социально-ориентированная волонтерская деятельность оказывается сопряженной с возможностью развития такого

«профзаболевания» как психологическое выгорание. Установлено, что психологическое выгорание в помогающей деятельности проявляется в повышенной утомляемости, возбудимости, тревожности, психосоматических заболеваниях, деформации общения. По отзывам практиков и организаторов волонтерского движения, выгорание достаточно распространено среди российских добровольцев и имеет под собой внутриличностные причины.

Между тем, большинство российских исследователей рассматривает волонтерство исключительно в позитивном ракурсе, в отличие от зарубежных авторов, менее восторженно и более критично оценивающих влияние участия в волонтерской деятельности на личность добровольца. Так, в изданных в Великобритании методических рекомендациях для координаторов волонтеров указывается на возможность развития *не осознаваемого волонтером* «эффекта сгорания». На возможность психологического выгорания волонтеров указывают и некоторые российские ученые, отмечающие необходимость *умелого* использования добровольцами социально-психологических технологий. Феномен психологического выгорания имел место в тех случаях, когда у добровольцев присутствовали завышенные ожидания в отношении волонтерской деятельности (они пытались найти в ней смысл жизни, уход от решения своих личных проблем), а также низкий уровень коммуникативной культуры и организаторских способностей.

Как утверждают зарубежные исследователи, снизить риск развития психологического выгорания могут специально организованные отбор, обучение и сопровождение волонтеров в ходе осуществления ими добровольческой деятельности. Российский исследователь Л.В. Вандышева (2006), в связи с этим приходит к необходимости введения понятия *готовность* к волонтерской деятельности, под которым автор подразумевает интегративное личностное свойство, предполагающее наличие у потенциального добровольца необходимых знаний, ценностей и мотивов.

К сожалению, в нашей стране проблема специальной подготовки и сопровождения «помогающей» деятельности волонтеров хотя и осознается в добровольческой среде, но пока не получила повсеместного распространения, поэтому проблема выгорания по-прежнему остается весьма острой для российского «помогающего» сообщества.

Тарханова П.М.

ФИЗИЧЕСКИЙ ПЕРФЕКЦИОНИЗМ КАК ФАКТОР ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Под термином «физический перфекционизм» понимается система личностных представлений и установок, связанных с внешним видом: повышенная озабоченность своей внешностью, стремление к соответствию высоким стандартам тела и к достижению наилучших результатов в борьбе за идеальную фигуру [2]. В настоящее время, когда видимые, поверхностные атрибуты успеха и благополучия становятся все более значимыми, а средства массовой информации принимают все более активное участие в создании культа внешней привлекательности и навязывании людям нереалистичных стандартов и эталонов [4], исследование данного феномена приобретает особую актуальность. Однако, несмотря на это, он до сих пор остается слабоизученным. В отечественной и зарубежной научной литературе

известны всего несколько исследований физического перфекционизма как самостоятельного феномена [1, 2, 3, 5, 6].

Целью настоящего исследования было изучение выраженности физического перфекционизма у современной молодежи из провинциальных и столичных городов России, а также установление связи данного явления с эмоциональной дизадаптацией и семейными дисфункциями. В исследовании был использован методический комплекс, включающий в себя 5 методик: Шкала физического перфекционизма (А.Б. Холмогоровой совместно с А.А. Дадеко); Шкала перфекционизма (разработана Н.Г. Гаранян совместно с А.Б. Холмогоровой); Шкала депрессии (BDI, Beck et al, адаптация Тарабрина); Опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (СЭК Холмогорова, Воликова).

Всего было обследовано 250 испытуемых в возрасте от 18 до 23 лет. Из них 150 молодых людей (75 юношей и 75 девушек), проживающих в российских мегаполисах (Москва и Санкт-Петербург) и 100 молодых людей (50 юношей и 50 девушек), проживающих в провинциальных городах России (Саранск, Брянск, Мурманск, Владимир, Тверь.).

Полученные данные подтверждают гипотезу о том, что физический перфекционизм выражен значимо интенсивнее у жителей мегаполисов. Так, своим весом не удовлетворены больше половины столичных юношей и девушек, тогда как в провинции этим показателем довольно подавляющее большинство их ровесников. Жители мегаполисов также активнее вовлекаются в различную деятельность по совершенствованию своей внешности: они чаще предпринимают попытки сбросить вес, тщательнее обдумывают, как подчеркнуть достоинства и скрыть недостатки своей фигуры, и проявляют большую готовность прибегнуть к помощи пластической хирургии. Юноши и девушки из Москвы и Санкт-Петербурга уделяют большее внимание и внешности окружающих: они склонны замечать малейшие недостатки во внешнем виде других людей. При сравнении обследованных групп по уровню общего перфекционизма было обнаружено, что у столичной молодежи он также выражен сильнее, чем у провинциальной. Жители Москвы и Санкт-Петербурга в большей степени склонны сравнивать себя с окружающими и воспринимать их как делегирующих ожидания. Кроме того, они обладают завышенными притязаниями и требованиями к себе и склонны устанавливать высочайшие стандарты деятельности, ориентируясь исключительно на полюс самых успешных людей.

Корреляционный анализ показателей физического перфекционизма и симптомов эмоциональной дизадаптации подтверждает выдвинутую гипотезу о наличии значимой связи между исследуемыми феноменами. Наиболее тесная связь физического перфекционизма с симптомами депрессии и тревоги обнаруживается в группе девушек из мегаполисов. В группе юношей из провинции статистически значимых корреляций обнаружено не было. Результаты исследования семейных факторов физического перфекционизма демонстрируют взаимосвязь данного явления с общим показателем дисфункциональных эмоциональных коммуникаций. В семьях юношей и девушек с высокими показателями по физическому перфекционизму чаще отмечаются: 1) критичное отношение со стороны родителей в адрес ребенка, когда он допускает ошибки в какой-либо деятельности, особенно при сравнении с другими более успешными детьми; 2) семейный перфекционизм, выражающийся в воспитании ребенка в духе очень высоких стандартов и стремления к совершенству; 3) стремление семьи скрывать, лакировать, не видеть и не выдавать окружающим свои проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арина Г.А., Мартынов С.Е. Средства массовой информации как фактор возникновения озабоченности собственной внешностью в юношеском возрасте // Культурно-историческая психология. 2009. № 4.
2. Холмогорова А.Б., Дадеко А.А. Физический перфекционизм как фактор расстройств аффективного спектра в современной культуре. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 3. URL: <http://medpsy.ru>
3. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Дисс. докт. психол. наук. - М., 2006.
4. Соколова Е.Т. Нарциссизм как клинический и социокультурный феномен // Вопросы психологии. 2009. № 1.
5. Srivastava K. Conceptualization and Development of the Appearance Perfectionism Scale: Preliminary Evidence for Validity and Utility in a College Student Population. A Thesis for the Degree of Bachelor of Science. University of Michigan, 2009.
6. Yang, H. and Stoeber, J. The Physical Appearance Perfectionism Scale: Development and preliminary validation // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2012. Volume 34 (1). pp. 69-83.

Трифонов Ж.Н.

ФОРМИРОВАНИЕ ЖИЗНЕННЫХ ПОЗИЦИЙ У ПОДРОСТКОВ ПОСРЕДСТВОМ ЗНАКОВ И СИМВОЛОВ КОЛЛЕКТИВИЗМА (НА ОСНОВЕ ИДЕЙ А.С. МАКАРЕНКО)

**Московский городской психолого-педагогический университет (Москва),
La Sapienza Первый Римский Университет (Италия).**

В эпоху развитого социализма в России проблема символики и ритуалов освещалась в нескольких аспектах: культурно-историческом, педагогическом и социально-психологическом. Советская психолого-педагогическая наука уделяла серьёзное внимание значению знаков и символов в воспитании детей и молодёжи. Знаки, символы, ритуалы использовались в работе с детьми и подростками как один из инструментов формирования у них определенной жизненной позиции, соответствующей советской идеологии, которая требовала от каждого понимания своей роли в коллективе и умения определить перспективы своего участия в его жизни. Эмоциональная сфера детей, подростков и юношества также испытывала на себе влияние идеологии и не последнюю роль в этом сыграли эмблемы и символы, несущие в себе содержание коллективизма.

В педагогической литературе, посвященной исследованию проблемы символов, знаков и ритуалов, отмечается ценность положений и методов системы А.С. Макаренко. В его работах, включая «Педагогическую поэму», подробно описывается использование педагогами колонии символов и ритуалов в воспитании подростков (военный строй, военная символика и др.). Все эти знаки, символы, ритуалы близки по форме и содержанию, они призваны оказывать социально-психологическое влияние на подрастающее поколение, развивать у них такие важные качества, как ответственность, взаимная поддержка, активное участие в жизни коллектива, доброжелательность, и формируют способность работать в коллективе и на коллектив.

В настоящее время в России отсутствуют государственные массовые детско-юношеские организации, имеющие общую идеологическую и символическую

значимость. Молодежная субкультура имеет свою идеологию и символику, которая носит частный, узкоспециальный характер, не влияя на базовые личностные качества. Эта идеология может иметь как положительное, так и отрицательное влияние на школьников всех возрастов, особенно на подростков, ведь именно в этом возрасте формируется такое новообразование, как «взрослость».

Возникает необходимость более осознанного обращения к таким эффективным инструментам воспитания, как знаково-символические средства, атрибутика, и особого внимания здесь заслуживают знаки и символы коллективизма, оказывающие влияние на глубинные процессы формирования личности. В связи с этим необходимо выявить состав знаков и символов, распространенных в современной молодежной среде; представления современных старшеклассников о таких ценностях, как взаимная поддержка, коллективизм, поддерживающие и понимающие взаимоотношения, личная ответственность за себя и за близких, самостоятельность и др.

Решение проблемы эффективности использования знаков и символов коллективизма в процессе воспитания требует также реабилитации и актуализации взглядов А.С. Макаренко на коллективизм с помощью проведения параллелей между принципами и положениями его системы и современными взглядами на развитие личности. А.С. Макаренко создавал коллектив как средство перевоспитания и ресоциализации по схеме не «сверху вниз», а «снизу вверх», поэтому коллектив вообще и первичный коллектив, в частности, были тем местом, где происходил весь процесс перевоспитания.

Педагогика впитывает разнообразные методы для достижения поставленных воспитательных задач. Одним из самых действенных методов является обращение к атрибутивным средствам – символам, эмблемам, другим знакам, несущим воспитательное содержание, имеющим ярко выраженную способность развивать произвольную саморегуляцию личности. Любые знаки и символы являются носителями актуальных социокультурных норм и ценностей

Символы опосредуют передачу накопленного в человеческой культуре опыта и ценностей – нравственных идеалов, достижений науки, искусства, техники – благодаря символам общечеловеческий опыт становится индивидуальным личностным опытом. Символы выполняют также функцию регулятора поведения и деятельности человека, они являются инструментами осознания и своеобразным ориентиром, размечающим картину мира субъекта, благодаря чему могут служить эффективным средством воспитания подрастающего поколения.

Символы выделяются среди прочих педагогических средств способностью емко, наглядно и образно фиксировать и выражать духовные и материальные ценности.

Механизм влияния визуальной атрибутики давно изучен, он очень эффективен, поэтому процесс создания визуальных эмблем сейчас взят на вооружение PR-менеджмента.

Для идеи коллективизма визуальная атрибутика ценна, в первую очередь, тем, что она позволяет быстро и эффективно идентифицировать участника того или иного коллектива. Хороший коллектив способствует решению проблем личностного и профессионального самоопределения его членов, и символы, отражающие идею коллективизма, будут оказывать воспитательное воздействие не сами по себе, а как носители определенных идей.

ФОРМИРОВАНИЕ БЕЗОПАСНОГО СТИЛЯ МЕДИАПОТРЕБЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Удмуртский государственный университет (Ижевск).

Медиапотребление - это социальная практика использования коммуникационных средств (медиа) для получения и освоения определенного символического содержания и осуществления социальных связей и взаимодействий. Большая часть современных молодых людей, учащихся общеобразовательных и профессиональных учреждений, имеет весьма отдаленные и размытые представления о приёмах критического анализа или структурно-содержательной систематизации накапливаемой информации, не обладает умениями и навыками, обеспечивающими эффективный самоконтроль в сфере потребления медиаинформации. При этом каждое новое поколение учащихся и студентов сталкивается с необходимостью освоения и когнитивной переработки всё большего количества информации, хранящейся на бумажных и электронных носителях в библиотеках, на Интернет-сайтах и порталах. Все эти ресурсы содержат в различных объемах как полезную, так и бесполезную, а иногда и явно деструктивную информацию. Наиболее страдающей категорией в такой ситуации являются добросовестные школьники или высокомотивированные студенты. **Медиазависимость** означает неспособность человека самостоятельно управлять информационными потоками и прерывать состояния бесконтрольной медиаактивности, препятствующие его социальной адаптации, личностной самореализации и пребыванию в состоянии эмоционального равновесия.

Открытие новых возможностей медиапотребления в целях личного и профессионального роста может осуществляться лишь посредством **формирования в процессе образования следующих компетенций:**

- 1) способности гибко и оперативно анализировать поступающие медиатексты, считывая вложенные в них подтексты и выстраивая собственное видение контекста из внешне разрозненных единиц-сообщений;
- 2) способности чётко осознавать и интерпретировать возникающие познавательные проблемы как «точки роста», как задачи, требующие и имеющие решение;
- 3) способности обобщать большие массивы тематически связанной информации и трансформировать их в принципиально новое сообщение, смысл которого не является механической суммой охваченных единиц информации;
- 4) способности поддерживать необходимое количество времени интеллектуально продуктивные состояния, обеспечивающие видение новых возможностей.

Совокупность этих информационно-познавательных компетенций определяет и формирует индивидуальный стиль медиапотребления студента. **Индивидуальный стиль медиапотребления** - это поведенческие стереотипы, эмоциональные реакции и когнитивные навыки.

Целью нашей опытно-экспериментальной работы являлось изучение индивидуального стиля медиапотребления студентов 1 и 2 курсов Института педагогики, психологии и социальных технологий Удмуртского госуниверситета и влияние процесса обучения на формирование информационно-познавательных компетенций для обеспечения безопасного медиапотребления. Было протестировано 29 студентов специальности «Психолого-педагогическое образование» первого года обучения и эти же студенты на втором курсе с помощью опросника «Индивиду-

альный стиль медиапотребления» (Ю. Долгов, А. Коповой, Г. Малюченко, В. Смирнов).

Уровень включенности респондентов в медиaprостранство от первого ко второму курсу падает, также уменьшается мотивация к получению информации только из таких источников, как электронные СМИ. Судя по всему, причиной снижения результата являются требования учебного процесса больше читать, получать информацию из книг, журналов - научно обоснованных источников. Продуктивность расхода времени на поиск и обработку нужных данных растет, улучшается способность распределения и оптимизации времени, затрачиваемого на получение информации, потребление медиаинформации в большинстве случаев приобретает все более целенаправленный, осознанный характер. Критичность при восприятии медиаинформации у студентов ко второму курсу повышается, повышается саморефлексия в отношении объективного значения и личностного смысла воспринимаемой информации. Развивается способность к сравнительному анализу качества сообщений, исходящих из медиaprостранства, выделению конструктивных идей. Респонденты учатся улавливать истинное назначение медиасообщений, у них формируются своеобразные фильтры в восприятии и потреблении медиаинформации.

Таким образом, сравнение полученных результатов свидетельствует об изменении стиля медиапотребления у студентов в течение уже только одного года обучения в ВУЗе в сторону повышения целенаправленности на научно обоснованную информацию, критичности ее восприятия, избирательности, продуктивности.

В условиях экспансивного развития масс-медиа усилия педагогов с целью обеспечения безопасности медиапотребления должны быть направлены на то, чтобы научить студентов:

1) внимательно отслеживать воспринимаемые потоки информации, осознанно их воспринимать и критично оценивать, автономно и оперативно дифференцировать поступающие сообщения по их актуальной значимости, источникам и причинам возникновения (**когнитивная задача**);

2) адекватно оценивать ценностно-смысловую нагрузку медиaproдуктов, информационных сообщений, выделяя ключевые смыслы и сопоставляя вкладываемые в них ценности с собственной системой ценностей, а также теми ценностями, которые являются доминирующими среди их ближайшего окружения (**воспитательная задача**);

3) полностью или частично блокировать информацию, провоцирующую аффективные реакции, возникновение эмоционального дисбаланса, непродуктивных конфликтов с окружающими (**воспитательная задача совершенствования волевой и эмоциональной сфер**);

4) активно формировать и поддерживать наиболее полезную для адаптации и личностной самореализации информационную среду (**образовательно-воспитательная задача**).

5) формировать активную **субъектную позицию** студента в образовательном процессе.

Обучающимся необходимо и далее повышать свою информационную компетентность, что, безусловно, является обучающей задачей. Развитие же рефлексивных способностей и критичности восприятия медиаинформации - это также и воспитательная задача учебного процесса в ВУЗе.

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ЕГО ПОЗИТИВНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ

**Институт экономики и управления в медицине и социальной сфере
(Краснодар).**

В современной психологии существует немало работ, посвященных изучению факторов успешной социализации детей и подростков. В ряде концепций психического развития отчетливо просматривается связь между успешностью социализации ребенка и переживанием им чувства нужности, значимости для другого, т. е. его востребованности значимыми другими. Востребованность личности порождается ее способностью к своевременному проявлению активности в лично- и социально-значимой деятельности при одновременном учете требований к ней со стороны социума, а точнее конкретной социальной среды, в рамках которой личность осуществляет свою деятельность. В зависимости от вклада социума, личности и в дальнейшем профессии можно выделить различные этапы формирования и стили востребованности, обусловленные доминирующими отношениями между составляющими системы. Анализ востребованности личности ребенка как необходимого условия его позитивной социализации и посвящения данная статья. В целом результаты данного анализа можно представить в виде следующих положений.

На начальных этапах персоногенеза формируются психологические предпосылки социальной востребованности, при этом доминирующее влияние на становление системы востребованности оказывают отношения между системами «социум–личность». Глобальная зависимость маленького ребенка от социума предопределяет необходимость согласования потребностей ребенка и возможностей их удовлетворения в рамках конкретной социальной ситуации развития. Одним из важных приобретений первого года жизни в случае разрешения противоречия становится сформированная имплицитная картина мира, одной из основных составляющих которого является ценность и значимость Я.

В период раннего детства разрешение противоречия между потребностью ребенка в проявлении активности и необходимостью ее соизмерения с социальными нормами способствует формированию у ребенка имплицитной системы ориентации в социально приемлемом, а значит, и востребованном и социально неприемлемом (не востребованном) поведении.

Не превалярующая, но все еще значительная зависимость ребенка от социума, а также происходящие изменения в личности обуславливают вклад в формирование системы востребованности в дошкольном и младшем школьном возрастах социальной и личностной составляющей, что позволяет определить этот этап как социально-личностный. В дошкольном возрасте внеситуативно-личностное общение со значимыми взрослыми способствует усвоению ребенком норм и правил поведения и сознательному следованию им. Участие в специально организованной деятельности способствует знакомству ребенка с «основными смыслами» человеческой деятельности и впервые подводит его к осознанию, что социум в нем нуждается. Это начальный период в формировании потребности в труде и понимании общественной полезности результатов труда.

В рамках учебной деятельности происходит формирование индивидуального стиля деятельности и навыков саморегуляции деятельности и поведения, что чрезвычайно важно в становлении как компетентностного, так и эмоционально-волевого компонента востребованности.

Мощные личностные изменения и значимость референтной группы для подростка позволяют говорить о личностно-социальном этапе востребованности. Становление личности в предыдущие возрастные периоды отражает фактически ее способность к адаптации в социуме, что предполагало овладение средствами и формами деятельности на основе усвоения социальных ценностей и норм. В подростковом возрасте индивидуализация личности предполагает разрешение противоречия между необходимостью «быть таким, как все» и стремлением личности к максимальной персонализации. Имея представление о социально востребованном поведении, личность проверяет возможные границы и варианты его проявления. Кроме того, данный возраст является начальным этапом в становлении профессионального самосознания. Характерный для большинства подростков неосознанный выбор профессии, а также ориентация на внешнюю эмоциональную привлекательность отдельных сторон профессии свидетельствуют об их неготовности включаться в систему отношений «личность–профессия», отсутствие ориентации в востребованных профессиях в социуме – в систему отношений «социум–профессия», что отражает допрофессиональный период в становлении системы социально-профессиональной востребованности личности.

Важно отметить, что переживание ребенком его востребованности близкими не только создает основу для успешной социализации на этапах детства и подростничества, но и выступая в качестве основания для формирования стиля востребованности (в частности, стиль В2 – максималист, стремящийся к успеху и склонный к риску; стиль В1 – зрелая личность с выраженным социальным интересом, способная своевременно объективировать свою активность) предопределяет в дальнейшем успешность достижения личностью востребованности социумом, а значит и социализации уже в зрелом возрасте. Учитывая, по А. Адлеру, значимость для формирования личностных стилей начальных этапов персонификации, важно подчеркнуть, что переживание ребенком чувства ненужности не только способствует выработке стилей Н3 (незрелая зависимая личность, не доверяющая миру и себе, высоко подвластная средовым воздействиям), Н2 (незрелая депрессивная личность с выраженным комплексом неполноценности) и Н1 (созерцатель, не готовый к изменениям, ожидающий поддержки от других), но и препятствует эффективности социализации личности не только в периоды детства, но и в зрелом возрасте.

Хвастунова Е.П.

СОЦИАЛЬНЫЕ ОГРАНИЧИТЕЛИ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

**Волгоградский государственный социально-педагогический университет
(Волгоград).**

Определяющую роль в процессе социализации имеют её первичные стадии, связанные с формированием элементарных форм существенного поведения, а основными причинами неуспешной социализации являются органическая или функциональная недостаточность (в первую очередь, психических функций) и недостаточно четкая деятельность институтов и агентов социализации (семьи и родителей, образовательных учреждений и воспитателей и др.). Учитывая негативные показатели здоровья россиян с инвалидизацией значительной части трудоспособного населения и кризисной демографической ситуацией в стране, всё более актуальной медико-социальной задачей становится повышение эффективности социа-

лизации лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе и вследствие психических и поведенческих расстройств. В рамках последних особое место занимает умственная отсталость (УО), которая является одним из наиболее распространенных нарушений развития и встречается не менее, чем у 3-5% населения, оказывает значительное влияние на качество жизни самого человека, его семьи и общества в целом.

УО выявляется в детском возрасте и часто является основанием для установления инвалидности. В частности, согласно форме № 19, в 2011г. в Волгоградской области было зафиксировано 675 детей-инвалидов 0-17 лет вследствие УО (что составило 51,2% в структуре инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения и 10,1% в структуре инвалидности вследствие всех зарегистрированных заболеваний); в том числе в возрасте 0-4 года - 22 ребёнка (41,5% и 1,6% соответственно), в возрасте 5-9 лет - 143 (37,2% и 7,2%), в возрасте 10-14 лет - 243 (51,7% и 12,8%) и в возрасте 15-17 лет - 267 (65,0% и 18,9% соответственно).

УО отличается большой вариабельностью выраженности клинических проявлений и, соответственно, разными возможностями социализации, но более 80% подростков, находящихся в школах-интернатах 8-го типа после их окончания могут поступить в ПТУ и получить ряд простых специальностей, дающих возможность успешнее адаптироваться в социуме (для мальчиков, в первую очередь, это такие специальности, как строитель, каменщик, штукатур-маляр, слесарь/плотник; для девочек - швея, вязальщица, пошивщица).

Однако, согласно проведенному исследованию в Волгоградской области, до 20-25% выпускников вспомогательных школ (школ-интернатов 8-го типа) в последующем переводятся в дома-интернаты для хронически психически больных не столько по медицинским, сколько по социальным основаниям вследствие невозможности трудоустройства и решения жилищных проблем (данные подростки имеют легкую УО и в последующем способны освоить простые специальности и работать в них, самостоятельно проживать). Но оформление в дом-интернат для хронически психически больных фактически означает, что вся последующая жизнь человека будет связана с этим учреждением и в редком, лучшем случае его статус будет не «пациент дома-интерната для хронически психически больных», а «обслуживающий персонал» (дворник, сторож и т. п.), т. е. по сути дела его социализация будет самой минимальной.

Одной из возможностей активизации взаимодействия с социальной средой рассматриваемой категории детей и подростков является их вовлечение в спортивную и художественную деятельность, однако эти социальные практики не реализовывались в имеющихся школах-интернатах 8-го типа и, естественно, в домах-интернатах для хронически психически больных.

Таким образом, проведенное исследование позволяет констатировать, что во многих случаях именно противоречащие современным этико-правовым подходам социальные «ограничители» способствуют низкому уровню социализации подростков с УО.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ**ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОГО ВОСПИТАНИЯ МОЛОДЕЖИ В ВУЗЕ**

Марийский государственный университет, Институт педагогики и психологии (Йошкар-Ола).

Анализ многолетней работы по духовно-нравственному воспитанию студенческой молодежи позволил выделить ряд проблем, сдерживающих достижение высоких результатов, к числу которых относятся:

- ✓ размывание духовно-нравственных ориентиров средствами массовой информации;
- ✓ снижение роли семьи в формировании ценностных ориентиров;
- ✓ утрата веры, появление духовного вакуума в связи со сменой идеологических ориентаций;
- ✓ приоритет материальных ценностей; и др.

В настоящее время особую роль приобретают проблемы формирования духовного, нравственного и физического здоровья подрастающего поколения, воспитания нового типа граждан – истинных патриотов, самостоятельно мыслящих, активно действующих, обладающих интеллектуальным потенциалом и нравственными принципами. При этом недостаточно изученными являются аспекты организации работы по духовно-нравственному воспитанию студентов в условиях высшей школы на основе православной педагогики. Сущность православного воспитания, его цель, принципы, содержания и методы отражены в трудах отцов и учителей Церкви, которые по праву считаются лучшими педагогами своего времени.

По инициативе студенчества и преподавателей кафедры дошкольной и социальной педагогики на базе Института педагогики и психологии МарГУ (Йошкар-Ола) в 2012 г. был открыт Клуб православной молодежи «Пока горит свеча». У Института большой потенциал организации работы со студенческой молодежью по направлению их духовно-нравственного воспитания. Результаты анкетирования показали, что подавляющее большинство опрошенных студентов – это православная молодежь, желающая расширить знания об истоках своей культуры. Название для клуба «Пока горит свеча» было выбрано студентами большинством голосов.

Совместно со студентами, пожелавшими стать активными участниками Клуба, разработана программа работы, в которую включены различные формы: благотворительные акции, оказание помощи людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, паломнические поездки по святым местам, Фестиваль православной песни, фотоконкурс «Красота Божьего мира», конкурсы «Рождество Христово» и «Пасхальная радость», беседы, встречи со священнослужителями, круглые столы, просмотр и обсуждение православных фильмов и др.

Студенты принимают активное участие в оформлении постоянно действующего стенда «Вестник Православия». Он содержит следующие направления: православный календарь, азы Православия, «Непознанный мир Веры», информация о мероприятиях Клуба, паломнические поездки, педагогическая копилка. Издаются информационные письма, буклеты, памятки на православную тематику; создаются презентации и фильмы по различным аспектам православной культуры; комплектуется библиотечный фонд литературы.

Также организуются Музыкальные гостиные, тематические праздники, театрализованные представления с участием наших студентов совместно с воспитанниками ГКУ РМЭ «Социальный приют для детей «Теплый дом» (Йошкар-Ола). В

2012 г. проведена Межвузовская студенческая научно-практическая конференция «Актуальные проблемы духовно-нравственного воспитания подрастающего поколения». Проведен Фестиваль православной песни «И чтобы ангелы запели». Представители Клуба приняли участие в работе Пасхальной ярмарки. Все собранные от продажи сувениров средства направлены на благотворительные цели. С экскурсиями посетили храмы г. Йошкар-Ола. Состоялась паломническая поездка в Раифский Богородицкий монастырь - крупнейший действующий мужской монастырь [Казанской епархии Русской православной церкви](#).

Духовно-нравственное воспитание студенческой молодежи является ключевым фактором успешного развития страны в настоящем и будущем, обеспечения духовного единства народа и объединяющих его моральных норм и духовных ценностей, политической и экономической стабильности.

Шемякина Т.В.

ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ИНФОРМАТИЗАЦИИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Магнитогорский государственный университет (Челябинская обл.).

Психологическое здоровье детей рассматривается сегодня как смыслообразующая и системообразующая категория профессионализма психологов образования; проблема психологического здоровья – это вопрос о норме и патологии в духовном развитии человека, основу которого составляет нормальное развитие человеческой субъективности. В связи с распространением информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) приобретает новое значение проблема влияния орудий на психическую деятельность человека. Это связано с недостаточностью знаний о способах использования новых технологий, психологических последствиях их применения, а также спецификой данных средств. Так как психологическое здоровье относится к личности в целом, следует также целостно рассматривать влияние информатизации на сознание и поведение человека, начиная отслеживать эти процессы с детского возраста.

Современное поколение детей выросло в «цифровом мире», для них это уже неотъемлемая среда. ИКТ активно проникают в дошкольное детство, компьютерной грамотности обучают в детском саду, дублируя школьную программу, достаточно много публикаций по их мнимой пользе. Проект федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования (ФГОС ДО), который вынесен в настоящее время на общественное обсуждение, не предусматривает использование ИКТ в дошкольных учреждениях. Детству «вернули» полноценную игровую деятельность, которую, по данным психологов, дети разучились организовывать. Нужно сделать так, чтобы, играя в компьютерные игры, дети не заигрались, чтобы они общались со своими сверстниками и взрослыми, а не только с виртуальными героями. По мнению разработчиков, ФГОС ДО нацелен на развитие мотивации к познанию и творчеству, направлен на формирование личности ребенка. К задачам и требованиям реализации стандарта относятся охрана и укрепление физического и психического здоровья детей, эмоциональное и морально-нравственное благополучие воспитанников.

В основе ФГОС начального общего образования (НОО) лежит системно-деятельностный подход, который предполагает: воспитание и развитие качеств личности, отвечающих требованиям информационного общества. ФГОС НОО устанавливает, что личностные результаты освоения основной образовательной

программы НОО должны отражать развитие самостоятельности и личной ответственности за свои поступки, в том числе в информационной деятельности, на основе представлений о нравственных нормах, социальной справедливости и свободе. Метапредметные результаты освоения основной образовательной программы нацеливают выпускника начальной школы быть грамотным и уверенным пользователем ИКТ. Готова ли психика ребёнка младшего школьного возраста к таким новообразованиям, и какая ответственность возложена на педагогических работников начальной школы по формированию личности младшего школьника?

Психологических исследований, насколько технологии способствуют развитию познавательной сферы, как влияют на эмоции и чувства ребёнка, его сознание и поведение недостаточно, но ИКТ активно внедряются в современную начальную школу. Опасность состоит в восприятии детьми ИКТ не как инструмента, а как источника знаний, поэтому использование технологий в НОО должно быть обоснованным и психологически безопасным. Современные дети младшего школьного возраста, приобщённые к ИКТ, имеют больше проблем со здоровьем, недостаточно эмоционально развиты, педагоги отмечают падение нравственного уровня. Учителя и родители обеспокоены развитием у школьников компьютерной и интернет-зависимости, чрезмерным использованием различных гаджетов. Последствия компьютерной зависимости для физического здоровья общеизвестны: ухудшение зрения, нарушения опорно-двигательного аппарата и пищеварительной системы, общее истощение организма. Хотя ФГОС НОО гарантирует укрепление физического и духовного здоровья обучающихся, однако пока мало что делается для более глубокого исследования и нейтрализации негативных аспектов влияния информатизации на психологическое здоровье детей.

На наш взгляд, активное применение ИКТ в начальной школе не соответствует возрастным, психологическим и физиологическим особенностям детей младшего школьного возраста, негативно сказывается на учебной деятельности, изменяет процесс идентификации, не способствует здоровьесбережению. Поэтому не вызывает сомнения тот факт, что сегодня большинство детей требует той или иной психологической помощи, так как находится под воздействием неблагоприятных факторов, одним из которых является ранняя информатизация.

Шустова Н.Е.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ В КОНТЕКСТЕ ДОПИНГОВЫХ ПРОБЛЕМ

**Балашовский филиал Саратовского государственного университета им.
Н.Г. Чернышевского (Саратовская обл.).**

Из всего спектра факторов, способствующих достижению высоких спортивных результатов, в рамках научно-исследовательского проекта «Допинг как феномен искаженной самодетерминации молодых спортсменов: системный анализ, пути профилактики», осуществляемого при финансовой поддержке РГНФ (проект № 11-06-00685а), особое внимание уделяется вопросам ответственного поведения.

Спортсмен, в некотором смысле, ведет себя в соответствии с теми образцами, которые транслируются в спортивном сообществе. В тех случаях, когда намечается тенденция попустительского отношения к выполнению тех или иных социальных функций или социальное окружение демонстрирует поддержку безнравственного, но претендующего на успех поведения, у спортсмена может произойти снижение порога ответственности. Вместе с тем К. Муздыбаев [2] подчеркивает,

что ответственность связана также с внутренними факторами, особенно локусом контроля личности: чем более очевидно для субъекта его бытие, тем более ответственными являются его поступки. В этой связи к качествам, повышающим степень личной ответственности, относят:

- пунктуальность, четкое представление личности о своих обязанностях и готовность отвечать за последствия своих действий;
- способность к эмпатии, чуткость к чужой боли и радости;
- настойчивость, старательность, смелость и стойкость.

На проявление ответственности, по мнению А.И. Ореховского [1], оказывает влияние решение, которое принимает человек, сопоставляя «возможное» и «должное». Иными словами, это решение человеком вопроса о границах и степени собственной свободы. С одной стороны, человек включен в определенную, относительно устойчивую систему причинно-следственных социальных связей и требований, а с другой – имеет возможность по-разному, избирательно реагировать на ту или иную ситуацию. Человек сам может осуществлять выбор средств для реализации социально- и/или личностно- значимых целей.

Наши исследования подтверждают вышесказанное. Так, позитивное восприятие социальной среды, оценивание окружающего мира как достаточно благо-склонного взаимосвязано с убеждением, что ответственность за использование допинг-препаратов в значительной мере лежит на самих спортсменах ($r_s=0,236$, при $p \leq 0,05$). В тех же случаях, когда спортсмен оценивает окружающую его действительность как недостаточно доброжелательную, он чаще перекладывает ответственность за применение запрещенных препаратов на других. Видимо, в последнем случае спортсмен с разной степенью осознанности реализует установку, согласно которой цель оправдывает средства. У спортсмена происходит смещение ориентиров: чрезмерное стремление к достижению высоких результатов снижает критичность в оценке допустимости использования тех или иных стимулирующих средств. На наш взгляд, это связано с тем, что молодые люди находятся в рассогласованном состоянии между потребностью обретения высоких результатов, что поднимает не только их престиж, как спортсменов, но и всей команды, и личной ответственностью за выбор средств достижения высоких результатов.

Интересен и тот факт, что для спортсменов с меньшим уровнем жизнестойкости в большей мере свойственна позиция перекладывания ответственности за последствия применения запрещенных химических препаратов на внешние факторы ($M_1=28,4$ и $M_2=31,1$; $t=3,608$ при $p=0,001$). Они выражают большую степень согласия с тем, что спортсмены не могут нести всю полноту ответственности за результаты допинг-проб, так как вынуждены следовать указаниям спортивных врачей и тренеров. В их сознании чаще проявляется установка, что отказ от применения нелегальных препаратов имеет смысл только, если точно уверен, что все соперники в равной степени соблюдают требования и правила WADA.

Для более ответственных спортсменов свойственна ориентация на применение естественных разрешенных способов стимулирования организма ($M_1=32,2$ и $M_2=30,9$; $t=1,99$ при $p=0,048$). Спортсмены с более высоким уровнем жизнестойкости в большей степени убеждены в том, что высоких результатов можно добиться посредством применения легальных средств поддержания организма и освоения различных техник саморегуляции.

В этой связи ответственность в спортивной деятельности можно рассматривать как интегральное качество личности, где приоритет в принятии решения остается за субъектом деятельности, то есть за самим спортсменом. При этом сте-

пень выраженности данного качества, как показали наши исследования, у спортсменов с разным уровнем жизнестойкости имеет существенные отличия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Введение в философию ответственности. Монография / А. И. Ореховский [и др.]; под общ. ред. А. И. Ореховского. - Новосибирск: СибГУТИ, 2005. - 186 с.
2. Муздыбаев К. Психология ответственности. - М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», Изд.2, доп., 2010. - 248 с.
3. Шустова Н.Е., Карина О.В., Киселева М.А. Применение допинга в профессиональном спорте: представления молодых спортсменов // Профессиональные представления: сборник научных трудов Интернет-конференции «Значение представлений в образовании и профессиональном становлении личности» / Под редакцией Е.И. Рогова. - Ростов-на-Дону: Изд-во СКНЦ ВШ ЮФУ, 2013. - С. 198-202.

Яшнова О.А.

95 ЛЕТ НА ЗАЩИТЕ ПРАВ ДЕТЕЙ

Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав (Москва).

Для решения проблемы детской беспризорности и безнадзорности в России 14.01.1918 г. Декретом Совета Народных Комиссаров были созданы комиссии по делам несовершеннолетних, которым определялась роль организатора профилактической работы и координационная функция. С 1931 г. на комиссии возлагаются задачи по борьбе с беспризорностью и безнадзорностью, охране прав несовершеннолетних, рассмотрения дел об их правонарушениях и применения к ним мер медико-педагогического характера.

Сегодня название комиссии изменилось – Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДНиЗП), а ее задачи остались прежние. В настоящее время сделан акцент на защите прав несовершеннолетних, раннем выявлении различных форм детского и семейного неблагополучия. Основной целью в профилактической работе является объединение усилий всех субъектов системы профилактики, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих безнадзорности и правонарушениям несовершеннолетних.

В Регламенте межведомственного взаимодействия, утвержденном на заседании Московской городской межведомственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (МГМКДНиЗП) 18.11.2010 г., определены основные понятия и критерии при определении семей, находящихся в социально-опасном положении и трудной жизненной ситуации. Такой подход позволяет районным комиссиям планировать процесс индивидуально-профилактической работы с семьями более целенаправленно и осуществлять контроль деятельности органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в рамках реализации действующих полномочий.

За каждым районом закреплено головное учреждение (уполномоченная организация) системы профилактики, подведомственное Департаменту социальной защиты населения города Москвы. Территориальные центры социального обслуживания населения, Центры помощи семье и детям, а также их филиалы проводят комплексную индивидуальную работу по сопровождению детей и семей, находящихся в трудной жизненной ситуации (социально опасном положении).

Задачей районной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав в рамках организации процесса сопровождения семьи является утверждение плана

межведомственного характера, **формулирование конкретных поручений** в адрес субъектов системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, а также **фиксирование** этих поручений со сроками исполнения в **решении** комиссии и **отслеживание** их исполнения. Кроме того, районная комиссия в соответствии с действующим Регламентом ежеквартально осуществляет контроль за ходом организации процесса сопровождения семьи с целью оценки эффективности проводимой работы и, при необходимости, вносит коррективы и дополнения в действующий план.

К сожалению, нередко случаи, когда попытки воздействовать на родителей, не исполняющих своих обязанностей по воспитанию, обучению и содержанию детей, остаются безуспешными. Поэтому вопрос сопровождения семей «группы риска» и привлечения родителей к административной ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей, вплоть до лишения родительских прав, постоянно находится в центре внимания КДНиЗП. Работа по ограничению и лишению родителей родительских прав проводится в тесном взаимодействии с сотрудниками органов опеки, попечительства и патронажа.

Четкое и налаженное межведомственное взаимодействие органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних позволяет обеспечить соблюдение прав и законных интересов несовершеннолетних, осуществить их защиту от всех форм дискриминации, физического или психического насилия, оскорбления, грубого обращения, сексуальной и иной эксплуатации, а также раннее выявление несовершеннолетних и семей, находящихся в социально опасном положении.

Авакян Т.В., Воликова С.В.

СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У ДЕТЕЙ-СИРОТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ИНТЕРНАТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗЛИЧНОГО ТИПА

Московский НИИ психиатрии МЗ РФ, МГППУ (Москва).

Статистические данные свидетельствуют, что число детей, оставшихся без попечения родителей, остается очень большим. Большинство этих детей и подростков проживает в государственных учреждениях (интернатах, детских домах и др.) традиционного типа, что может негативно влиять на их развитие, прежде всего на развитие эмоциональной сферы. Непереработанный травматический опыт, условия проживания в интернатных учреждениях могут выступать факторами депрессивных и тревожных расстройств, в том числе уровня социальной тревоги. Это может препятствовать социальной адаптации ребенка-сироты. Последнее время развиваются отличные от традиционной формы организации проживания детей-сирот (например, так называемые детские дома «семейного типа»).

Целью данного исследования было сравнение уровня социальной тревожности, показателей депрессивности, тревожности и специфики школьных проблем у детей-сирот из сиротских учреждений различного типа и школьников, проживающих в семьях.

Всего было обследовано 205 подростков: 139 воспитанников детских домов (основная группа 1 - 96 сирот из традиционного детского дома; основная группа 2 - 43 ребенка-сироты, проживающие в детских домах «семейного типа») в возрасте от 10 до 16 лет. Контрольную группу составили 66 учащихся московской общеобразовательной школы в возрасте от 10 до 15 лет, проживающие в семье. Сравнива-

емые группы статистически не различаются по полу и возрасту. Все дети, участвующие в исследовании (дети-сироты и дети из семей), имели разрешение родителей или официальных опекунов на участие в психологическом тестировании.

Методический комплекс включал опросники: 1) Шкала личностной тревожности (А.М. Прихожан, 2000); 2) Опросник детской депрессии (Children's Depression Inventory (CDI) М. Kovacs; 3) Шкала «Страх социальной оценки» ((Watson, Friend, 1969) в настоящее время проходит валидизацию в лаборатории клинической психологии и психотерапии МНИИ психиатрии МЗ РФ; 4) Опросник «Школьная ситуация» (разработан В.К. Зарецким и А.Б. Холмогоровой, 2002).

Результаты исследования. У детей-сирот больше проблем в эмоциональной сфере. Дети-сироты характеризуются более высокими показателями по параметрам личностной тревожности, социальной тревожности и депрессивности по сравнению с контрольной группой школьников. Среди сирот из различных учреждений большее количество детей и подростков попадает в группу риска с высоким уровнем депрессии (группа 1 - 24%, группа 2 – 23,2%), тревоги (группа 1 – 14,5%; группа 2 – 9,3%) и социальной тревоги (группа 1 – 36,5%; группа 2 – 20,9%) по сравнению со школьниками из семей (9,1%, 6%, 21,2% соответственно).

В общей выборке детей-сирот из различных детских домов выше уровень суицидального риска, чем в группе их сверстников из семей. В группе детей-сирот из детских домов традиционного типа почти в два раза больше детей, говорящих о наличии суицидальных мыслей (42,7%), чем в группе детей из семей (21,2%). Сироты из семейных домов занимают промежуточное положение (25,6%).

У детей-сирот из традиционных учреждений уровень общей тревожности, самооценочной и магической тревожности, социальной тревожности выше, чем у детей-сирот из детских домов семейного типа и школьников из семей. Также уровень депрессивности у детей-сирот из традиционных учреждений выше, чем у школьников из семей. Дети-сироты из традиционных учреждений в большей степени ориентированы на внешний контроль, чувствуют себя более беспомощными при возникающих трудностях, опираются в основном на внешние факторы и оценки. Сироты из традиционных учреждений испытывают больше трудностей в интерперсональных контактах, больше беспокоятся по поводу оценки окружающих. Они оценивают свою школьную ситуацию как более благополучную по сравнению с детьми-сиротами из семейных детских домов и сверстниками из семей.

Дети-сироты из детских домов семейного типа по уровню тревожности, социальной тревожности и депрессивности почти не отличаются от школьников из семей. Дети из детских домов семейного типа и школьники из семей оценивают свою школьную ситуацию примерно одинаково. Дети-сироты из детского дома семейного типа больше довольны своим досугом, чем домашние дети. Социальная тревожность связана со всеми параметрами личностной тревожности, а также с уровнем депрессивности.

По сравнению со школьниками из семей наиболее проблемной для детей-сирот является сфера межличностных отношений. Это обусловливается особым строением сферы общения у детей-сирот. Ухудшения в сфере взаимодействия, прежде всего с взрослыми, повышают риск развития депрессивной и тревожной симптоматики. Это в большей степени характерно для детей-сирот из интернатных учреждений традиционного типа.

Таким образом, наибольшее количество нарушений в эмоциональной и коммуникативной сфере выявляется у детей-сирот из учреждений традиционного вида. Дети-сироты, проживающие в детских домах семейного типа, по характери-

стикам эмоциональной сферы и школьной ситуации приближаются к сверстникам из семей. Высокий уровень общей тревожности и социальной тревоги детей-сирот должен быть важной мишенью работы психологов, врачей-психиатров и других специалистов с этой группой детей и подростков.

Бардышевская М.К., Макарова К.В.

РАЗВИТИЕ И СОЦИАЛИЗАЦИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ 3-5 ЛЕТ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ (ДОМ РЕБЕНКА И ДЕТСКИЙ САД)

МГУ им. М.В. Ломоносова, Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков (Москва).

В предлагаемой работе рассматриваются результаты структурированного этологического наблюдения за поведением открытой агрессии у детей раннего и дошкольного возраста, воспитывающихся в различных социальных условиях. Особое внимание уделяется рассмотрению развития агрессивного поведения с позиции теории социального научения А. Бандуры, а именно исследованию роли реакций окружающих.

Проблема исследования развития агрессивного поведения детей и способов его социализации является особенно актуальной с учетом роста делинквентного и асоциального поведения детей и подростков из разных социальных и возрастных групп, а также в связи с необходимостью разработки программ изменения трудного поведения у приемных, депривированных детей и детей с психическими травмами.

Целью настоящего исследования является сравнительный анализ ситуативного поведения открытой агрессии у ребенка по отношению к другим детям в зависимости от социальной ситуации развития и типа педагогического воздействия.

В исследовании принимали участие 50 детей, из них 25 детей (13 мальчиков и 12 девочек) были исследованы в детском саду, а другие 25 детей (14 мальчиков и 11 девочек) – в доме ребенка в возрасте от 1 года до 4 лет.

В первой части исследования фиксировались паттерны поведения открытой агрессии ребенка. Дополнительно на отдельном бланке фиксировались проявления аутоагрессии. Во второй части исследования фиксировались варианты реакции воспитателей на агрессивное поведение ребенка. В третьей части исследования отмечались варианты реакции сверстников на агрессию ребенка. В четвертой части исследования фиксировались варианты обратной реакции ребенка на реакцию воспитателя (из представленных во второй части схемы), делающему ему замечание. В пятой части исследования отмечалась обратная реакция ребенка, который проявил агрессию, на реакцию сверстника. Статистическая обработка сырых данных была произведена программой SPSS 15,0 for Windows Evaluation Version.

Различия между частотой следующих паттернов агрессивного поведения у детей из дома ребенка и детей из детского сада: «слабый смягченный удар», «держит за волосы», «толкает», «бросает предмет»; реакция персонала: «игнорирование», «заняты прежним делом, не замечают агрессии ребенка»; ответная реакция сверстника: «агрессия»; реакция агрессивного ребенка на персонал: «прекращает агрессию»; реакция агрессивного ребенка на сверстника: «продолжает агрессию» – считаются значимыми в результате анализа с применением Теста Манна-Уитни (с численным уровнем значимости меньше либо равным 0,05, который принят психологической конвенцией).

Для приведенных паттернов средний ранг (по таблице рангов) выше для экспериментальной группы детей из детского сада, то есть в детском саду такие виды поведения наблюдаются значимо чаще, чем у детей дома ребенка.

Выявленная высокая частота аутоагрессии у детей из дома ребенка по сравнению с детьми из детского сада, вероятно, связана с сильным подавлением открытой агрессии у детей из дома ребенка, а также из-за самостоятельного подавления ребенком агрессии, направленной на другого ребенка, из-за особой компенсаторной привязанности эмоционально депривированных детей друг к другу. Во всех возрастных группах у детей из дома ребенка регуляция агрессии путем воздействия со стороны сверстника является более эффективной, чем у детей из детского сада.

Наши данные подтверждают существующее в психоэтологии представление о существовании сенситивного периода развития агрессивного поведения, когда за несколько лет у ребенка существенно расширяется репертуар агрессивного поведения. Полученные нами данные позволяют сделать общий вывод о существовании двух основных способов социализации агрессии в современных детских дошкольных учреждениях (домах ребенка и детских садах) России. Первый способ – это подавление, запрет и жесткий контроль, который можно наблюдать в домах ребенка, второй способ – игнорирование, который характерен для детских садов.

Воспитательная тактика тотального контроля и подавления малейших проявлений агрессии, характерная для домов ребенка, может привести к тому, что период бурного расцвета агрессивного поведения у эмоционально депривированных детей приходится на более старший возраст, когда дети переводятся из дома ребенка в детский дом, и позже. Сенситивный период развития агрессивного поведения может быть значительно смещен и обнаруживаться в росте делинквентного и трудного поведения у эмоционально депривированных детей в школьном и подростковом возрасте.

Воспитательная тактика попустительства и игнорирования представляет собой другой полюс воспитательных воздействий на проявления агрессии у детей. Она способствует проявлениям «дикой агрессии» и закрепляет представление об агрессивном поведении как нормальном проявлении конкуренции и утверждении своего Я, что препятствует образованию привязанностей со сверстниками и развитию способности дружить.

Бессчетнова О.В.

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА ЛИЦ,
ЖЕЛАЮЩИХ ПРИНЯТЬ НА ВОСПИТАНИЕ В СЕМЬЮ РЕБЕНКА,
ОСТАВШЕГОСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ
СОЦИАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ**

Балашовский институт (филиал), Саратовский государственный университет им. Н. Г. Чернышевского (Саратовская обл.).

Важность профессиональной подготовки кандидатов в приемные родители, как в нашей стране, так и за рубежом, осознается на государственном уровне. Вопрос о подготовке кандидатов в приемные родители в нашей стране стал предметом дискуссий относительно недавно, с принятием Постановления Правительства РФ № 423, в котором были прописаны Правила подбора, учета и подготовки граждан, выразивших желание стать опекунами/попечителями несовершеннолет-

них граждан либо принять детей, оставшихся без попечения родителей, в семью на воспитание в иных установленных российским законодательством формах [4]. В соответствии с Федеральным законодательством, граждане выразившие желание стать усыновителями, опекунами/попечителями, приемными родителями или патронатными воспитателями, обязаны пройти психолого-педагогическую и правовую подготовку [2].

Организация подготовки кандидатов в приемные родители возлагается на органы опеки и попечительства, а при отсутствии необходимых условий может осуществляться образовательными и медицинскими организациями, организациями, оказывающими социальные услуги, в том числе организациями для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на основе договора, заключенного с органами опеки и попечительства (например, на базе детских домов, социально-реабилитационных центров, центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей). Подготовка кандидатов в приемные родители осуществляется на безвозмездной основе, а ее финансирование производится из собственных средств учреждения, внебюджетных средств, других легитимных источников, а также бюджетов субъектов РФ [3].

Основными задачами подготовки являются: подготовка граждан к приему на воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; формирование у них воспитательных компетенций и родительских навыков для содержания и воспитания ребенка; оказание помощи кандидатам в приемные родители в определении своей готовности к приему на воспитание ребенка, оставшегося без попечения родителей, в выборе формы устройства ребенка на воспитание в семью, в осознании реальных проблем и трудностей, с которыми им предстоит столкнуться в процессе воспитания приемного ребенка; ознакомление кандидатов с основами законодательства в сфере защиты прав детей, оставшихся без попечения родителей, правами и обязанностями приемных родителей [3].

В соответствии с п. 4 ст. 127 Семейного кодекса РФ программа и порядок подготовки кандидатов в приемные родители осуществляются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, которые обязаны обеспечить подготовку на основе принципов регулярности, доступности, целесообразности [1]. Органы исполнительной власти определяют содержание разделов и трудоемкость программы, требования к уровню подготовки кандидатов в приемные родители, форму и методы подготовки. Вместе с тем, общая трудоемкость программы должна составлять не менее 30 и не более 80 академических часов, (из которых не менее 70% отводится на практические занятия (тренинги), включая итоговую аттестацию [5], длиться не более 3 мес., а срок ожидания начала проведения курсов не должен превышать 2 мес. [3].

Обучение кандидатов в приемные родители предусматривается в очной и очно-заочной форме, с использованием дистанционных методов, как в групповой (численность слушателей не должна превышать 25 человек), так и в индивидуальной форме. Курс завершается итоговой аттестацией и выдачей свидетельства о прохождении указанной подготовки, которое представляется в органы опеки и попечительства, а в случае усыновления ребенка в суд. В отличие от европейских и американских стандартов, срок действия свидетельства не установлен [3].

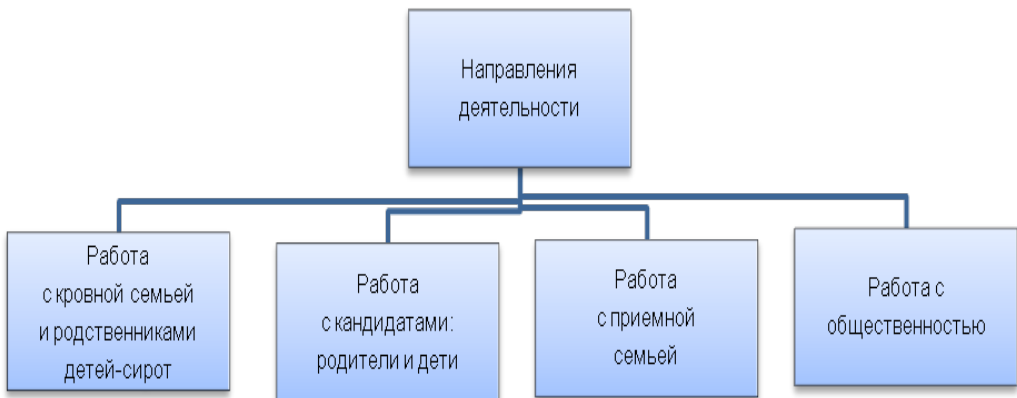
Таким образом, специальная подготовка кандидатов в приемные родители позволит снизить уровень напряженности, конфликтности детско-родительских взаимоотношений, поможет приемным родителям овладеть широким спектром методов и технологий для коррекции ненормативного поведения приемных детей, создаст условия для их полноценного развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Семейный кодекс Российской Федерации [Текст] // Собр. законодательства РФ. — 2012. — № 48. — Ст. 6582.
2. О внесении изменений в статьи 127 и 146 Семейного кодекса Российской Федерации и статью 271 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации: Федер. закон [принят Гос. Думой 30.11.2011]. URL: www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_122460/ (дата обращения 10.06.2013).
3. О подготовке лиц, желающих принять на воспитание в свою семью ребенка, оставшегося без попечения родителей: письмо Минобрнауки РФ от 24.08.2012 года № ИР-713/07. URL: www.usynovite.ru

направления в данной работе: В первую очередь проводится работа с кровными, биологическими родителями, близкими родственниками детей. Эти мероприятия направлены на содействие возвращению детей в родные семьи или в семьи близких родственников. За последние 5 лет 24 ребенка вернулись в родную семью.

Если такой возможности нет - мы подбираем детям замещающую семью. Работа по подбору кандидатов в замещающие родители проводится совместно с департаментом образования Кировской области, управлением опеки и попечительства администрации города Кирова, с «Кировским областным центром усыновления опеки и попечительства». В детском доме «Надежда» наработан опыт работы с гражданами в «Школе кандидатов в замещающие родители». Параллельно работе с кандидатами в замещающие родители специалистами детского дома проводится подготовка детей к жизни в замещающей семье.



В результате работы с 2004 г. 372 ребенка детского дома переданы на семейное воспитание: 65 детей в кровную семью, 35 детей под опеку, 173 ребенка переданы в приемную семью, 99 детей усыновлены. В среднем до 95% от числа поступивших детей в детский дом вновь обретают домашний очаг, заботливых и любящих родителей.

После официальных законодательных процедур по передаче ребенка в замещающую семью специалисты детского дома «Надежда» (психологи и социальный педагог) осуществляют сопровождение приемной семьи г. Кирова, оказывают консультативную помощь и поддержку родителям и детям. Цель этой работы заключается в оказании помощи приемной семье, создании психолого-педагогических и социальных поддерживающих механизмов для приемного ребенка, в содействии безболезненной интеграции детей-сирот в современное общество.

Используются разнообразные формы работы данного направления: ведение дневника воспитанника приемной семьи, совместно с приемными родителями разработка и корректирование программы развития и социализации ребенка; мониторинг психофизического и социального развития детей; консультации, организация клуба приемных родителей; диагностика различного профиля; индивидуальные коррекционно-развивающие и терапевтические занятия с детьми; взаимодействие с образовательными учреждениями по вопросам обучения, воспитания и развития приемных детей; взаимодействие с кровной семьей, сохранение родственных отношений, совместный с родителями и детьми ежеквартальный выпуск газеты «Семейные надежды», ежеквартальные городские праздники; организация зимних каникул и летнего отдыха с санаторным лечением; организация поступле-

ния выпускников дома «Надежда» в престижные профессиональные учреждения, помощь в трудоустройстве; поддержка молодых семей выпускников приемных семей и.т. д.

Результаты совместной работы с приемными родителями радуют нас: бывшие воспитанники коррекционного детского дома успешно осваивают программы общеобразовательных школ, соматическое здоровье детей качественно меняется, сохраняется и развивается индивидуальность личности ребенка. У детей формируются нравственные, этические принципы, они усваивают положительную модель взаимоотношений в семье и обществе. Наши выпускники получают профессиональное образование, работают по специальности, создают семьи, воспитывают детей, сохраняют добрые отношения с приемными родителями и специалистами детского дома.

Ивашев С.П., Ерофеева В.В., Ивашев К.С.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПОДРОСТКОВ-СИРОТ, ЗНАЧИМЫЕ ДЛЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница, Детская клиническая больница № 8 (Волгоград).

Вопросы профилактики в детской психиатрии могут быть успешно решены через снятие проблемы донозологических состояний, наблюдаемых в среде несовершеннолетних. Очерченная проблематика вполне обосновано фокусирует на себе возрастающее внимание научно-практических интересов как медиков, так и смежных специалистов (психологи, логопеды, соцработники и т.д.). В этом отношении проблема субъективного благополучия личности становится все более актуальной и возрастающими темпами подвергается углубленному изучению.

В этой связи **целью** исследования является выявление системных закономерностей психологического благополучия подростков, значимых для оптимизации мер психопрофилактики. Основанием стало изучение трех относительно независимых кластеров – группы подростков-сирот (23 воспитанника детского дома, являющиеся пациентами ГКУЗ «ВОДКПБ»), подростков из общеобразовательной школы (20 человек) и воспитанницы детского дома девочки-подростка с девиантным поведением. Были использованы: методика «Шкала психологического благополучия» К. Рифф, адаптированная Т.Д. Шевельковой и П.П. Фесенко (2005), проективная методика «Звезды и волны» У. Аве-Лалемант, контент-анализ психолого-педагогических характеристик, результатов обследования психологом. Результаты продемонстрировали значимые особенности анализируемых объектов исследования.

Так, кластер детдомовцев характеризуется наиболее сильным переживанием аффективно значимых ситуаций, эмоциональностью, у них наблюдается более сильная тенденция к подчинению, лишь малая часть испытывает душевное равновесие. Деятельность данного контингента больше направлена на афферентное звено саморегуляции – ее нарушение происходит из-за недостаточно сформированной картины окружающего мира. Психологическое благополучие зависит от количества и качества эмоциональных положительных контактов и создания благоприятной атмосферы взаимодействия как между собой, так и с медицинским персоналом, при нарушении данного компонента происходит «сбивка» целей.

Для школьников, в свою очередь, характерны более высокий общий уровень психологического благополучия, независимость в своих суждениях, меньшая

конформность, сознание и принятие не только своих положительных качеств, но и недостатков. Реализация целей, самоактуализация зависит от ощущения собственного благополучия. У школьников присутствует сложившийся модус построения картины окружающего мира и, соответственно, приоритетна организация и выполнение действий. Дети чувствуют себя удовлетворенными при достижении целей, при этом не проявляя повышенную эмоциональность при взаимодействии с людьми, помогающими в личностном росте.

Наконец, кластер, представленный примером функционирования подростков в условиях детского дома, в качестве которого выступает девочка, находящаяся «на грани девиантного поведения». Она характеризуется эмоциональной неустойчивостью, необщительностью, отсутствием доверительных контактов, ригидностью в оценке людей. Целенаправленность совместной деятельности не нарушена, но мотивация на учебу снижена. При этом наблюдаются гибкие установки по отношению к социальным нормам, конформизм в межличностных контактах, что также может привести к антисоциальному поведению.

Анализ данных позволил рассматривать кластеры как отражение субъективной модели особенностей восприятия действительности. В частности, воспитанник детского дома не осознает смысла своей жизни в долгосрочной перспективе и не стремится составить цель своего существования. Определенную роль в этом играет отсутствие достаточной конкуренции внутри группы и отсутствие потребности выживать, «добывать пищу» (несмотря на меняющиеся социально-экономическое положение в стране, детский дом обеспечивает удовлетворение минимальных, жизненно необходимых потребностей ребенка).

Напротив, ученик общеобразовательной школы, хоть и находится в условиях группы, свое «выживание» видит далеко не само собой разумеющимся. Социальная конкуренция выше, так как есть время, которое ребенок проводит вне группы, имея возможность получить преимущество - развиваться независимо от группы. В той или иной степени ребенок ставит себе цель. Она помогает ему поддерживать свои желания и мечты.

Исходя из этого, третий объект исследования - девочка, убегающая из детского дома, представляется индивидом, который лишь отчасти сформировал определенные жизненные цели и движется в направлении их реализации. Средства, которыми она пытается достичь цели, являются и дефицитарными - определяемыми внешним локусом контроля, и деструктивными асоциальными, и расцениваются окружением как девиантное, саморазрушающее поведение.

Итогом является обнаружение единого параметра цели для всех из сравниваемых кластер-объектов. Каждый из которых имеет определенную, собственную динамику в специфике достижения цели.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ КРОВНЫХ РОДИТЕЛЕЙ²

Псковский государственный университет (Псков).

Специфическое социальное положение и особые условия жизни детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, накладывают отпечаток на их самочувствие, адаптацию в обществе и личностное развитие. В 2013 г. нами проведено изучение психического напряжения и невротических тенденций у детей-сирот и детей, оставшихся без попечения кровных родителей. Было исследовано 95 воспитанников Детского дома и Детской деревни-SOS в возрасте от 3 до 16 лет при помощи скрининг-диагностики.

Подсчет числа симптомов показал, что у детей и подростков, оставшихся без попечения кровных родителей, наиболее часто проявляется **экстрапунитивная агрессия**, которая в той или иной степени выражена у 61,1% опрошенных. При этом более чем у половины из них агрессия проявляется в достаточно сильной степени (3 и более баллов по 5-балльной шкале). У мальчиков сильно выраженная экстрапунитивная агрессия встречается несколько чаще, чем у девочек (соответственно у 36,2% и 29,7%).

Второй показатель, наиболее часто встречающийся среди детей данной выборки, это **повышенная тревожность** (23,2%). Причины возникновения тревожности разнообразны, но большинство ученых считает, что одна из основных причин кроется в нарушении детско-родительских отношений, что особенно актуально для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и нередко сменивших не одно место жительства в разных государственных учреждениях или замещающих семьях. Значимых гендерных различий по данному показателю не обнаружено.

По результатам скринингового исследования, 16,8% детей и подростков испытывают выраженные **фобии и страхи**, такие как страх за свое здоровье, страх темноты и боязнь засыпать без света, страх одиночества и чужих людей, страх, что с ними или с близкими может что-то случиться, и многие другие. Показатель фобий и страхов стоит на третьем месте по распространенности среди детей и подростков, оставшихся без попечения кровных родителей, он встречается у 21,6% девочек и 13,8% мальчиков.

С повышением тревожности ребенка может быть связано **нарушение сна**. Нами обнаружены 9,5% детей и подростков с различными расстройствами сна: медленное засыпание, беспокойный сон, снятся страшные или плохие сны, ребенок утром встает не отдохнувшим и не бодрым, выглядит сонливым днем. Симптомами беспокойного сна являются вздрагивания, бруксизм, ночные страхи, ночной энурез, снохождение, снововорение и др. К нарушению сна может приводить смена образа жизни и режима питания, различные заболевания, тяжелые и конфликтные ситуации дома и в широком социуме и другие причины. С помощью U-критерия Манна-Уитни были выявлены тенденции к значимому различию в проявлении расстройств сна по гендерному признаку ($U=867$, $p=0,086$): у мальчиков они наблюдаются чаще (13,8%), чем у девочек (2,7%).

² Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта № 13-16-60002.

Детские **депрессивные реакции** связаны, в первую очередь, с воздействием факторов окружающей среды и являются следствием социальной, в том числе школьной, дизадаптации. Они сопровождаются массивными соматовегетативными проявлениями (головные боли, головокружение, боли в области сердца и спины без органических причин, общая слабость, снижение веса) и сниженным настроением (появлением безразличия, раздражения, тревоги, апатии, печали, тоски). Такие реакции выявлены у 9,5% испытуемых, из которых 12,1% мальчики и 5,4% девочки.

Из **невротических тенденций**, встречающихся у детей и подростков, оставшихся без попечения кровных родителей, можно отметить астенические проявления (13,8% мальчиков и 5,4% девочек); нарушения аппетита (10,3% мальчиков и 8,1% девочек); патологические привычные действия (8,6% мальчиков и 2,7% девочек); вегетативные дисфункции (6,9% мальчиков и 2,7% девочек).

Проведенное исследование позволило выявить особенности психического напряжения и невротических тенденций у детей и подростков. При этом высокие значения по шкалам невротических тенденций указывают на целесообразность консультации ребенка психотерапевтом, а по шкалам психического напряжения - на необходимость консультации психотерапевтом или детским психиатром.

Своевременная диагностика и последующая коррекция психического напряжения и невротических тенденций являются важным элементом профилактики социальной дизадаптации детей группы риска. Учет гендерного фактора при анализе психологических особенностей детей и подростков, оставшихся без попечения кровных родителей, представляется важнейшим принципом для дальнейшего совершенствования профилактической, психотерапевтической и реабилитационной работы.

Козлов М.А.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Государственное стационарное учреждение социального обслуживания системы социальной защиты населения «Челябинский детский дом-интернат» (для глубоко умственно отсталых детей) (Челябинск).

Рассмотрим организацию медицинской помощи детям-инвалидам, страдающим психическими заболеваниями, на примере Челябинского детского дома-интерната (для глубоко умственно отсталых детей).

На данный момент списочный состав учреждения составляет 299 воспитанников. Подавляющее большинство детей имеет умственную отсталость различной степени (от умеренной до глубокой; преимущественно умеренная и тяжёлая). В интернате, помимо медицинского обслуживания, организовано несколько направлений работы, представленных отдельными структурами, действующими в тесном взаимодействии друг с другом.

Медицинское отделение осуществляет свою работу на основании лицензии на медицинскую деятельность по следующим направлениям: доврачебная медицинская помощь по диетологии, медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), организации сестринского дела, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии; амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, в том числе первичная медико-санитарная помощь по неврологии, педиатрии, специализированная медицинская помощь по психиатрии. За исключением медицинских

осмотров, лицензированная деятельность напрямую касается медицинской помощи детям.

В фактическом выражении медицинская служба представлена следующими специалистами: 2 психиатра, педиатр, невролог, медсестра физиотерапевтического кабинета, медсестра по диетическому питанию, постовые медицинские сёстры и обширный штат младшего медицинского персонала. Диспансерное наблюдение ведётся по всем нозологиям. Ежедневно проводятся врачебные обходы с выявлением случаев острых и обострений хронических соматических, неврологических и декомпенсации психических заболеваний. То есть осуществляется активное выявление жалоб с проведением осмотров «по обращаемости» и дальнейшим динамическим наблюдением. Если требуется консультация врача-специалиста по каким-либо вопросам, выходящим за рамки компетенции штатных специалистов, то осмотр организуется путём выезда транспортом учреждения в различные лечебно-профилактические учреждения (ДГКБ № 8, ДГКБ № 9, ГКБ № 6, ГКБ № 1, ЧОКНБ, стоматологические поликлиники и др.). Все воспитанники имеют полисы обязательного медицинского страхования, следовательно, получают медицинскую помощь в ЛПУ согласно территориальной программе ОМС. При наличии показаний для госпитализации оформляется направление врачом учреждения, и воспитанник транспортируется в ЛПУ транспортом учреждения либо бригадой скорой медицинской помощи. Это справедливо и в отношении психиатрической помощи.

Кроме того, помимо осмотров по обращаемости и динамического наблюдения, ежеквартально врачами учреждения проводится профилактический осмотр каждого воспитанника.

Ежегодно, начиная с 2007 г. в соответствии с федеральной программой врачами ЛПУ проводится диспансеризация детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (к которым относятся и воспитанники нашего учреждения). Осмотр проводят: невролог, офтальмолог, оториноларинголог, хирург, ортопед, уролог, гинеколог, эндокринолог, стоматолог, психиатр; проводятся параклинические исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости и почек. Помимо диспансеризации, ежегодно проводят углублённый медицинский осмотр всех воспитанников учреждения врачи: офтальмолог, оториноларинголог, невролог, дерматолог.

Медицинской службой учреждения ведётся работа по организации вакцинации воспитанников учреждения по Национальному календарю профилактических прививок и по эпидемиологическим показаниям.

Большинство воспитанников имеет право на получение льготных лекарственных препаратов в соответствии с федеральной программой «Обеспечение необходимыми лекарственными средствами», выписка рецептов производится штатными врачами учреждения непосредственно в учреждении при помощи компьютерной программы ОНЛС.

Таким образом, качественное оказание медицинской помощи воспитанникам таких учреждений играет немаловажную роль в комплексе реабилитационных мероприятий, проводимых системой социальной защиты населения.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ИЗУЧЕНИЯ ПОЗИЦИИ ЗАМЕЩАЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ****Центр по усыновлению, опеке и попечительству (Ярославль).**

До сих пор нет четкого научного определения понятия «родительская позиция». Об этом, на наш взгляд, свидетельствует весьма расширительное его толкование. Приведем характерные, на взгляд исследователей, признаки родительской позиции:

- тип эмоционального принятия ребенка, мотивы и ценности воспитания, особенности образов ребенка у родителя, его представления о себе как родителе (образ «Я как Родитель»), модели ролевого родительского поведения, степень удовлетворенности родительством;
- интегральное взаимодействие жизненной, личностной и социально-ролевой позиций отца и/или матери [1];
- эмоциональная окраска образа ребенка, эмоциональный фон во взаимодействии родители–дети, представления о реальном и идеальном образе ребенка, о существующих позициях родителя, о своей родительской позиции, форма взаимодействия с детьми, коммуникативные позиции родителей.

Возникает предположение о подмене в некоторых случаях понятия «родительство» понятием «родительская позиция». Нам представляется корректным использовать представления о компонентном составе родительской позиции Р.В. Овчаровой, которая считает, что родительская позиция не включает родительские чувства, родительские отношения, стиль воспитания, а рассматривает её наряду с ними [3]. Она предполагает, что в развитой форме родительство включает следующие компоненты: ценностные ориентации супругов (семейные ценности), родительские установки и ожидания, родительское отношение, родительские чувства, родительские позиции, родительскую ответственность, стиль семейного воспитания.

Родительская позиция представляет собой интегральное взаимодействие жизненной, личностной и социально-ролевой позиций отца и/или матери.

С.С. Жигалин дает определение, согласующееся с концепцией отношений В.Н. Мясищева: родительская позиция – это система отношений родителя (отца, матери): к своему ребенку, себе как родителю (отцу, матери), родительству в целом [1].

Поскольку все составляющие психической организации человека так или иначе связаны с отношениями и система отношений определяет характер переживаний личности, особенности восприятия действительности, характер поведенческих реакций на внешние воздействия [2], мы полагаем, что родительская позиция является системообразующим элементом в структуре родительства и определяет характер родительских чувств, особенности восприятия индивидуальных особенностей членов семьи, стиль воспитательных воздействий.

Приемное родительство имеет ряд специфических особенностей. Отношение привязанности между замещающими родителями и приемными детьми не являются биологически обусловленными. На наш взгляд, существенной характеристикой позиции приемного родителя является отношение к приемному ребенку, которое может быть личностным (целостным) и предметным (частичным). Предметное отношение к ребенку проявляется в акцентировании воспитательных задач, в том время как личностное отношение включает как основное обеспечение благополучия ребенка на основе учета его потребностей.

Целью нашего исследования является разработка понятия «позиция замещающего родителя». Потребности научного изучения согласуются с запросами практики, связанными с необходимостью профилактики вторичного отказа.

Как показывает анализ деятельности служб сопровождения замещающих семей Ярославской области в семьях группы риска присутствуют сложности взаимоотношений как с приемными детьми, так и с другими членами семьи, затруднения в принятии помощи от специалистов, уязвимость к отношению со стороны окружения. Все это свидетельствует о недостаточности сознательного принятия оснований собственной позиции замещающего родителя.

Как показывают наши исследования, на взаимоотношения в замещающей семье положительно влияют:

- осознание истинных оснований выбора замещающего родительства на основе ценностных, мировоззренческих убеждений;
- понимание собственной семейной истории, опыта детско-родительских отношений; способность конструктивного проживания кризисных состояний;
- устойчивость к неопределенности; удовлетворенность опытом авторства принимаемых жизненно-важных решений; ориентация на собственные ресурсы, учет своих возможностей и ограничений, наличие диалогичности, открытости новому опыту;
- освоение замещающего родительства для реализации новых смыслов своего существования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жигалин С.С. Родительские позиции как система отношений родителя // Сборник статей по материалам пятого конгресса молодых ученых и специалистов «Науки о человеке». – Томск: СибГМУ, 2004. – 413 с.
2. Мясичев В.Н. Психология отношений. – Москва-Воронеж: Институт практической психологии, НПО "Модэк", 1995. – 348 с.
3. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства. – М., Изд-во Института психотерапии, 2003. – 319 с.

Кутеева Е.Н.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ОТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ КО ВРЕМЕНИ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ В УСЛОВИЯХ ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

Исследования отношения к времени жизни показывают разнообразное отношение человека к темпоральным периодам собственной жизни, возможность не только пересмотра, но и корректировки этого отношения с помощью специальных методов. Подростковый возраст – этап становления личности, выбора направления жизненного пути. В этом возрасте представления и отношения ко времени: прошлому, настоящему и будущему, находятся на этапе активного становления. Поэтому изучение восприятия и отношения подростков ко времени имеет не только теоретическую, но и большую практическую значимость. Подростки, проживающие в условиях семейной депривации, имеют ряд отличий от своих сверстников из благополучных семей в когнитивной, эмоциональной, коммуникативной сферах, имеют размытые границы собственного «Я».

Задачей нашего исследования явилось изучение эмоционального отношения ко времени жизни подростков в связи с семейной ситуацией развития. В исследовании принимали участие подростки из благополучных семей (проживающие с

родителями) и подростки «группы риска» (проживающие в приютах и детских домах) в возрасте 13-17 лет. Общая выборка составила 346 человек.

Для исследования особенностей эмоционального отношения подростков к темпоральным периодам жизни была использована методика «Изучение привлекательности профессионального будущего» М. Гинзбург, для изучения значимых событий жизни подростков и их временной принадлежности – методика А. Кроника «Событие». Среди параметров эмоционального отношения ко времени были выделены: страх, тревога, индифферентность, интерес, уверенность и оптимизм.

Эмоциональное отношение к прошлому. Подростки «группы риска» и подростки из благополучных семей имеют примерно одинаковые показатели негативного отношения (страх, тревога) к своему прошлому. Это может быть обусловлено отношением подростков к своему прошлому, как к прошедшему, прожитому времени, которое «уже было и ушло». Индифферентное отношение к своему прошлому более ярко выражено у подростков «группы риска» ($p \leq 0,01$). Оптимизм и уверенность в восприятии прошлого преобладает у подростков из благополучных семей ($p \leq 0,01$).

Эмоциональное отношение к настоящему. Восприятие настоящего как тревожащего периода у подростков из благополучных семей и подростков «группы риска» не обнаружено. Средние значения по данным параметрам по группам примерно одинаковые. Интерес по отношению к настоящему проявляют подростки из обеих исследуемых групп. Индифферентность по отношению к настоящему более ярко выражена у подростков «группы риска» ($M=6,4$ и $M=5,12$ у подростков «группы риска» и подростков из благополучных семей). Уверенность и оптимизм по отношению к своему настоящему преобладает у подростков из благополучных семей ($p \leq 0,01$).

Эмоциональное отношение к будущему. В восприятии и отношении подростков к будущему проявились достоверные различия в показателях «интерес», «индифферентность», «оптимизм», «тревожность», «уверенность». Тревога и индифферентность по отношению к будущему выше у подростков «группы риска» ($p \leq 0,01$). Позитивное отношение и восприятие будущего (интерес к нему, уверенность и оптимизм) выше у подростков из благополучных семей ($p \leq 0,001$).

Обнаружена положительная корреляция между модальностью эмоционального отношения ко времени и событиями жизни подростков. Отрицательное отношение к темпоральным периодам жизни положительно коррелирует с преобладанием отрицательных событий, описанных подростками. Количество негативных событий у подростков «группы риска» больше, чем у их сверстников из благополучных семей.

Проведенное исследование показало зависимость отношения ко времени от семейной ситуации развития. Эмоциональное неблагополучие приводит к формированию негативного или индифферентного отношения к времени, акцентированию внимания на негативных событиях собственной жизни.

Как показывает опыт работы, подростки, проживающие в закрытых учреждениях, нуждаются и сами заинтересованы в формировании у них представлений о времени жизни и правильного ее направления. С этой целью в работе используются беседы, арт-терапевтические техники и тренинги, направленные на привлечение внимания подростков к времени собственной жизни, его связности, оказание помощи в преодолении психологических травм прошлого, формировании адекватной картины мира, осознании ответственности за выбор направления жизни и реализацию жизненной программы. Данный вид психологической помощи доста-

точно трудоемкий и требует от психолога систематичности. На пути этой работы часто встречаются препятствия в виде недоверия и высокой психологической защиты со стороны подростков.

Irena Leliūgienė

THE POSSIBILITIES OF LOCAL COMMUNITY SOLVING SOCIAL-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION AND ADAPTATION PROBLEMS OF CHILDREN LIVING IN FOSTER HOMES

Mykolas Romeris University (Lithuania).

The organizing of children living in foster homes into positive activities in local communities is a relevant problem in Lithuania. This could be explained by the fact that society looks at children of foster homes unfavorably, suspiciously with some caution and mistrust. "Risk" in social environment is perceived as a possibility to know objective reality evaluating one's previous experience (consequences), new possibilities and the value of a risk [1]. A child's choice of "living outside a family" because of changing family structure in a society and concepts of parental functions are discussed by various scientists highlighting the contradictory nature of understanding and evaluation of this phenomenon. On the one hand, wide area for activity outside the family is seen as positive condition for a child to understand processes of socialization and find their identity in a local community. On the other hand, a child as social individual faces the need for security, which he / she tries to compensate by joining various groups with clear identities, moral justification and action compatibility model.

Scientists argue that one of the most important goal of local community education is rehabilitation and adaptation of individuals and their inclusion into social life. The task of this activity is to restore the relationship between the individual and the community reducing the social exclusion. How to restore this relation and how to organize a person's integration into the community? How their equal communication could be restored? It is believed that these issues can be solved by the principle of partnership. It should not be forgotten that these individuals themselves are able to assess the environment and have enough knowledge to decide on the participation in the joint project. This principle complies with the socio-educational activities and provisions of a local community: the attention to an individual (humanistic philosophy) and the principle of democracy. In such case legal norms setting, repression, strict instructions and degrading violence could be replaced by local gatherings based on the principles of partnership and democracy.

Children of foster houses as a vision of a socialized civil responsible individual are defined in the concept of socializing of an individual, which states that a socialized person is capable of balancing the adaptation mechanism and the possibility of self-realization in the society. In other words, a socialized person successfully adapts to the surroundings taking up his / her position in society, develops moral, psychological and behavioral autonomy.

The aim of the presentation is to empirically disclose the possibilities of local community solving social-psychological rehabilitation and adaptation problems of children living in foster homes.

Problems of the research. What are the characteristics of socio-educational activities of children foster homes as representatives of public sector when promoting solidarity with private sector and non – governmental organizations in integrating children of residential child care houses into communities of positive activities?

Results. The qualitative research included written inquiry of social educators/ social workers in five foster homes in various parts of Lithuania (33 respondents), who were given 13 open type questions.

The respondents were asked about foster homes relations with local community, foster homes positive activities in which children are willing to engage, problems, which show that children do not want to participate in events, and voluntary activities of a local community.

The results of the research showed the problems of social dysadaptation in local community, negative approach to children living in foster homes in local schools, lack of solidarity with children living in foster homes in local town communities.

The research disclosed low social educators' / social workers' activity in community as well as negative attitude of private sector, residents and business companies towards children's living in foster homes destructive behaviour.

Conclusions

- Theoretical provision is confirmed that children of foster homes are in risk group because of lack of individual positive experience and negative socio cultural activity examples formed in advance a false opinion about positive activity and acceptable living standards of the society. Therefore, social-psychological rehabilitation and adaptation within the local community is sufficiently problematic.

- The results revealed that local communities are not psychologically fully ready to tolerate children of foster homes and do not devote enough time to them. Often these community relations are fragmented and occasional.

- Friendship between children of local community and children of foster homes is usually not sincere, even selfish from the side of children living in normal families.

- The research showed that in order to achieve manifestation of local communities solving social-psychological rehabilitation and adaptation problems of children living in foster houses, local communities need new competences as well as new knowledge.

REFERENCES

1. Juodeikaitė A. 2009: *Possibilities of positive socio-educational expression for risk-group children in a territorial community in implementing non-formal education programmers'* : summary of doctoral dissertation : social sciences, educational science (07S) Kaunas: Technologija

Морова Н.С.

ПО СТУПЕНЯМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОДИТЕЛЬСТВА: НОВАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ РЕБЕНКА С ПРОБЛЕМАМИ В РАЗВИТИИ.

Институт педагогики и психологии Марийского государственного университета (Марий-Эл).

Приоритетность семьи как уникального социально-воспитательного института, возрождение российских традиций семейной заботы о близких вызвали к жизни необходимость проектирования, апробации и внедрения одной из самых жизненно важных школ - "Профессиональной Школы родителей", потребность в которой есть в каждом субъекте РФ. Эту ответственную роль принял на себя Институт социальной педагогики РАО, который в 2011- 2013 г.г. осуществляет пилотный социально-педагогический эксперимент по проекту "Профессиональная Школа родителей" [1]. Проект основан на реализации потенциала института соци-

альных педагогов в семье посредством присвоения квалификации "социальный педагог семейного профиля" родителям, окончившим эту необычную профессиональную Школу. Участвуют ведущие специалисты Института социальной педагогики РАО, других институтов, научно-практических центров по проблемам семьи, а также более 400 семей из различных регионов РФ.

Цель проекта: осуществить социально-педагогический пилотный эксперимент по *дополнительному профессиональному образованию* и практической подготовке родителей (прародителей) к выполнению своих функций в семье, межсемейном социуме и обеспечение механизмов укрепления российской семьи.

Задачи проекта:

- разработка теоретических и методических основ дополнительного социально-педагогического профессионального образования родителей (прародителей) и подготовка их к профессиональной реализации функций социального педагога семейного профиля как профессии;
- разработка интегрированных образовательных программ и пособий для повышения профессиональной компетентности родителей на разных этапах развития семьи и детей;
- осуществление эксперимента по Проекту в 10 регионах РФ на базе выборки семей в каждом регионе.

Одним из важных этапов проведения пилотного социально-педагогического эксперимента "Профессиональная Школа родителей" стало создание сообщества специалистов (психологов, педагогов, социологов, медиков, юристов, культурологов и других специалистов в области семейной политики), интеграция их усилий в разработке комплекта программ и научных пособий по подготовке родителей как социальных педагогов семейного типа.

С начала 2012 г. эксперимент перешел во вторую фазу, в ходе которой осуществляется непосредственная реализация программы профессиональной подготовки родителей по возрастным группам детей и различным категориям семей. Опытно-экспериментальной базой исследования явился Центр патологии речи и нейрореабилитации нейросенсорных и двигательных нарушений. В эксперименте участвовали 40 родителей, временно пребывающих на лечении в Центр с детьми, имеющими различные психоневрологические нарушения.

Изучение уровня развития профессиональной родительской компетентности на констатирующем этапе опытно-экспериментальной работы выявило незначительное число родителей (12,6%), имеющих ее высокий уровень, средний уровень был обнаружен у 41,0% родителей и низкий уровень – у 46,4%.

Анализ данных констатирующего этапа эксперимента позволил нам сделать предположение: совершенствование процесса развития профессиональной компетентности у родителей может быть достигнуто путем внедрения программы. «Повышение профессиональной родительской компетентности в социальном воспитании детей с отклонениями в развитии» с учетом специфики ее применения в условиях реабилитационного Центра. Учитывая длительность пребывания детей с родителями на базе реабилитационного Центра (дважды в год не менее 14 дней), предоставлялась возможность за указанный период раскрыть основное содержание следующих 5-ти взаимосвязанных блоков:

1. Особенности детей с ОВЗ и организация помощи детям дошкольного возраста с нарушениями развития.
2. Профессиональная родительская компетентность как важный фактор эффективности воспитания детей с отклонениями в развитии в семье.

3. Условия и особенности социального воспитания детей с различными отклонениями в развитии в соответствии со спецификой их заболевания.

4. Особенности детско-родительских отношений, их влияние на развитие личности ребенка с ОВЗ и взаимодействие таких детей с другими институтами социального воспитания.

5. Социальное партнерство и вариативность путей успешной социализации детей с ОВЗ.

Занятия с родителями по согласованию с администрацией Центра проходили во второй половине дня после завершения основных медицинских процедур. Кроме общих занятий были предусмотрены индивидуальные консультации для родителей по социальному воспитанию детей в семье с учетом профиля заболевания каждого ребенка. Совместно с психологом Центра составлялась индивидуальная программа социального воспитания ребенка на календарный год, стартовые позиции которой предполагалось усвоить уже в первый период пребывания ребенка в Центре. Таким образом, технологии социальной реабилитации детей-инвалидов предполагали обязательное включение родителей в реабилитационные мероприятия.

В период между реабилитационными курсами нами был сделан упор на самостоятельную работу родителей в рамках предложенной программы, которая подробно представлена в пособии для родителей [2].

Анализ данных, полученных через год после начала эксперимента, показал наличие положительной динамики формирования профессиональной родительской компетентности. В целом возрос процент тех, кто показал высокий уровень ее развития (на 10,9%). Число родителей, находящихся на среднем уровне, увеличилось на 11,2%. Значительно снизился процент (с 46,4% до 24,3%) родителей, находящихся на низком уровне развития родительской компетентности; увеличилось число родителей, убежденных в необходимости овладения соответствующими знаниями, умениями и навыками для успешного воспитания ребенка с ОВЗ.

Таким образом, реабилитационные центры, специалисты которых вооружены научно-обоснованной программой и учебно-методическими материалами, могут стать эффективной моделью социально-психологической и социально-педагогической помощи семье. В этом мы видим расширение возможностей пилотного эксперимента «Профессиональная Школа родителей», которые могут быть использованы в большинстве субъектов РФ, помогая многим семьям подниматься по ступенькам профессионального родительства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочарова В.Г. Идея - экспериментальная апробация - внедрение: пилотный социально-педагогический эксперимент по проекту "Профессиональная Школа родителей" // Социальная педагогика в России, - 2011. - № 3. - С.27-30.

2. Морова Н.С., Заболотских О.П. Повышение профессиональной родительской компетентности в социальном воспитании детей с проблемами в развитии: программа и учетно-методическое пособие / Н.С. Морова, О.П. Заболотских / ФГНУ «Институт социальной педагогики РАО. – М.: Современное образование. - 2013. - 184 С.

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ
ПРИНИМАЮЩИХ СЕМЕЙ В РАМКАХ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ
РАБОТЫ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ
МГУ им. М.В. Ломоносова (Москва).**

Развитие семейного устройства детей, оставшихся без попечения родителей, процессы деинституционализации привели к росту внимания к проблемам семей, воспитывающих приёмных детей, со стороны помогающих специалистов. Одной из актуальных практических задач является помощь принимающим семьям, оказавшимся в кризисной ситуации, связанной с острыми детско-родительскими конфликтами, сложностями адаптации ребенка в семье, обострением поведенческой симптоматики детей с наступлением пубертатного возраста. Кризисы в принимающей семье связаны с риском вторичных отказов. Из 18 семей, консультированных нами в остром отделении психиатрической больницы, 15 озвучивали желание расторгнуть усыновление (опеку, патронатный договор). Необходимо отметить, что 1 ребенок имел диагноз шизотипическое расстройство (F21), остальные не имели тяжелой психической патологии и получили диагнозы: расстройства адаптации, реакция на тяжёлый стресс (F43), расстройства поведения (F91), в том числе, ограниченные рамками семьи, а также эмоциональные расстройства (F93). В связи с этим стало актуальным выделение ряда принципов, основных направлений психокоррекционной работы с такими семьями.

При анализе хода психокоррекционных занятий с 18 принимающими семьями в остром отделении для девочек-подростков были выявлены следующие организационные аспекты, значимые для хода консультирования: (1) сам факт назначения семейной психокоррекционной работы в случаях, если семьей рассматривается решение о вторичном отказе от ребенка, вызывает сопротивление у семьи, выражающееся в отказе от семейной формы работы, активном или пассивном «саботаже» в ходе консультирования; (2) многие принимающие семьи сохраняют тайну принятия ребёнка, или обсуждение факта «приёмности» является неодобряемым в семье; в связи с этим важно получить предварительное согласие семьи на обсуждение этой темы в ходе психокоррекционной работы; (3) различия в юридические формы семейного устройства предполагают разную степень включенности специалистов в жизнь семьи, иногда - временность нахождения ребёнка в семье, некоторые формы подразумевают материальное вознаграждение родителям; прояснение юридических тонкостей влияет на понимание структуры семьи, позволяет определить ее состав на консультации в зависимости от значимости фигур, не входящих в ее нынешний состав (специалисты, предыдущие приёмные родители, кровные родственники, приёмные родители кровных сиблингов); (4) приёмный подросток априори находится близко к внешней границе семьи, нередко госпитализация позволяет временно исключить его из ее состава; на этапе организации консультирования важно договориться с семьей о сохранении его статуса как члена семьи на период психокоррекционной работы, о минимальном подтверждении этого статуса (посещении ребёнка приёмными родственниками в родительских дни, соблюдении договоренностей по продолжению семейных занятий).

В ходе консультативной работы с принимающими семьями важно обращать внимание на следующие особенности хода психокоррекционного процесса:

1. Сложность перехода с индивидуального фокуса работы на системный. Формулировка гипотез в системном ключе требует ясной связи с наблюдаемой симптоматикой, необходимо прояснять семье, что гипотезы и интервенции, свя-

занные с семейными взаимоотношениями, не исключают значимость индивидуального уровня анализа возникновения проблем.

2. Влияние мотивации к принятию ребёнка на развитие кризиса в детско-родительских отношениях. Разочарование в связи с нереализованными ожиданиями от присутствия приёмного ребёнка в семье нередко требует работы с родителями, направленной на поиск новых смыслов для его воспитания, работы с чувствами горя и потери, а также развития общесистемной гибкости.

3. Влияние отношения взрослых к кровной семье ребёнка на развитие кризиса в детско-родительских отношениях. Циркулярная последовательность, включающая симптоматическое поведение, нередко приводит к специфическому обсуждению темы «приёмности» в семье, что может быть своеобразной вторичной выгодой симптомов (констатация общности ребёнка с кровной семьёй, подтверждение преимущества принимающей семьи перед кровной, озвучивание непроговариваемых сомнений в том, что ребёнок должен остаться в семье и т. д.). В ходе консультирования требуется выведение этих значимых процессов за пределы симптоматического поведения и их легализация.

В связи с тем, что оценка снижения выраженности симптоматического поведения в результате психологической работы затруднена из-за исключенности на время госпитализации ребёнка из семейной системы, под позитивной динамикой в развитии семьи нами подразумевается: (а) формирование сотрудничающей позиции родителей по отношению к специалистам; (б) принятие родителями стабильного на период психокоррекции решения о нахождении ребёнка в семье, обозначение границ и условий решения; (в) готовность всех членов семьи напрямую обсуждать тему нахождения ребёнка в семье; (г) уход от обвинений в адрес ребёнка, признание совместной ответственности за кризис; (д) расширение социального поля семьи в поисках помощи при совладании с кризисом, формирование планов на его преодоление после выписки из больницы; (е) признание факта «приёмности», готовность говорить о специфике взаимоотношений с приёмным ребёнком, его истории, кровной семье.

Позитивная динамика такого рода наблюдалась в 13 семьях из 18 консультированных. В связи со значимостью создания развернутых программ оказания психологической помощи принимающим семьям мы считаем важным продолжение исследований данной темы, в том числе и в условиях детской психиатрической клиники.

Русаковская О.А.

СИСТЕМНЫЙ ВЗГЛЯД НА ТРУДНОСТИ ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЕЙ И СПОСОБЫ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Актуальность. Проблема родительских трудностей и способов их преодоления в замещающей семье в современной России мало исследована и является очень актуальной в силу распространенности случаев возврата детей в учреждения, «разрушения» семей после приема, ухудшения отношений между членами семьи в результате приема. Теоретический анализ имеющихся исследований и существующей практики интеграции ребенка в приемную семью показал, что проблема преодоления трудностей приема представлена в контексте успешности/неуспешности, эффективности/неэффективности замещающей заботы и, как правило, рассматривается с позиции детско-родительского взаимодействия. Одна-

ко, не все семейные дисфункции поддаются описанию в терминах детско-родительских отношений.

В контексте выделяемой проблемы было проведено пилотажное исследование, **целью** которого явилось выявление, описание и систематизация трудностей приемных родителей и способов их преодоления с позиции системного семейного подхода.

Общая гипотеза исследования заключалась в том, что трудности приемных родителей и способы их преодоления зависят от ряда факторов разного уровня: 1) мотивов и личностных характеристик родителей; 2) разных видов семейных дисфункций: структуры, микродинамики, макродинамики, идеологии (выделяемых на основе 4-х аспектной модели семейной системы, предложенной А.Б. Холмогоровой); 3) имеющихся ресурсов помощи в социуме.

Характеристики выборки. Были обследованы 8 «родителей», осуществляющих разные формы непрофессиональной замещающей заботы при разном семейном статусе: мать, имеющая кровного и приемных детей и воспитывающая их под опекой в неполной семье; три матери, воспитывающие кровных и усыновленных детей и/или детей под опекой в полной семье или в полной расширенной семье; одинокая мать, воспитывающая приемного ребенка под опекой с помощью собственных родителей; мать, воспитывающая кровного и усыновленного ребенка в неполной семье, но с помощью собственных родителей; старший брат, взявший под опеку младшего брата-подростка; бабушка, взявшая под опеку малолетних внуков.

Использовались следующие методы: структурированное интервью на основе Системного семейного теста Геринга - Family System-Test (FAST); направленная беседа на основе опросника социальной поддержки Дж. Зоммера, Т. Фюдрика (F-SOZU-22) и «Рисунка социальной сети» (модифицированный вариант методики О.Ю. Казминой, 1993), а также экспресс-опросник «Сквозной биполярный перечень» («Большая пятерка» Гольдберга) (адаптация Абабкова) и опросник личностных установок А. Бэк, Дж. Бэк, 1995г. (PBQ); метод анализа случая Case-study.

В результате качественного анализа эмпирического материала были сделаны следующие **выводы**, подтверждающие общую гипотезу исследования:

1. На стадии формирования решения о приеме родители не учитывают возможности и ограничения своей семейной системы, а полагаются на собственные силы, в результате чего возникают системные дисфункции, разные по своей «разрушительной» силе. В этом случае способы справляться будут зависеть от степени дифференцированности (зрелости) личности родителя.

2. Трудности приема связаны не столько с дисфункциями детско-родительских отношений, сколько с системными семейными дисфункциями, которые также могут существовать еще до приема ребенка или на стадии формирования решения о приеме. На основе 4-х аспектной модели выявлены следующие дисфункции:

2.1. Структура: сильная доминирующая прародительская подсистема при слабой родительской подсистеме, тип связи – гиперопека (сверхвключенность) со стороны сильной подсистемы. Дисфункции структуры могут быть связаны с убеждениями родителей, характерными для зависимого, пассивно-агрессивного расстройства личности.

2.2. Микродинамика: функциональная и ролевая перегруженность подсистемы, заменяющей родительскую, смешение ролей, несистематический контроль,

неконструктивная критика, высокий уровень критики и контроля, тайна усыновления.

2.3. Макродинамика: травматическое событие в семейной истории (в каждом рассмотренном случае), трансмиссия (накопление негативных паттернов в трех поколениях).

2.4. Идеология: во всех рассмотренных случаях наблюдается высокий уровень неадекватных ожиданий в отношении детей, приемных или кровных, что в некоторых случаях может быть связано с убеждениями родителей, характерными для параноидного, пассивно-агрессивного и обсессивно-компульсивного личностного расстройства.

3. Все испытуемые отмечали наличие эмоциональной поддержки со стороны своего ближайшего окружения. Если внутренних ресурсов системы достаточно, то семья справляется с трудностями за счет собственных сил. Если существует дефицит внутренних ресурсов семейной системы, то родители обращаются за инструментальной поддержкой, в первую очередь, к своему ближайшему социальному окружению. В этом случае, если существует дефицит интерперсональных связей или ближайшее окружение не в состоянии оказать инструментальную поддержку, то родители обращаются за помощью в социальные службы.

Выводы, сделанные в данной работе, позволяют сказать, что уже при отборе и подготовке кандидатов в замещающие родители необходимо делать системный аспект предметом обучения родителей, работать с родительской мотивацией с позиции системного подхода, формировать объективный системный взгляд на ситуацию приема, на свои возможности и ограничения, на возможности и ограничения собственной семейной системы. Системный взгляд на трудности приема и способы их преодоления будет способствовать формированию оптимальной стратегии помощи замещающим семьям, а также успешной интеграции приемного ребенка в замещающую семью.

Савкова Е.А.

СЕМЕЙНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Семейная идентичность – это ощущение принадлежности к семейной группе. Семейная идентичность формируется у детей на протяжении их нахождения в семье. Перенимаются стили родительского воспитания, образцы поведения и реагирования на разные жизненные ситуации, формируется представление о семейных ролях. Важными компонентами, составляющими формирование семейной идентичности, являются материальные доказательства семейной жизни: альбомы с фотографиями, детские рисунки, игрушки, какие-либо вещи, передающиеся по наследству. Часто взаимодействие с этими объектами сопровождается рассказом родителей историй из раннего детства ребёнка, общими воспоминаниями, что благотворно влияет на формирование чувства принадлежности к семье. Ребёнок, воспитывающийся в семье, в той или иной степени знает историю своего рода, имеет информацию о ближайших родственниках и в большинстве случаев поддерживает с ними связь. Уровень сформированности семейной идентичности влияет на то, как человек в дальнейшем будет строить отношения с людьми и создавать собственную семью. В раннем возрасте закладываются основы для формирования привязанности, влияющие на все виды идентичности человека и его взаи-

модействие с окружающим миром. Н. Аккерман: «Семейная идентичность — это содержание ценностей, устремлений, ожиданий, тревог и проблем адаптации, разделяемое членами семьи или взаимодополняемое ими в процессе выполнения семейных ролей. Это эмоциональное и когнитивное «мы» данной семьи» [9].

У детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, отсутствует это «когнитивное мы». У них нет «шаблона», на который они могли бы ориентироваться, с помощью которого формируются нормы и ценности. Формирование семейной идентичности идёт по искажённому пути. Зачастую это происходит по причине переживания того или иного вида насилия и материнской депривации. Кроме того, при попадании в детский дом в раннем возрасте у ребёнка часто вытесняются негативные воспоминания, связанные с неблагополучным опытом жизни в семье, — это своего рода защитная реакция. Таким образом, образ семьи либо отсутствует, либо является неполным. В таких случаях необходимо проводить комплексную психологическую работу по созданию адекватного образа семьи у ребёнка.

Для 56% детей, воспитывающихся в детских домах, семья является основной жизненной ценностью [10]. Тем не менее, представление о своей кровной семье имеет либо негативный оттенок, либо оно идеализировано. Это может быть объяснено нарушением эмоциональных связей, вызванным неблагоприятным стилем воспитания и нарушением привязанности. В то же время ребёнок идентифицируется с семьёй, перенимает стили поведения в семье, нормы, порядки и обычаи, в связи с чем зачастую происходит воспроизведение социального сиротства в следующем поколении.

Можно выделить 2 больших группы детей по их отношению к своим родителям. Дети первой группы относятся к своим родителям негативно и больше всего не хотят быть похожими на них, стремятся к тому, чтобы не иметь с ними ничего общего и ни в коем случае не повторить их неблагоприятный опыт. Дети второй группы, напротив, очень любят и жалеют своих родителей, зачастую «меняются с ними ролями», считая, что обязаны сделать всё, для того чтобы вернуть маму и папу на правильный путь (например, вылечить от алкоголизма, устроить на работу и проч.). Такие дети ищут встречи с родителями при любой возможности и часто самовольно покидают сиротские учреждения [2, 7].

Большой процент детей, проживающих в детских учреждениях, составляют сиблинги. Зачастую в детские учреждения попадают целые части многодетной семьи. Сохранение семейных связей между ними может явиться важным фактором в снижении риска воспроизводства социального сиротства в следующих поколениях. У сиблингов, в отличие от других детей-сирот, не имеющих братьев и сестёр, есть стабильные и непрерывные связи между собой (в том случае, если они попадают в одно учреждение). Это позволяет сформировать привязанность и сохранить более адекватный образ семьи.

Многие исследователи считают, что за формирование образа Я у детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, отвечают несколько иные механизмы, чем у детей, воспитывающихся в семье. Это связано с постоянной необходимостью приспосабливаться к условиям среды, в которых они развиваются. «Приспособленчество» является основной характеристикой данной группы детей [5, 6].

ЛИТЕРАТУРА

1. Дружинин В.Н. Психология семьи. - М., 1996.
2. Комплексное сопровождение и коррекция развития детей-сирот: социально-эмоциональные проблемы / Под ред. Л.М. Шипицыной, Е.И. Казаковой. - СПб., 2000.

3. Кон И. С. Ребенок и общество. - М., 2003.
4. Мухина В.С. Психологическая помощь детям, воспитывающимся в учреждениях интернатного типа // Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия / Под ред. В.С. Мухиной. - М., 1992. - С. 113-122;
5. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Дети без семьи. - М., 1990.
6. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Работа психолога в учреждениях интернатного типа для детей, оставшихся без попечения родителей // Рабочая книга школьного психолога. - М., 1995.
7. Психическое развитие воспитанников детского дома / Под ред. И.В. Дубровиной, А.Г. Рузской. - М., 1990.
8. Семья Г.В. Основы социально-психологической защищенности выпускников образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. - М., 2001.
9. Филиппова Ю.В. Семейная идентичность и трансформация семейных ценностей в современной России // Трансформация идентификационных структур в современной России. - М., 2001
10. Шипицына Л.М. Психология детей-сирот: Учебное пособие. - СПб., 2005.
11. Эриксон Э. Детство и общество. - СПб., 1996.

Строкова С.С.

**СЕМЕЙНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В АЛЬТЕРНАТИВНЫХ СЕМЬЯХ
Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).**

В настоящее время в обществе существует тенденция к высокому уровню экспериментирования в сфере социальных, в том числе, семейных ролей. Л. Б. Шнейдер говорит о том, что «все больше людей предпочитает не вступать в брак в самом начале своих отношений или вовсе не оформлять официальных отношений, возрастает количество молодых людей, стремящихся к альтернативным формам устройства собственной жизни; происходит не только эволюция форм брака, но и отношение к браку существенно трансформируется» [1]. Неполные семьи стали довольно-таки распространенным явлением, больше 40% детей пережили развод родителей. В дополнение к изменениям общих аспектов, следует отметить, что произошли изменения и в паттернах воспитания ребенка, расширение границ нормы, здоровья. Изучение гомосексуальных семей как альтернативной формы семейных отношений иллюстрирует существенные изменения, произошедшие с семейной системой за последнее время.

Н. Аккерман отмечал, что идентичность каждого человека выражается по-разному: через его индивидуальность, в качестве члена семейной подсистемы и в качестве члена семьи в целом [2]. Поэтому мы говорим о семейной идентичности как о представлении индивида о себе в качестве члена семьи. Семьи бывают традиционные (полные и неполные) и нетрадиционные (бинуCLEARные, приемные, в которых родители являются незарегистрированными сожителями, в том числе, однополыми и т. д.). Соответственно, семейная идентичность необходимо связана с особенностями семейной системы. Мы рассмотрим семейную идентичность детей, воспитывавшихся в альтернативных семьях на примере исследования восприятия детей, выросших в семьях с гомо- или бисексуальными родителями. Paul J.P. проводит изучение группы взрослых, которые воспитывались гомо- или бисексу-

альными родителями, анализ их опыта взросления в такой семье, их реакции на знание о нетрадиционной сексуальной ориентации родителей, связь возраста, когда дети узнали о не-гетеросексуальности своего родителя с реакцией на эту информацию [3].

Дети, узнавшие о гомо-/бисексуальности родителя в препубертатный период, изначально выказывали более позитивную реакцию. Соответственно, можно сделать вывод о том, что семейная идентичность в препубертатный период еще как таковая не сформирована, ребенок не оценивает себя с точки зрения перемен, произошедших для него в семье. Поэтому наблюдалась позитивная реакция на информацию о гомо- или бисексуальности родителя.

Дети, узнавшие об этом в возраст 13 лет и старше, говорили о том, что это знание сблизило их с родителем. В подростковом возрасте такая информация создает, скорее всего, ореол тайны, соединяющий родителя и ребенка. Ребенку приятно, что родитель доверяет ему. Кроме того, в этом возрасте начинает формировать эго- и семейная идентичность подростка. Доверительные, близкие отношения с родителем на данном периоде наблюдаются нечасто, но являются важным фактором благополучия подростка. По результатам исследования [3], чем более открытые отношения были у не-гетеросексуального родителя с ребенком, тем ребенок считал его счастливее и тем легче родителю было сказать о своей ориентации.

Узнав об ориентации родителя во взрослом возрасте, дети начинали воспринимать родителей по-другому, осознавая, что у родителей есть сексуальная жизнь. И этот факт создавал некоторые трудности для ребенка. Кроме того, во взрослом возрасте уже предполагается сформированная семейная идентичность, т. е. у молодого человека уже есть свои четкие представления о своей семье и ролях каждого из членов семьи. Поэтому изменения эти представлений являются болезненными. Семейная идентичность во взрослом возрасте не настолько пластична, молодой человек не готов ее менять с такой легкостью, как это делает подросток.

Тем не менее, общей чертой для детей, воспитывавшихся однополыми родителями, было понимание семьи как изменяющейся, договорной системы. Брак для них не был чем-то постоянным, а скорее результатом взаимовыгодного, взаимовыгодного договора. Также и отношения в семье между всеми ее членами характеризовались, в понимании таких детей, вариативностью и временностью. Они могли иметь глубокие, близкие отношения с родителями, но при этом такие отношения строились не на базисе детско-родительского долга, а на взаимопонимании и желании строить такие отношения.

В целом можно сказать, что семейная идентичность детей, воспитывавшихся в альтернативных семьях (на примере семей с однополыми родителями), характеризуется большей осознанностью и меньшей стабильностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шнейдер Л. Б. Психология семейных отношений: Курс лекций. — М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000.
2. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. - СПб.: Медицина, 1990.
3. Paul J.P. Growing up with a gay, lesbian or bisexual parent: an exploratory study of experiences and perceptions. - Berkley: PQDT, 1986.

ЭТОЛОГИЧЕСКИЕ ОРИЕНТАЦИИ В РАБОТЕ С ВОСПИТАННИКАМИ СИРОТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Российская медицинская академия последипломного образования
(Москва).

Фрустрация естественных детско-родительских взаимодействий, в норме базирующихся на врожденных поведенческих моделях, требует от персонала детских учреждений специальных знаний и умений, позволяющих строить коммуникации с детьми не в противоречии, а в согласии с филогенетически-инстинктивными механизмами социализации ребенка. В противном случае сиротское учреждение рискует уподобиться территориальному изоляту, в котором воспитатели-«миссионеры» тщетно пытаются найти общий язык с детьми-«туземцами» и обратить их в свою веру, искренне удивляясь «неблагодарному» и «неразумному» поведению последних. Основной же постулат этологии заключается в том, что нет абсолютно бессмысленного поведения, любое поведение изначально носит защитный и/или приспособительный характер, поскольку отобрано эволюцией и проявляется в фило- и онтогенезе.

Приведем некоторые психопрофилактические, коррекционно-педагогические и психотерапевтические приемы, отработанные нами в контексте онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии (Шевченко Ю.С., 1995-2011) и применимые в условиях дома ребенка, детского дома и иных лечебно-воспитательных учреждениях.

В доме ребенка следует обеспечить **сохранение сформировавшихся эмоциональных связей в искусственной семье**, базирующихся на непроизвольной, инстинктивной любви взрослых к детям и не только к своим. Такие искусственные семьи существуют у всех приматов, когда воспитанием осиротевшего детеныша занимается вся стая, реализуя тем самым обобщенный инстинкт сохранения вида. В то же время, большими шансами выживания обладает детеныш, взятый под **персональную опеку** кем-то из старших, берущего на себя роль «родной тетки». В связи с этим необходимо отказаться от существующей психотравмирующей практики многократной смены воспитателей в связи с переходом ребенка из одной возрастной группы в другую.

В качестве **профилактики «детдомовской дедовщины»**, легко возникающей из инстинктивной детской иерархии и нередко процветающей в изолированных сообществах, может быть предложен следующий прием. Самого беззащитного ребенка следует попробовать поместить в группу более старших детей, которые к нему будут относиться как к «игрушке», младшему сородичу и опекать. В группе сверстников субординация, как правило, устанавливается на основании этологического принципа силового превосходства, визуальным признаком которого является превосходство в росте. В связи с этим самым маленьким следует надевать обувь на высокой платформе.

Разделению сфер лидерства может способствовать **моделирование успешности** низкоранговых членов группы в той или иной сфере деятельности.

Интеграции ребенка в основной группе («общине») способствуют различные формы посвящения, смоделированные в соответствии с социобиологическими **обрядами инициации**, - от общих праздников по поводу дня рождения до торжественного принятия в более взрослую организационную структуру.

Разработанная нами (Шевченко, Ю.С., Добридень В.П., 2004) в рамках концепции «Онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной)

психотерапии и психокоррекции» программа методики интенсивно-экспрессивной психотерапии (ИНТЭКС) воссоздает в трансформированном и рафинированном виде ключевые моменты подготовки и осуществления сложного обряда инициации (посвящения в новый, более высокий социально-психологический ранг), существующий в любой традиционной культуре и изобилующий чувственными агрессивно-героическими испытаниями (смена стереотипов, парциальная изоляция, система табу, тотемическая имитация, символическая смерть всего плохого и “детского” и второе рождение в зрелом, здоровом, умудренном качестве, слияние с возвышенным идеальным образом, открывающим перспективы духовного роста, и т. п.). Данная методика, успешно применяемая в том числе и в детских домах для трудновоспитуемых, служит альтернативой беспорядочному инстинктивному поиску способов удовлетворения онтогенетически обусловленной потребности в инициации.

Близость к учителю, воспитателю как обладателю информации и символу социальных ценностей делает учеников, сидящих на первых партах, потенциальными отличниками в глазах детей, а сидящих за последними партами – реально «последними». Чем ближе сидят ученики, тем реже они проявляют социальный протест и тем выше оценивает их способности учитель. Пересаживая учеников на разные парты в смысле приближенности (ближе-дальше) и сторонности (справа-слева) по отношению к учителю, можно влиять на иерархию в классе. Оптимальным представляется ситуация, когда все ученики сидят полукругом в одном ряду перед столом учителя.

В профилактическом плане проблема девиантного поведения заключается в обеспечении **разрядки накопившейся агрессивности** в социально приемлемых формах. Для этого существует ряд общебиологических и чисто человеческих механизмов: переориентация агрессии на эрзац-объекты (например, боксерскую грушу) или регламентация процедуры прямого соперничества (дуэль по правилам); сублимация агрессии в не менее воодушевляющих, но допустимых и социально полезных видах деятельности и творчества; социально одобряемые формы реализации потенциальной агрессии в борьбе с общим врагом; катарсис при осуществлении агрессии в отношении представителей других видов; отреагирование агрессии в мечтах, фантазиях, воображении, азартных играх и жестоких зрелищах; ритуализированные формы внутривидовой агрессии - спорт, в том числе экстремальный (способный выступать в качестве альтернативы аддиктивному поведению), параспорт (болеельщики-фанаты), военизированные и скаутские лагеря.

В психокоррекционные задачи входит помощь конкретному ребенку в формировании, социализации и субординации всех врожденных уровней саморегуляции базальной аффективности (поскольку «пассивный гуманист» столь же ущербен, как и «безжалостный воин»). При таком условии психотерапевтические приемы (от гипнотического внушения до арт-терапии, бихевиорально-когнитивных, психоаналитических и коллективно-групповых методик) могут воздействовать не только на индивидуально- и социально-психические уровни личности ребенка, но и на ее природно-психические основы, включающие инстинкты, влечения, темперамент и низшую (базальную) аффективность.

Приведенные коррекционно-воспитательные приемы, ориентированные на этологические механизмы поведения ребенка, ни в коей мере не являются альтернативой социально-личностному подходу, а лишь облегчают его осуществление в реализации основного принципа детской психотерапии – принципа радостного взросления.

Волкова Н.В., Черлина Н.А., Лапочкин О.Л.
МОНТЕССОРИ-ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ
ДЕТЕЙ С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Детская психоневрологическая больница (Москва).

В последнее время в реабилитологии появилось достаточно много новых методов работы с детьми, имеющими ограниченные возможности. Одним из таких методов, рекомендованных к применению, является метод Монтессори-терапии. Монтессори-терапия - это комплексная система медико-психолого-педагогических воздействий на ребенка с ограниченными возможностями, основной целью которых является развитие различных видов деятельности с помощью специально организованной среды. При построении специальной среды учитывается возрастная сенситивность, то есть присущее определенному возрастному периоду оптимальное сочетание условий для развития определенных психических функций. Сенситивные периоды индивидуальны по своему строению. Педагог может предвидеть наступление следующего сенситивного периода и подготовить специальный дидактический материал, чтобы ребенок имел то, в чем он особенно нуждается в этот момент. Выбор материалов для коррекционной работы осуществляется психологом либо специально подготовленным педагогом после определения индивидуально-психологического статуса ребенка, а также путем дальнейшего наблюдения за ребенком на всем протяжении занятий в Монтессори-среде. Развивающая среда устроена таким образом, чтобы ребенок мог самостоятельно выбирать материал и работать с ним. Материалы имеют постоянно закрепленное за ними место расположения в среде. Каждый вид материала представлен только в одном экземпляре. Все материалы конкретны и наглядны. При разработке материалов учитывается принцип полимодальности сенсорного воздействия.

Коррекционная работа ведется при активном участии родителей. На совместных занятиях оцениваются и корригируются способы взаимодействия родителей с ребенком, обсуждаются и уточняются цели терапии, устанавливаются возможности проведения дальнейшей терапии в домашних условиях. Поэтому родители обучаются способам работы с Монтессори-материалами.

Монтессори-среда включает в себя пять зон, в которых сгруппированы дидактические материалы. В зоне практической жизни ребенок учится обслуживать себя и других. Здесь он учится пользоваться ложкой, наливать воду в кувшин, застегивать пуговицы и т. п. В сенсорной зоне представлены материалы, направленные на дифференциацию работы различных анализаторных систем: зрительной, слуховой, обонятельной, тактильной, вкусовой. В математической зоне представлены материалы, где ребенок учится счету, знакомится с математическими символами и основными арифметическими действиями. В зоне русского языка дети обучаются чтению и письму. Последняя из зон – «космическая», в которой дети получают представления об окружающем мире, о взаимосвязях и взаимодействии явлений и предметов, об истории и культуре.

Помимо развивающей среды в Монтессори-пространстве существует двигательная зона, где дети осваивают разные виды движений и где они могут отдохнуть от занятий в развивающей среде. Двигательная зона способствует созданию оптимального мышечного тонуса и эмоционального состояния для последующей когнитивной работы. Здесь дети обучаются навыкам релаксации. В данной зоне широко используется оборудование сенсорной комнаты.

Для коррекции движений рук используется реабилитационный комплекс «Тренажер для развития движений рук» разработанный в ГКУЗ МО ДПНБ. Ком-

плекс состоит из стола-трансформера и стула с регулируемыми высотами, позволяющих формировать оптимальную позу ребенка для самостоятельной работы. При помощи тренажера можно формировать различные виды движений по прямой линии, криволинейной и ломаной. Движения на тренажере могут выполняться в вертикальной и горизонтальной плоскости справа или слева. При работе на тренажере ребенок может пользоваться одной рукой либо двумя руками. С использованием тренажера в коррекционном процессе решаются следующие задачи: увеличение объема движений рук, амплитуды движений, улучшение двигательных функций другой руки, синхронизация движений обеих рук, повышение мотивации к движению, координация движений рук и глаз, формирование зрительного восприятия. Работа на тренажере способствует развитию зрительного сосредоточения, расширению словарного запаса, совершенствует навыки перцептивного моделирования.

При тяжелых дефектах развития воздействие ведется преимущественно в двигательной и сенсорной зоне. Независимо от зоны, в которой проводилась работа, за время пребывания в стационаре дети осваивают не менее трех навыков. Все дети осваивают предлагаемые ритуалы работы. Они убирают материал на место, работают по возможности самостоятельно либо при минимальной помощи взрослого, используют методы самоконтроля, не мешают другому ребенку при работе просят помощи педагога по мере необходимости, ожидают материал, если он занят другим ребенком, и таким образом овладевают социальными навыками.

В ГКУЗ МО ДПНБ Монтеessori-терапия активно используется у детей с неврологической и психиатрической патологией более девяти лет. После Монтеessori-терапии у большинства детей отмечалась положительная динамика в развитии двигательных, перцептивных, интеллектуальных и речевых функций.

Зыков В. П., Новикова Е.Б.

КЛАССИФИКАЦИЯ И СИНДРОМОЛОГИЯ ТИКОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Российская медицинская академия последиplomного образования (Москва).

Тикозные расстройства в России на примере Московского региона диагностируются у 6% детей, при этом у каждого пятого больного они приобретают хроническое течение. Пик заболеваемости приходится на школьный возраст с максимальной выраженностью гиперкинезов в 8-14 лет. Один из десяти хронических тиков трансформируется в форму синдрома Туретта (СТ), при котором наблюдаются множественные моторные, один и более вокальные тики в течение 12 мес.

Тики - представляют фрагменты расторможенных нормальных моторных и вокальных поведенческих актов, усиливаются эмоциональными и соматосенсорными стимулами. Гиперкинезы носят стереотипный характер, напоминают произвольные движения в результате сокращения различных мышц, тики подвергаются волевому контролю больного и демонстрируются им по просьбе врача с зеркальной точностью. Моторные тики обычно начинаются от 3 до 8 лет. Типично, что вокальные тики следуют за началом моторных тиков несколькими годами спустя, в то же время у 20% пациентов первыми симптомами являются звуковые феномены.

Классификация тиков детского возраста (Обсуждена на Международном Конгрессе детских неврологов, Киев (2009), Панславянском конгрессе (Блэд, 2012

), Научной конференции Королевского института неврологии и нейрохирургии (Лондон, 2013):

Клинические формы:

1. Транзиторные тики
2. Хронические моторные
3. Хронические вокальные
4. Хронические моторные и вокальные
5. Детская доброкачественная форма синдрома Туретта
6. Синдром Туретта

1. Этиология:

Первичные: (наследственные) аутосомно-доминантный тип наследования, промежуточный с феноменами антиципации, спорадические случаи.

Вторичные: симптоматические, лекарственные

Криптогенные (вероятно, спорадические случаи мутаций)

2. Топико-клиническое проявление тиков (семиотика гиперкинезов)

2.1. моторные

- **локальный** – в одной мышечной группе (лицевые)
- **распространенный** - охвачено более двух мышечных групп
- **генерализованный** - мышцы конечностей и туловища

2.2. вокальные тики

- простые
- сложные

2.3. сочетание моторных и вокальных тиков

3. Тяжесть

3.1 Тяжесть - (подсчет исследователем за 20 минут наблюдения)

Единичные <10 (для моргания до 30)

3.2 Серийные >10< 30 (для моргания до 50)

3.3. Статусные >30 до 600-1200

3.2. Социальная адаптация: посещение школы, колледжа

3.3. Самоповреждение от гиперкинезов

4. Течение

- 4.1. Транзиторное
- 4.2. Ремитирующее
- 4.3. Стационарное, (хронические тики)
- 4.4. Прогрессирующее

5. Возраст-зависимые стадии у детей

5.1. дебют 3-7 лет

5.2. экспрессии симптомов 8-12 лет

5.3. резидуальная 13-15 лет

На основании многолетних наблюдений мы выделяем вариант доброкачественного течения СТ: 1). полная ремиссия или регресс гиперкинезов до единичных после 14-15 лет; 2). аутосомно-доминантный тип наследования по мужской линии транзиторных или хронических тиков; 3). дебют в 5-7 лет; 4). ремиссии по 2-3 месяца; 5). самоконтроль гиперкинезов 6. отсутствие стойких обсессивно-компульсивных и когнитивных расстройств. Сопутствующие синдромы:

Синдром нарушения внимания и гиперактивности диагностируется в соответствии с критериями DSM-IV у 30-80% больных тиками и СТ. Равномерная выраженность нарушения внимания и гиперактивности (смешанный тип) выявляется в 40% случаев. Выраженность синдрома нарушения внимания и гиперактивность зависит от тяжести тикозной симптоматики, длительности заболевания. Чаще

встречается среди детей младшего (7-11 лет) школьного возраста и у больных, имеющих родственников с трудностями обучения.

Обсессивно-компульсивный синдром у 32% больных СТ. Преобладание компульсий отмечалось лишь у 11,3% больных. Двигательные стереотипии 12-40%, такие как открывание рта, облизывание губ, подтягивание брюк, вытягивание шеи, верчение волос. Нарушения сна и фобии у 54 % детей с тиками: ночные страхи, снохождение, сноговорение, бруксизм, и в ряде случаев они выступают как более значимые жалобы, чем сами тики.

В лечении используем следующие подходы: в первую очередь добиваемся регресса гиперкинезов, а потом корригируем сопутствующие синдромы. Используем гамкергические препараты (пантокальцин, баклосан), антиконвульсанты (клоназепам, топамакс, леветирацетам), нейролептики (галоперидол, тиоприд, рисперидон). Терапия длительная - от 6 мес. до 3-5 лет.

Суворинова Н.Ю., Заваденко Н.Н.

КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА

ПРИ СИНДРОМЕ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ

Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Москва).

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – наиболее распространенное психоневрологическое расстройство у детей. Проблемы в обучении, поведении и эмоциональной сфере могут быть связаны как с непосредственным влиянием СДВГ, так и с коморбидными расстройствами, которые должны быть своевременно диагностированы и расцениваться как показания для соответствующего лечения. Коморбидные расстройства при СДВГ представлены следующими группами: экстернализированные (оппозиционно-вызывающее расстройство, расстройство поведения), интернализированные (тревожные расстройства, расстройства настроения), когнитивные (нарушения развития речи, специфические трудности обучения – дислексия, дисграфия, дискалькулия), двигательные (статико-локомоторная недостаточность, диспраксия развития, тики). Другими сопутствующими СДВГ расстройствами могут быть нарушения сна (парасомнии), энурез, энкопрез.

Нами проведено исследование экстернализированных и интернализированных коморбидных расстройств в группе из 76 амбулаторных пациентов с СДВГ (59 мальчиков и 17 девочек) в возрасте от 5 до 11 лет. Доля случаев «чистого» СДВГ, не сопровождавшегося коморбидными расстройствами, составила в данной группе 30,3%, при этом существенных различий по данному показателю между мальчиками и девочками не прослеживалось (30,5% и 29,4% соответственно). Среди диагностированных расстройств были оппозиционно-вызывающее расстройство поведения (43,4%), различные формы тревожных расстройств (39,5%), а также тики (9,2%), ночной энурез (17,1%) и энкопрез (5,3%). Всего коморбидные расстройства выявлены у 53 (69,7%) обследованных детей с СДВГ. Из них у 28 пациентов (36,8%) отмечалось одно, у 18 (23,7%) – два, у 6 (7,9%) – три и у одного (1,3%) – четыре коморбидных расстройства.

Других нарушений, которые, по данным литературы, могут сопутствовать СДВГ, в том числе асоциальных расстройств поведения и депрессивных нарушений, у наших пациентов не было выявлено. Это может объясняться двумя обстоятельствами: 1) дети с СДВГ обследовались в амбулаторных условиях, а не в ста-

ционаре; 2) частота встречаемости более тяжелых сопутствующих СДВГ расстройств увеличивается с наступлением пубертатного периода, тогда как возраст наших пациентов составлял 5-11 лет.

В обследованной группе детей с СДВГ с наиболее высокой частотой отмечались оппозиционно-вызывающее расстройство поведения и тревожные расстройства, однако повозрастная динамика частоты их встречаемости оказалась различной. Тревожные расстройства были распределены относительно равномерно среди пациентов разного возраста и выявлялись примерно в 40% случаев. Что касается оппозиционно-вызывающего расстройства поведения, то в возрастных группах 5-6 и 7-8 лет оно отмечалось соответственно у 31,6 % и 25,9 % обследованных, то есть менее чем у одной трети детей с СДВГ. Однако в самой старшей группе 9-11-летних частота его возрастала до 66,7 %.

Сопутствующие СДВГ расстройства представляют серьезную проблему и требуют разработки специальных подходов к лечению. Они должны быть вовремя диагностированы, поскольку их позднее выявление и несвоевременная терапия часто служат предикторами неблагоприятной возрастной динамики СДВГ в подростковом и молодом возрасте, нарастания трудностей социальной адаптации пациентов.

Наиболее эффективной при СДВГ является комплексная помощь, при которой объединяются усилия врачей, психологов, педагогов, работающих с ребенком, и его семьи. Лечение СДВГ должно быть своевременными и обязательно включать:

- Помощь семье ребенка с СДВГ – приемы семейной и поведенческой терапии, обеспечивающие лучшее взаимодействие в семьях детей, страдающих СДВГ.
- Выработку у родителей навыков воспитания детей с СДВГ, включая программы тренинга родителей.
- Просветительскую работу с учителями, коррекцию плана школьного обучения – через особую подачу учебного материала и создание такой атмосферы на уроке, которая максимально повышает возможности успешного обучения детей.
- Психотерапию детей и подростков с СДВГ, преодоление трудностей формирования навыков эффективного общения у детей с СДВГ в ходе специальных коррекционных занятий.
- Лекарственную терапию, выбор которой осуществляется индивидуально, с учетом степени выраженности основных симптомов СДВГ и наличия коморбидных расстройств.

Лечение СДВГ должно быть достаточно продолжительным и планироваться на основании расширенного терапевтического подхода, предполагающего обращение к социальным и эмоциональным нуждам пациента, оценку в процессе динамического наблюдения не только редукции основных симптомов СДВГ, но и функциональных исходов, показателей качества жизни. К эффективным средствам лекарственной терапии СДВГ, которые могут назначаться длительными курсами, относятся атомоксетина гидрохлорид (страттера), препараты ноотропного ряда (пантогам), небензодиазепиновые транквилизаторы (адаптол).

ЗНАЧИМОСТЬ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА

Российская медицинская академия последипломного образования,
Центр патологии речи и нейрореабилитации (Москва).

Мозолистое тело представляет собой крупную спайку, связывающую серое вещество полушарий большого мозга, одной из функций которой является интеграция поступающей соматосенсорной, слуховой и зрительной информации. В публикациях последних лет все больше внимания уделяется когнитивным нарушениям у детей при врожденной патологии мозолистого тела, однако до сих пор многие вопросы остаются недостаточно изученными.

Цель: анализ результатов нейропсихологического тестирования у детей с изолированными и сочетанными аномалиями развития мозолистого тела.

Материал и методы: обследованы 53 ребенка с врожденными пороками развития мозолистого тела, включающими агенезию мозолистого тела (АМТ) (тотальную и парциальную), гипоплазию мозолистого тела (ГМТ) и дисплазию мозолистого тела (ДМТ). Возраст детей варьировал от 3 до 15 лет (средний возраст $6,7 \pm 3,5$ г.). Всем детям проведено комплексное клиничко-неврологическое обследование с использованием нейропсихологического тестирования (И.А. Скворцов, 2000, 2008), модифицированной шкалы Ж.М. Глоzman (2005, 2008), нейросонографии (НСГ), рентгеновской компьютерной томографии головного мозга (РКТ), магнитно-резонансной томографии головного мозга (МРТ), электроэнцефалографии (ЭЭГ) и УЗИ внутренних органов.

Результаты: в 100% случаев результаты нейровизуализации подтвердили наличие врожденных пороков развития мозолистого тела: АМТ составила $30,2 \pm 6,3\%$, из них тотальная форма – $11,3 \pm 4,4\%$, парциальная – $18,9 \pm 5,4\%$, (включая ростральные отделы – $5,7 \pm 3,2\%$, каудальные – $13,2 \pm 4,7\%$); ГМТ – $60,4 \pm 6,7\%$ и ДМТ – $9,4 \pm 4,0\%$ случаев. В $86,8 \pm 4,7\%$ наблюдений верифицированы сочетанные аномалии развития мозолистого тела, в $13,2 \pm 4,7\%$ – изолированные. Анализ неврологических расстройств у больных детей выявил их большое разнообразие. Среди клинических проявлений доминировали двигательные нарушения в $56,6 \pm 6,8\%$, эпилептические пароксизмы в $60,4 \pm 6,7\%$, врожденные соматические пороки развития в $64,2 \pm 6,6\%$ случаев.

По данным нейропсихологического тестирования (модифицированная методика И.А. Скворцова), при сочетанных пороках мозолистого тела когнитивные нарушения тяжелой степени обнаружены в $41,5 \pm 6,8\%$, средней – в $35,8 \pm 6,6\%$, легкой – в $11,3 \pm 4,4\%$; при изолированных формах преобладали когнитивные нарушения средней степени в $7,5 \pm 3,6\%$, легкой – в $1,9 \pm 1,9\%$ случаев. Средний балл оценки развития высших корковых функций у детей с сочетанными аномалиями развития мозолистого тела составил $44,2 \pm 18,3$, изолированной – $72,7 \pm 19,9$ балла. У $3,8 \pm 2,6\%$ детей при изолированных пороках развития мозолистого тела психическое и речевое развитие соответствовало возрастной норме. Количественный и качественный анализ высших корковых функций по шкале Ж.М. Глоzman подтвердил выше приведенные результаты. У всех детей с изолированной формой порока мозолистого тела была обнаружена левосторонняя латерализация функций, при сочетанных пороках – в $67,9 \pm 6,4\%$, правосторонняя латерализация – в $5,7 \pm 3,2\%$, без четкой латерализации – в $26,4 \pm 6,1\%$ случаев.

Выводы: в нашем исследовании у 100% детей с сочетанными пороками развития мозолистого тела имелись когнитивные нарушения; почти в половине случаев преобладали тяжелые расстройства; при изолированных пороках отмечались нарушения средней степени, в единичных случаях – легкие, тяжелые – отсутствовали. Своевременное нейропсихологическое тестирование помогает уточнить уровень дефицита высших психических функций у детей с аномалией развития мозолистого тела, позволяет улучшить их качество обучения, определить индивидуальный план реабилитационных мероприятий и дальнейшую социальную адаптацию больного ребенка.

**Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Никишена И.С.,
Анисимова Т.И., Бондарчук Ю.Л.**

**КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНО-
ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН (Санкт-Петербург).

Тревожно-фобические расстройства характеризуются наличием навязчивых страхов (фобий). Около 4% детей переживают фобии в какой-то период своей жизни. У детей с фобиями наблюдается чрезмерный, патологический страх перед чем-либо, что либо не представляет какой-либо угрозы или опасности, либо эта угроза или опасность ничтожно малы. В отличие от большинства взрослых, страдающих фобиями, дети зачастую не понимают, что их страхи чрезмерны и необоснованны.

Учитывая большую роль тревожности в возникновении школьной дизадаптации, нами предпринята попытка изучения коморбидных когнитивных нарушений у детей с фобическими расстройствами.

Материалы и методы исследований. Под нашим наблюдением находились 74 ребенка (учащиеся общеобразовательных школ) с различными страхами в возрасте от 10 до 13 лет (средний возраст $11,3 \pm 1,4$ лет), 36 мальчиков и 38 девочек. В соответствии с МКБ-10 их состояние оценено как фобическое расстройство детского возраста (F93.1). Уровень тревожности оценивался с помощью опросника тревожности, разработанного С.М. Зелинским и В.Е. Каганом, на базе шкал Teylor J.A. и Sarason J.G. и с помощью теста тревожности Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки. Интенсивность (выраженность) страхов измерялась с помощью Визуальной аналоговой шкалы (10 балльный вариант). Для исследования кратковременной слухоречевой памяти использовалось запоминание двух групп по пять слов и десяти слов. Для проверки зрительной памяти – запоминание пяти фигур и шести букв. Степень нарушения внимания оценивалась при помощи теста непрерывной деятельности TOVA (Test of Variables of Attention), позволяющего оценить состояние внимания и уровень импульсивности по отношению к нормативным данным для каждого возраста.

Контрольную группу составили 68 детей такого же возраста без проявлений фобических расстройств и явных когнитивных нарушений.

Результаты исследований. У детей основной группы отмечались следующие страхи: в 41 случае (55,4%) - страх темноты, в 30 случаях (40,5%) - страх животных, в 23 (31,1%) случаях - страхи тяжелого заболевания. Необходимо отметить, что во многих случаях у детей отмечалось сразу несколько страхов. Средняя интенсивность страхов составила $6,6 \pm 2,3$.

Результаты проведенных исследований показали повышенный уровень тревожности у детей из основной группы. Кроме этого, психологические исследования показали, что у детей данной группы показатели кратковременной слухоречевой и зрительной памяти достоверно ниже соответствующих показателей в группе сравнения.

Психофизиологическое исследование ТОВА показало, что у детей с фобическими расстройствами выявляется достоверное повышение показателей невнимательности и особенно импульсивности по сравнению с детьми из контрольной группы. Достоверных отличий времени ответа не регистрируется.

Заключение. Проведенные исследования показали, что дети с тревожно-фобическими расстройствами характеризуются коморбидными нарушениями внимания и памяти. Можно предположить, что в основе коморбидности фобических расстройств и когнитивных нарушений лежат изменения пластичности нервной системы - способности нервной ткани изменять структурно-функциональную организацию под влиянием экзогенных и эндогенных факторов. Это обеспечивает адаптацию организма и эффективную его деятельность в условиях изменяющейся внешней и внутренней среды.

Белопольская Н.Л.

ДИАГНОСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ЛИЧНОСТИ ЧЕРЕЗ АНАЛИЗ ЕДИНИЦ САМОСОЗНАНИЯ

Российская медицинская академия последипломного образования, Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Психологическая диагностика через единицы, а не элементы анализа психики, в соответствии с теорией Л.С. Выготского, предусматривает выделение таких структур, в которых интеллектуальные и аффективные составляющие слиты воедино. Компоненты самосознания отвечают этим требованиям, так как их формирование предполагает наличие у ребенка, подростка и взрослого человека определенного уровня как интеллектуального, так и эмоционального развития.

Отдельные компоненты детского самосознания у детей формируются очень рано и могут быть диагностированы. Наши исследования половозрастной идентификации показали, что уже в полтора-два года дети при нормативном развитии способны правильно определять свой пол (мальчик-девочка) и возраст (маленький-большой). Также достаточно рано формируются именная и телесная идентификации, самоотношение и самооценка (хороший-плохой). В старшем дошкольном и школьном возрасте формируются основные компоненты самосознания, которые в подростковом возрасте переосмысляются и переоцениваются заново.

Диагностируя нарушения психического развития и здоровья детей, специалисты традиционно уделяют большое внимание исследованию мышления, знаний и представлений об окружающем, особенностям внимания, памяти и личности. Диагностируя уровень развития самосознания можно обнаружить большое количество детей и подростков, которые демонстрируют определенные навыки выполнения патопсихологических и нейропсихологических методик, принятых в клинике, читают наизусть стихи, знают таблицу умножения. Однако эти же дети не имеют четкого представления о том, что они «люди», такие же, как их родители и учителя, только другого возраста, мальчики или девочки, подростки, юноши или девушки. Дети могут не знать правильного названия своего имени, не ориентиру-

ются в ближайшем окружении, не имеют представлений о том, какими будут в будущем. Дети и подростки, формально владеющие некоторыми знаниями, часто демонстрируют неблагополучие в психологическом развитии личности. Формально успевающие в школе, дети и подростки могут иметь серьезные проблемы в плане самоотношения, самовосприятия и идентификации, которые принципиально изменяются при развитии психических заболеваний. Подростки с нарушением поведения, как правило, имеют отклонения в структуре самосознания, но могут хорошо справляться с выполнением стандартных личностных тестов, так как знают «как надо» отвечать на те или иные вопросы.

Эмпирические исследования компонентов самосознания, проведенные под нашим руководством студентами и аспирантами, позволили выявить как серьезные нарушения в психическом развитии и здоровье детей и подростков, так и начальные формы неблагополучного личностного развития, которые могут усугубляться особенностями семейного воспитания.

Так, было доказано, что подростки с поздними сроками оперирования расщелины мягкого и твердого неба, имея нормативный интеллект, любые трудности в своем обучении и личной жизни склонны объяснять прошлым дефектом своей внешности. Аналогичные личностные особенности были выявлены и у подростков с дисморфофобией, обратившихся в Институт пластической хирургии с просьбой изменить их внешность. Системные, но разные по структуре нарушения именной, телесной и половозрастной идентификаций были обнаружены у девиантных и у умственно отсталых подростков. Дети и подростки с эпилепсией обнаружили негативное самоотношение и тяготение к сверхпрогрессивным возрастным образам (взрослость, старость), объясняя это желанием «всех наказывать и поучать». Дети и подростки с шизофренией и психопатией обнаружили нарушения именной и телесной идентификаций.

Подростки с нормативным и сниженным интеллектом, помещенные во временные приюты, обнаружили системные нарушения идентификаций, переживая жизненный кризис. Спустя некоторое время у этих подростков были диагностированы разнообразные неврозы или нарушение поведения.

Искажения идентификаций могут носить как временный, ситуативный, так и стойкий системный характер. Эти нарушения могут иметь различные комбинации, отличающиеся как по глубине нарушения каждой отдельной идентификации, так и по структуре взаимосвязей двух и более нарушенных идентификаций. В некоторых случаях можно наблюдать «замену» одной нарушенной идентификации на другую.

В лонгитюдных наблюдениях особенно отчетливо проявляются проблемы слабой диагностики и коррекции самосознания подростков с нарушениями психического развития и здоровья. Несформированность половозрастной идентификации, отсутствие представлений о смене возрастных ролей на жизненном пути, неадекватные представления о своих истинных способностях приводят к тому, что подростки с ограниченными возможностями здоровья оказываются беспомощными перед взрослой жизнью. Уйдя в силу своего паспортного возраста из-под опеки детских психологов и психиатров, дети и подростки подчас оказываются беспомощными перед реалиями современного общества.

Социальная и школьная адаптация детей и подростков с нарушением психического развития и здоровья невозможна без своевременной диагностики нарушений самосознания и своевременной профилактики и коррекции этих нарушений.

РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ В РЕШЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

В связи со сложной демографической ситуацией в нашей стране принята и утверждена Указом Президента Российской Федерации от 9.10.2007 г. № 1351 Концепция демографической политики РФ на период до 2025 г. Согласно этой концепции решение демографических проблем осуществляется в три этапа:

I. Задачей первого этапа было преодоление негативной тенденции в демографической динамике к 2010 г.

II. Задача второго этапа – стабилизировать демографическую ситуацию к 2015 г.

III. На третьем этапе к 2025 г. необходимо улучшить демографическую ситуацию.

В настоящее время мы находимся на 2 этапе и, с точки зрения руководства страны, успешно справляемся с поставленными задачами. Уже в сентябре 2011 г. В.В. Путин, выступая на съезде партии «Единая Россия», назвал демографию показателем благополучия общества и эффективности государства и заявил, что демографический кризис, который грозил самому существованию России, отступил, так как увеличивается средняя продолжительность жизни граждан страны и показатель рождаемости имеет тенденцию к росту.

Очевидно, что основные рычаги улучшения демографических показателей (снижение смертности и, конечно, повышение рождаемости) непосредственно связаны с перинатологией. Понимая это, правительство принимает соответствующие меры. По всей стране строятся новые перинатальные центры. На расширенной коллегии Минздрава мае 2013 г. Премьер-министр Д.А. Медведев отметил, что это качественно поменяло ситуацию в регионах. Он объявил приоритетным на ближайшие годы дальнейшее улучшение медицинской помощи женщинам и подчеркнул, что средства на продолжение этой программы есть. На том же заседании Министр здравоохранения России В.И. Скворцова с удовлетворением отметила, что в 2012 г. показатели рождаемости и смертности практически сравнялись, что общий коэффициент смертности снизился на 1,5% и составил 13,3 на 1000 человек населения, а рождаемость при этом выросла на 5,6% (с 12,6 до 13,3 на 1000 населения). Это действительно знаменательные факты, успехи неоспоримы. Однако, принимаемые меры направлены в основном, как отмечал Д.А. Медведев, на улучшение медицинского обслуживания. При этом многие ресурсы, которые могли бы не только количественно, но и качественно помочь решению задач, сформулированных в Концепции демографической политики РФ, остаются невостребованными или используются не лучшим образом.

Еще прежний министр здравоохранения Т.А. Голикова поставила задачу перед акушерами и неонатологами к 2011 г. полностью перейти на использование критериев живорождения, предложенные World Health Organization (ВОЗ). Это произошло. В результате: если раньше ребенок, родившийся с весом менее 1000 г, выживал по истечении 7 дней, его считали новорожденным и выхаживали, а если не прожил 7 дней – он считался “плодом” и смерть не регистрировалась. Таким образом, показатель смертности снизился. Однако, многие из этих детей, к сожалению, несмотря на интенсивную терапию, умирают, многие – остаются инвали-

дами. Не обсуждая целесообразность принятого решения, важно отметить, что, совершая такой шаг, необходимо не только увеличивать финансирование неонатологических реанимационных служб (что, конечно, важно), но также учитывать неизбежный рост потребности оказания перинатально психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи выжившим детям и членам их семей. К сожалению, этим службам уделяется явно недостаточно внимания, квалифицированных специалистов в этой сфере катастрофически не хватает, средств на их обучение не выделяют.

На уже упомянутом заседании В.И. Скворцова отметила безусловно положительный факт: женщины стали реже делать аборты. Она полагает, что позитивную роль в этом сыграла организация служб психологического консультирования беременных оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Видимо, речь идет об организации в некоторых городах так называемых, «кабинетов доабортного консультирования», на что отпущены немалые средства. На деле открытие таких кабинетов, занимающихся исключительно третичной психопрофилактикой, дублирует незначительную часть работы специалистов психотерапевтических кабинетов женских консультаций. По приказу Минздравсоцразвития России № 808н от 2.10.2009 г. такие кабинеты должны быть открыты в каждой женской консультации, в штатных нормативах персонала указан врач-психотерапевт. В 2009 г. разработаны и утверждены Минздравсоцразвития методические рекомендации «Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации». Согласно этим рекомендациям в обязанности перинатального психолога вменяется психопрофилактическая работа с беременными и членами их семей, включающая как третичную психопрофилактику, так и мероприятия, направленные на первичную, вторичную психопрофилактику аборт, которые значительно более эффективны третичной. Они включают психодиагностическую работу с целью выявления группы риска, формирование мотивации на получение психологической и психокоррекционной помощи; оказание такой помощи беременным женщинам и членам их семей, а, при необходимости, и психотерапии (осуществляется врачом-психотерапевтом).

22.06.13 г., выступая на XI Всемирном конгрессе по перинатальной медицине, В.В. Путин в очередной раз назвал охрану материнства и детства одним из приоритетов государственной политики. Отметив, что младенческая смертность сократилась за последние 10 лет на 50 процентов, он предупредил, что в ближайшие годы Россия столкнется с серьезными последствиями демографического кризиса, который был в 90-е годы и последствия которого дадут о себе знать и в экономике, и в социальной сфере, и в промышленном развитии. В связи с этим тем более необходимо уделять больше внимания развитию перинатальной психологической помощи населению, устранить имеющийся перекося распределения материальных средств на узкоспециальные дорогостоящие виды медицинской помощи в акушерстве в ущерб массовым психопрофилактическим мероприятиям. Жизненно важно, чтобы женщинам и членам их семей стала доступна квалифицированная перинатальная психологическая и психотерапевтическая помощь, чтобы были предоставлены широкие возможности её получения.

**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 05.11.2013 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.